

# INTEGRAZIONE

## NELLE *PSICOTERAPIE* E NEL *COUNSELING*

Rivista semestrale di studi e ricerca scientifica in:

PSICOLOGIA CLINICA

SCIENZE COMPORTAMENTALI

PSICOPEDAGOGIA

FENOMENOLOGIA ESISTENZIALE

PSICOLOGIA DI COMUNITÀ

PSICOTERAPIA UMANISTICA INTEGRATA

■ n° 19/20 - giugno - 2006

▼ Direttore Responsabile  
CATIA DEL MONTE

▼ Direzione Scientifica  
EDOARDO GIUSTI - CLAUDIA MONTANARI

▼ Redazione e Amministrazione  
A.S.P.I.C.  
Via Vittore Carpaccio, 32  
00147 Roma - Tel. (06) 54.13.513  
Tel. 0039 - 6 - 54.13.513  
Fax 0039 - 6 - 59.26.770  
E-mail: [aspic@mclink.it](mailto:aspic@mclink.it)  
Sito Internet: [www.aspic.it](http://www.aspic.it)

▼ Comitato di redazione  
Daniela Di Renzo  
Emanuela Rahm  
Manuela Rossi  
Gabriella Tortora  
Maria Frandina

▼ Progetto grafico  
STEFANO COLITTI

▼ Grafica ed impaginazione  
MATTEO FAIT - [d999.org](http://d999.org)

▼ Stampa  
NEW INTERSTAMPA srl  
via della Magliana, 295 - 00148 Roma

*La proprietà letteraria di qualsiasi articolo  
pubblicato nella Rivista è riservata e per quanto  
non espressamente richiamato valgono  
le norme internazionali sul copyright.*

*Autorizzazione tribunale di Roma  
N° 268/97 del 3/5/1997  
Finito di stampare giugno 2006*

*La Rivista ha due uscite annuali:  
abbonamento annuo A 25,00  
numero singolo ed arretrati A 15,00*

## NORME PER GLI AUTORI

Chiunque può inviare alla Direzione della rivista (c/o A.S.P.I.C. - Via Vittore Carpaccio, 32 - 00147 Roma) articoli, immagini, libri da recensire, segnalazione Congressi.

La Redazione si riserva l'accettazione dei lavori e del materiale pervenuto ed anche se non pubblicato non verrà restituito.

Gli articoli impegnano esclusivamente la responsabilità degli autori.

Gli articoli pubblicati impegnano l'autore al rispetto delle presenti norme ed al pagamento delle spese di tipografia anche se non espressamente dichiarato dall'autore stesso.

Gli estratti dovranno essere richiesti al momento dell'invio dell'articolo.



EDIZIONI  
SCIENTIFICHE

**A.S.P.I.C.**

Associazione per lo Sviluppo  
Psicologico dell'Individuo  
e della Comunità

# Collegamenti scientifici

- **A.A.M.F.T.** American Association for Marriage and Family Therapy
- **A.C.A.** American *Counseling* Association
- **A.D.P.C.A.** Association for the Development of the Person-Centered Approach
- **A.H.P.** Association for Humanistic Psychology, USA
- **A.P.A.** American Psychological Association
- **A.I.P.P.I.F.E.** Ass.ne Italiana di Psicologia e Psicoterapia ad indirizzo Fenomenologico-Esistenziale
- **A.S.P.I.C.** Associazione per lo Sviluppo Psicologico dell'Individuo e della Comunità  
Istituto per la Formazione di Psicoterapeuti  
Associazione Scuola Superiore Europea di *Counseling* Professionale  
Associazione per la Scuola  
Cooperativa Sociale di Solidarietà  
Università del *Counseling* - Università Popolare
- **A.U.P.I.** Associazione Unitaria Psicologi Italiani
- **B.A.C.** British Association for *Counseling*, London
- **C.N.C.P.** Coordinamento Nazionale *Counselor* Professionisti
- **C.N.U.P.I.** Confederazione Nazionale delle Università Popolari Italiane
- **E.A.C.** European Association for *Counseling*, London
- **E.A.I.P.** European Association for Integrative Psychotherapy
- **E.A.P.** European Association for Psychotherapy
- **E.P.G.** Ecole Parisienne de Gestalt, France
- **E.S.P.I.** European Society for Psychotherapy Integration
- **E.A.T.A.** European Analysis Transactional Association
- **FENASPIC** Federazione Nazionale ASPIC
- **F.I.A.P.** Federazione Italiana delle Associazioni di Psicoterapia
- **F.I.S.I.G.** Federazione Italiana Scuole ed Istituti di Gestalt
- **F.I.P.** Federazione Italiana Psicologi
- **F.O.R.G.E.** Federazione Internazionale des Organismes de Formation à la Gestalt
- **G.I.G.** Gestalt Institute of Cleveland, USA
- **I.A.E.P.** International Academy of Eclectic Psychotherapists
- **I.N.E.C.P.** International Network of European Community Psychology
- **I.T.A.A.** International Transactional Analysis Association
- **La Jolla** University, California European Campus
- **Metanoia** Psychotherapy Training Institute, London
- **N.P.A.** National Psychiatric Association, California, USA
- **RE.I.Co** Registro Italiano dei *Counselor*
- **S.E.P.I.** Society for the Exploration of Psychotherapy Integration
- **S.F.G.** Société Française de Gestalt, France
- **S.I.P.A.P.** Società Italiana Psicologi Area Privata
- **S.I.P.G.** Società Italiana Psicoterapia della Gestalt
- **S.I.P.s** Società Italiana di Psicologia
- **S.P.R.** Society for Psychotherapy Research (Sezione Italiana)
- **The Gestalt** International Directory, USA

**“L'integrazione tra ricerca e intervento psicosociale  
per la qualità della vita”**

testo a cura di

**Claudia Montanari**

*Psicoterapeuta, Supervisore*

**Daniela Di Renzo**

*Psicologa*

**ATTI DEI CONVEGNI**

**Il diritto alla sessualità nelle persone disabili**

*del 12 novembre 2004*

**Sentieri In/Visibili dell'identità femminile**

*del 29 novembre 2004*

**Comunicazioni sull'autismo e nell'autismo: il ruolo delle istituzioni,  
della ricerca e dell'associazionismo**

*del 10 febbraio 2005*

# Sommario

|  |           |
|--|-----------|
| <b>Editoriale</b>  | 9         |
| <i>di Catia Del Monte</i>  |           |
| <b>Premessa</b>  |           |
| La concertazione tra istituzioni, terzo settore e utenti nei percorsi formativi accessibili                        | 11        |
| <i>di Claudia Monranari</i>  |           |
| <b>1 Il diritto alla sessualità nelle persone disabili</b>   | <b>23</b> |
| 1.1 Introduzione   | 23        |
| <i>Claudia Monranari</i>   |           |
| 1.2 L'impegno dell'Ufficio delle Politiche dell'Handicap della Provincia di Roma                                   | 24        |
| <i>Tiziana Biolghini</i>   |           |
| 1.3 La sessualità nella disabilità fisica, mentale e relazionale quale diritto alla salute e all'espressione di sé | 26        |
| <i>Kathya Bonatti</i>  |           |
| 1.4 La diversità è negli occhi di chi guarda   | 27        |
| <i>Luigi Artenasio - Ivan Gorgevic</i>   |           |
| 1.5 Affettività e sessualità nelle persone con autismo   | 28        |
| <i>Flavia Caretto</i>  |           |
| 1.6 Disabilità e sessualità: un approccio di genere per la formazione degli operatori                              | 32        |
| <i>Daniela Di Renzo</i>  |           |
| 1.7 Il diritto alla sessualità delle persone disabili  | 36        |
| <i>Lelio Bizzari</i>   |           |
| 1.8 Mettersi nei panni dell'altro: l'esperienza formativa del CDH  | 42        |
| <i>Giovanna Di Pasquale e Sandra Negri</i>   |           |
| 1.9 La sessualità handicappata e timorosa delle diversità e del suo riscatto                                       | 44        |
| <i>Bruno Tescari</i>   |           |
| 1.10 Il corpo e la disabilità al tempo delle veline  | 46        |
| <i>Mario De Luca</i>   |           |
| 1.11 Disabilità e <i>counseling</i> un progetto di ricerca europeo   | 48        |
| <i>Lorenzo Cuna</i>  |           |
| 1.12 Il diritto alla sessualità delle persone disabili, un anno dopo   | 50        |
| <i>Lelio Bizzari</i>   |           |
| <b>2 Sentieri in/visibili dell'identità femminile</b>  | <b>57</b> |
| 2.1 Panoramica sul disagio femminile   | 57        |
| <i>Claudia Monranari</i>   |           |
| 2.2 Le politiche della Provincia di Roma sul disagio femminile   | 65        |
| <i>Roberta Agostini</i>  |           |

|      |  |     |
|------|--|-----|
| 2.3  | Una salute a misura di donna: cause e interventi di superamento dei disturbi dell'umore<br><i>Elvira Reale</i>                           | 68  |
| 2.4  | Il ruolo della formazione per gli operatori dei servizi nel settore del disagio femminile<br><i>Daniela Di Renzo</i>                     | 81  |
| 2.5  | Mamma ti ascolto: sostegno psicologico alla madre nel post-parto<br><i>Alessandra Verduci</i>  | 86  |
| 2.6  | SOLIDEA: l'istituzione di genere femminile e solidarietà come risposta al disagio femminile<br><i>Maria Grazia Passuello</i>             | 92  |
| 2.7  | L'identità femminile e i disturbi dell'alimentazione<br><i>Olimpia Armenante</i>   | 93  |
| 2.8  | Vendute e comprate: la tratta delle donne<br><i>Manuela Moroli</i>   | 98  |
| 2.9  | La campagna di Amnesty International per i diritti delle donne<br><i>Annalisa Zanuttini</i>  | 100 |
| 2.10 | La progettualità della Commissione delle Elette<br><i>Cecilia D'Elia</i>   | 103 |
| 2.11 | L'importanza della rete nei Comuni<br><i>Sergio Urilli</i>   | 105 |
| 2.12 | La metamorfosi della sottoveste<br><i>Atrilia Lazzari</i>  | 106 |
| 2.13 | La depressione nella donna<br><i>Emilia Carla Croce</i>  | 109 |
| 3    | <b>Comunicazioni sull'autismo e nell'autismo.<br/>Il ruolo delle istituzioni, della ricerca e dell'associazionismo</b>                   | 115 |
| 3.1  | Introduzione<br><i>Claudia Montanari</i>   | 115 |
| 3.2  | Il lavoro dell'Ufficio Handicap della Provincia di Roma e le progettualità future<br><i>Tiziana Biolghini</i>                            | 116 |
| 3.3  | Caratteristiche della comunicazione nelle persone con autismo<br><i>Flavia Caretto</i>   | 118 |
| 3.4  | La ricerca scientifica sull'autismo: aspettative, risultati, limiti<br><i>Costantino Salerno</i>   | 123 |
| 3.5  | La comunicazione nell'autismo: problema degli autistici, delle loro famiglie e dei mezzi di comunicazione di massa<br><i>Carlo Hanau</i> | 124 |

|      |   |     |
|------|---|-----|
| 3.6  | L'autismo delle istituzioni<br><i>Carmela Cerqua</i>  | 128 |
| 3.7  | La formazione in A.S.P.I.C mediante il Counseling Espressivo<br>per gli stati autistici nei bambini e adulti<br><i>Enrichetta Spalletta</i> | 132 |
| 3.8  | Autismo e Arteterapia<br><i>Isabella Piombo</i>   | 136 |
| 3.9  | Autismo e MusicArte Terapia nella Globalità dei Linguaggi<br><i>Stefania Guerra Lisi</i>  | 149 |
| 3.10 | Il ruolo della scuola e degli insegnanti nell'incontro<br>con le comunicazioni differenti<br><i>Gabriella Mosciatti</i>                     | 153 |
| 3.11 | Autismo e comunicazione: la valutazione<br><i>Flavia Caretto - Silvia Renzi - Marina Basile</i>   | 157 |
| 3.12 | La comunicazione con le persone con sindrome di Asperger<br><i>Silvia Renzi</i>   | 161 |
| 4    | <b>Lavorare con le coppie</b><br><i>Serge e Anne Ginger</i>   | 167 |

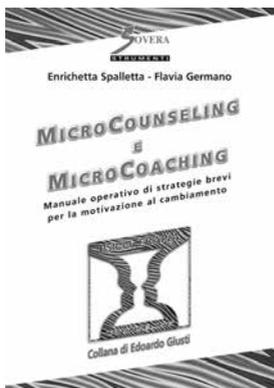


Intento del volume è proporre un percorso che coniughi riflessione teorica e suggerimenti pratici per l'intervento nell'ambito di un approccio terapeutico pluralistico integrato alla cura delle tossicodipendenze. Il presupposto fondamentale che sottende tutta la trattazione è che, all'interno di un'equipe, il lavoro di tutti gli operatori deve avere una valenza terapeutica; per questo, dopo un attento approfondimento del concetto di "tossicodipendenza", particolare attenzione è riservata alla descrizione dell'integrazione tra il livello clinico di intervento e quello organizzativo-manageriale, che spesso limitante per l'agire degli operatori. Inoltre, un'importante novità che caratterizza il testo è rappresentata dalle numerose considerazioni riservate al vissuto degli operatori, sia a livello intrapsichico sia relazionale. La riflessione teorica è corredata da strumenti utili all'impostazione del piano di intervento: schede operative, tabelle riassuntive, box per l'auto-formazione e per la supervisione. Il testo si rivolge quindi essenzialmente a coloro che operano nel campo delle tossicodipendenze, nel pubblico e nel privato, facilitando la formazione continua e l'integrazione delle competenze professionali, non sono all'interno dei servizi per la cura delle tossicodipendenze, ma anche tra i differenti servizi che si occupano della tutela della salute mentale della persona.



Il processo psicodiagnostico riveste un ruolo fondamentale in una psicoterapia efficiente empiricamente fondata. La valutazione iniziale, del processo, degli esiti e del follow-up è utile in eguale misura al clinico ed al paziente. Entrambi hanno bisogno di capire dove andare, di monitorare il percorso verso l'obiettivo, di decidere quando e come si può arrivare a considerare stabili o meno nel tempo i cambiamenti.

I test possono essere molto utili in psicoterapia specialmente se sono concepiti per stimolare l'autoesplorazione e l'autosviluppo, se sono accompagnati da una estensiva interpretazione e spiegazione insieme al paziente e se il terapeuta è sufficientemente addestrato al loro uso.



Il testo introduce alle tecniche di base per l'agevolazione e il sostegno nel *MicroCounseling* e nel *MicroCoaching*. Vengono presentati gli interventi essenziali per consentire una preparazione propedeutica ai corsi professionali sia di *Counseling* che di *MentalCoaching*.

## Editoriale

Un lungo viaggio nell'esistenza umana. E' quello che «Integrazione» prova a fare in questo numero. Un viaggio difficile, faticoso, complicato che, a tratti, si arresta dinnanzi all'incredibile complessità dell'animo umano. Ma «Integrazione» ha una marcia in più: la fiducia. Con la fiducia nell'essere umano la nostra rivista percorre chilometri e prova a costruire certezze. Non dogmi. Questo sia ben chiaro. Ma certezze aperte al confronto e al dialogo. Certezze da smentire o da valorizzare. Certezze per costruire il sapere.

«Integrazione», stavolta, affronta temi delicatissimi, più vicini che mai alla vita di molti individui. La disabilità, la sessualità, ma anche l'autismo e i problemi normativi legati alla professione dello psicoterapeuta.

Il tema riguardante la donna ed il suo universo è trattato in modo particolare. Non meno importanti le problematiche riguardanti il disturbo alimentare, la discriminazione, le incessanti richieste di una società che esercita una pressione enorme nell'animo femminile e che ribalta continuamente ruoli, prospettive, convinzioni. Gli autori degli articoli di questo numero sanno benissimo che la donna, in questi ultimi venti anni, ha rivoluzionato il suo stile di vita. Oltre ad essere ancora l'angelo del focolare domestico è diventata anche un individuo che risponde in maniera attiva alle sollecitazioni di un mondo che corre all'impazzata verso l'innovazione e il progresso.

Le donne sono giunte dove, decenni addietro, per loro c'erano chiusure pregiudiziali e muri di gomma. Moltissime professioniste, manager, dirigenti sopportano ritmi di vita a tamburo battente e assolvono contemporaneamente al ruolo di professionista, mamma e moglie. Bene. Giusto. Ma tutto ha un costo. Così accade che milioni di donne soffrono di disturbi alimentari. Altrettante faticano a reggere il confronto con l'altra metà del cielo. Ossia gli uomini con cui condividono figli, lavoro, studi, tempo libero. Secondo gli esperti le cifre sono preoccupanti. Molte donne stanno male, tanti uomini provano disagio. I figli soffrono.

«Integrazione», tuttavia, crede nell'animo femminile. Crede nella «guarigione» di coloro che soffrono di bulimia e anoressia e ha fiducia negli strumenti offerti da un approccio integrato tra le terapie. «Integrazione» spera, anzi, è convinta che conoscere, analizzare e osservare con la disponibilità a capire la complessità dei rapporti umani sia la strada giusta. A capire come affrontare, ogni giorno, la difficoltà del grande dono che ognuno di noi ha: la vita.

Una speranza attiva e decisa che traspare ovunque. Anche quando si parla delle persone affette da «Autismo». Fiducia è un imperativo categorico a cui «Integrazione» non rinuncia mai. Le persone con autismo possono comunicare attraverso il corpo, i gesti, immagini e figure scelte e studiate per ogni uomo, donna, bambino e bambina che hanno questo problema. Ne sono sicuri moltissimi operatori, studiosi, esperti. «Integrazione» si schiera subito dalla loro parte.

Altrettanto decisa è la presa di posizione sul tema della sessualità dei disabili. Fare l'amore non è più un controsenso per i disabili. Ritardo mentale e difficoltà funzionali non significano necessariamente assenza di desiderio. Al contrario. Il desiderio sessuale, in molti casi, può divenire un forte stimolo per il recupero, l'adattamento, l'integrazione di uomini, donne, ragazzini e ragazzine disabili.

Un lungo viaggio, dicevamo. Uno dei numerosi viaggi che «Integrazione» sta facendo con la sua interminabile navigazione nelle acque burrascose dei sentimenti, degli affetti,

della sofferenza e della gioia. Un viaggio condotto da un equipaggio di psicologi e psicoterapeuti che fa salire a bordo della nave tutti coloro che sono aperti al dialogo e al confronto. Nessuno escluso. Chiunque sia disposto a condividere certezze e smentite, errori e aggiustamenti.

Proprio come affermano gli autori dell'articolo «Lavorare con le coppie». Alla fine del loro scritto spiegano, con molta semplicità, che «La coppia conduce la sua vita: non è in un stato definitivo e stabile. Vive, cambia, cresce, soffre, si ammala... e, a volte, indipendentemente dai suoi componenti - che possono essere molto forti! Per esempio, ciascuno ha intrapreso una relazione esteriore positiva... e la coppia ne soffre o muore».

«Integrazione» cambia, cresce, si diversifica, ma non chiede fedeltà. Piuttosto cerca l'impegno, l'onestà e la spinta verso nuove scoperte e nuovi modi di pensare, vedere, riflettere.

*Catia Del Monte*

## Premessa

### La concertazione tra istituzioni, terzo settore e utenti nei percorsi formativi accessibili

La storia dell'ASPIC è caratterizzata da un lungo percorso di studi e ricerche nell'ambito del *counselling* e della Psicoterapia. L'esperienza formativa nell'ambito delle relazioni d'aiuto, ha portato gradualmente e in modo sempre più incisivo, a un interesse e coinvolgimento verso l'area del sociale. Nel 1994, infatti, nasce la cooperativa sociale di solidarietà ASPIC impegnata in quei settori e servizi che spaziano dal sostegno, all'ascolto, all'orientamento, alla formazione verso le fasce deboli e disagiate, come vuole la storia delle onlus.

Le numerose esperienze che hanno caratterizzato le attività della cooperativa in questi anni hanno fatto crescere in tutti i soci la consapevolezza di sistematizzare l'operatività attraverso una meta-riflessione necessaria a spigare scientificamente i processi che sottostanno alla realizzazione dei servizi, che molto spesso sono lasciati alla gestione spontaneistica e/o volontaristica di personale non specializzato.

Inoltre, forti della riforma normativa in merito al settore socio-assistenziale e ai contenuti espressi dalla Legge 328/2000, in cui prevale l'intenzione filosofica della concertazione dei progetti in ambito sociale, abbiamo voluto creare occasioni di confronto con tutti gli attori coinvolti nelle aree problematiche individuate e affrontate, distribuendo in tal modo, il sapere in modo orizzontale.

La cooperativa ha trovato lo strumento del convegno, un mezzo comunicativo efficace per concretizzare gli aspetti evidenziati, uno strumento di confronto ma anche di scambio per la costruzione della rete territoriale che tanto è stata utile nei successivi momenti di progettazione elaborati dalla nostra équipe.

L'organizzazione di un convegno scientifico che testimoni lo stato dell'arte degli studi e delle ricerche su uno specifico argomento, richiede un importante impegno che comprende sia aspetti organizzativo-logistici, sia aspetti inerenti le pubbliche relazioni, in particolare con l'utenza a cui si rivolge l'iniziativa e con le istituzioni con le quali è necessario condividere metodi e contenuti.

Ecco, dunque, come nasce l'esperienza della realizzazione dei tre convegni promossi con la Provincia di Roma, con la Commissione delle Elette, la Terza Commissione Consiliare Permanente e l'Ufficio Politiche per l'Handicap, a cui hanno fatto seguito rapporti e collaborazioni che hanno generato nuovi progetti, nuovi stimoli, nuove idee per migliorare la qualità della vita delle fasce sociali fragili.

Entriamo ora gradualmente nel vivo degli atti dei convegni, evidenziando l'essenza dei contenuti dei nostri relatori che ringraziamo per il prezioso contributo e l'alta qualità delle riflessioni che hanno stimolato.

Quale parte gioca il sesso nella totalità dell'essere umano? Cosa possiamo dire riguardo la natura dell'istituto sessuale? Freud ha scritto che l'energia sessuale (libido) è una delle forze subconscie dell'essere umano più potenti e più profonde. L'attività fondamentale di tutti gli organismi viventi consiste nello scaricare varie forme di tensione fisica e questo atto parte da un temporaneo "ampliamento di coscienza". Lo sciogliersi della tensione è accompagnato da un senso di affermazione di "vita". Il bisogno di sciogliere la tensione insieme ad una maggiore intensità di coscienza è fondamentale, non lo consideriamo mai abbastanza questo

bisogno e quando ciò avviene è spontaneo soffermarvisi, mentre sono gli stati di coscienza cui via via si perviene a dare scopi e significati.

La sessualità è un diritto di tutti:

### “Il diritto alla sessualità nelle persone diversamente abili”

**Tiziana Biolghini** apre il convegno esprimendo l'importanza di interventi volti alle tematiche della sessualità, sottolineando la necessità di progettualità tese al superamento del disagio e della discriminazione che colpisce la persona con disabilità, anche nell'ambito della sua vita affettiva e sessuale. Ricorda, inoltre, le parole di Papa Giovanni Paolo II che spese molte energie nel sostenere il diritto alla sessualità delle persone disabili.

L'intervento di **Lelio Bizzarri** sottolinea alcuni aspetti problematici delle relazioni sentimentali delle persone con disabilità. Obiettivo è quello di delineare, nei tratti essenziali, la figura del *Counselor* quale figura adeguata a promuovere il benessere sociale e tutelare la persona disabile nell'espressione delle proprie aspirazioni e desideri. Il *Counselor*, essendo una persona tecnicamente e umanamente preparata per ascoltare senza giudicare, nel campo della disabilità può fornire una diversa lettura delle relazioni, considerando le differenze e valorizzando le risorse relazionali presenti potenziandole. Bizzarri riporta uno studio statunitense in cui emerge che gli stili di attaccamento coinvolgono una persona disabile in modo analogo a quelle relative al resto della popolazione. Inoltre, viene affrontato il tema delle dinamiche familiari non solo riguardo all'eventuale strumentalizzazione dell'handicap per dar vita a “copioni” di attaccamento disadattivi, ma soprattutto in merito ai rapporti di coppia intrapresi dal figlio/a e al modo in cui questi sono vissuti dai familiari; viene sottolineata l'importanza del processo di emancipazione dalla famiglia per accrescere l'autostima e l'assertività.

**Kathya Bonatti** sottolinea l'importanza di difendere il diritto alla sessualità, diritto inalienabile di ogni essere umano garantito dalla Costituzione quale diritto naturale all'espressione di sé.

Anche l'Organizzazione Mondiale della Sanità definisce la salute come un equilibrio fisico-psichico non solo come assenza di malattie o infermità, ma come una condizione di completo benessere fisico, mentale e sociale, per realizzare il quale non si può quindi prescindere dalla ricerca e dal conseguimento anche della “salute sessuale”.

Per chi diventa disabile o sviluppa una malattia cronica, il sesso diventa problematico; tuttavia per alcuni il consulente sessuologo può svolgere un ruolo importante accompagnando il singolo individuo o la coppia a trovare le soluzioni più confacenti alle esigenze specifiche, nel rispetto delle differenze; inoltre il consulente può sostenere i ragazzi, gli operatori e i familiari oltre a fungere da mediatore culturale, sensibilizzando la società sulle reali esigenze e sulle molteplici risorse in ambito sessuale dei disabili fisici, mentali e relazionali, sostenendo i diritti dei disabili anche in ambito giuridico.

**Flavia Caretto**, dopo aver descritto le modalità comunicative e di attaccamento delle persone autistiche, propone delle linee guida per l'educazione sessuale delle persone autistiche e con sindrome di Asperger. Inoltre descrive le difficoltà e i rischi a cui questi vanno incontro nelle relazioni amorose.

**Daniela Di Renzo** mette in relazione tre aspetti: disabilità, sessualità e differenza di ge-

nera. Nella relazione di aiuto gli operatori per primi devono recuperare la loro spontaneità in ambito sessuale attraverso un percorso di conoscenza e crescita personale, è questo il modo per aiutare le persone disabili a recuperare naturalezza verso la propria sessualità. In particolare Daniela Di Renzo si sofferma a considerare lo sviluppo psico-sessuale delle donne, caratterizzato dalla rinuncia dei desideri, o dalla colpevolizzazione di essi, ancor più quando si tratta di una bambina disabile.

**Giovanna De Pasquale e Sandra Negri**, operatrici del Centro Documentazione Handicap di Bologna descrivono l'attività del Centro che si occupa di fare formazione per gli operatori che si occupano di handicap e del tema della sessualità. Nella loro esperienza di formazione illustrano la loro idea circa la sessualità e l'handicap: il recupero del piacere legato alla sessualità e l'utilizzazione di uno strumento che hanno definito "mettersi nei panni di..." attraverso l'accettazione della diversità.

La formazione è vissuta come occasione per riflettere sui vissuti delle persone disabili e per elaborare strategie di soluzione dei diversi problemi.

L'articolo di **Bruno Tescari**, vicepresidente della FISH Lazio, è un incoraggiamento alle persone disabili a vivere spontaneamente la loro sessualità superando la diversità e i luoghi comuni che intendono ghettizzare chi non è normodotato. Infatti, i pregiudizi religiosi e la cultura moralistica hanno negato la possibilità di amare della persona con disabilità. Dice Tescari: "Rendiamo il nostro corpo il più piacevole possibile. La vita vale sempre la pena di essere vissuta e bisogna avere il coraggio di guardare negli occhi le persone, anche quelle bellissime che ci incantano, per superare la paura di contattarle".

Per **Mario De Luca** in questi anni il corpo assume un'importanza assoluta e la bellezza ufficiale è incarnata da corpi scultorei che creano dei modelli irreali; ciò stona con la disabilità che per troppo tempo ha visto prevalere una "estremizzazione" della corporeità, come se il corpo prevalesse su tutte le altre dinamiche. Sull'argomento della disabilità e sulla sessualità si sta sviluppando un interesse nuovo stimolato da punti di vista diversi tutti da prendere in considerazione, ma De Luca ritiene che non bisogna riconsegnare il problema agli esperti, perché automaticamente ciò porta a ghettizzare la diversità. Occorre costruire luoghi adatti alla socializzazione delle persone disabili come scuole e spazi urbani e ciò deve avvenire grazie all'intervento delle strutture sociali istituzionali e private professionalmente preparate.

**Lorenzo Cuna** presenta un progetto di ricerca e sostegno alle persone con disabilità: "*E-learning for disability counselor*" (ELDICO) finanziato dal programma Leonardo dell'Unione Europea.

ELDICO ha lo scopo di promuovere la figura del *disability Counselor* dotata di competenze specialistiche per aiutare persone con disabilità gravi e analizzando il divario tra domanda ed offerta; il progetto si propone di individuare quali sono le nuove risorse che bisogna produrre, formando così la nuova figura identificata dall'Unione Europea come *disability Counselor*.

Tanti cambiamenti attraversano il mondo, così come le identità delle persone e, soprattutto le donne, si ritrovano a fare i conti con una ricomposizione profonda, sostenendo grandi

fatiche. Come scrive A. Oliverio Ferrarsi <L'identità è l'insieme delle rappresentazioni, dei sentimenti e delle memorie che un individuo ha di Sé; si costruisce sulla base di identificazioni successive; risente delle disconferme, rinforzi, modellamenti e influenze degli altri> [La ricerca dell'identità, Giunti, 2002].

L'identità e i rapporti di genere sono continuamente plasmati nel tempo ed è necessaria la continua ricerca per approfondire tematiche che toccano la persona e i suoi valori. Per un punto della situazione, oggi, per mettere al centro dell'attenzione la donna, l'ASPIC e la Provincia di Roma hanno pensato a questo convegno:

### "Identità femminile dentro e fuori il disagio"

**Elvira Reale** espone un'indagine che lei stessa ha condotto nel campo dei disturbi psichici femminili a partire dalla promulgazione della legge 180 del 1978. Perché le donne si ammalano più degli uomini di disturbi psichici e in particolare di depressione, disturbi d'ansia e disturbi dell'alimentazione? Da questo quesito nasce agli inizi degli anni Novanta, il progetto di partecipazione alla ricerca Stress, del progetto FATMA (Prevenzione e controllo dei fattori di malattia) del Consiglio Nazionale delle Ricerche, conclusa nel 1997.

Da ciò emerge quanto la medicina e la ricerca ad essa collegata siano a misura di uomo e di quanto non tengano conto delle specifiche esigenze delle donne. Un altro problema importante è l'inadeguata considerazione delle differenze di genere nelle diagnosi e nelle pratiche terapeutiche. Inoltre è stata evidenziata l'esclusione o l'insufficiente presenza delle donne nella sperimentazione clinica.

Elvira Reale, per finire, denuncia una serie di pregiudizi che hanno portato la psichiatria a considerare di normale appannaggio femminile alcune patologie come la depressione. A fronte di questi luoghi comuni Elvira Reale elenca una serie di vissuti femminili dall'infanzia all'età adulta che descrivono i numerosi compiti che le donne si trovano a dover assolvere contemporaneamente e che creano stress e disagio.

L'intervento di **Olimpia Armenante** mette in evidenza la correlazione tra identità femminile e disturbi alimentari sottolineando come questi si siano diffusi proprio nel momento in cui le donne hanno iniziato a cercare di realizzare una vita diversa da quella delle loro madri. Il processo di transizione culturale e di modernizzazione determina una tensione psicologica che contribuisce ad accrescere i livelli dei disturbi alimentari per frequenza, vastità e intensità del fenomeno.

La sola prescrizione dietetica non è sufficiente, ma va integrata con un percorso terapeutico per riportare le persone alla padronanza di sé e aumentare la consapevolezza e il senso di responsabilità. Per Olimpia Armenante trattandosi di disturbi che colpiscono sia il corpo che la mente, l'efficacia del trattamento sarà tanto maggiore quante più figure professionali (psichiatra, psicoterapeuta, nutrizionista, medico, etc.) interagiranno tra loro.

L'articolo di **Manuela Moroli** riguarda il tema della violenza sulle donne e in particolare la prostituzione femminile. Nell'articolo viene descritta l'attività svolta dal Centro Antiviolenza gestito dall'associazione Differenza Donna fin dai primi anni Novanta, anni in cui ebbe inizio "la tratta delle bianche" dai paesi dell'Est. Vengono raccontati i primi casi di denuncia, i pregiudizi verso le ragazze, le lotte nei tribunali per ottenere giustizia e, infine, i risultati raggiunti anche grazie all'aiuto delle istituzioni.

**Daniela Di Renzo** affronta il tema della **formazione di genere** che si orienta sugli specifici bisogni del maschile e del femminile. In particolare affronta i diversi ambiti, la necessità di una formazione trasversale, quella specifica e quella finalizzata all’inserimento lavorativo delle donne. Descrive l’importanza della consapevolezza, del tema della dipendenza affettiva, della narrazione e quello della ri-definizione dei ruoli sia sul piano socio-culturale e politico, sia sul piano psicologico, per valorizzare la relazione paritaria fra maschile e femminile.

**Il Progetto “Mamma, ti ascolto” per il sostegno psicologico alla madre nel post-parto** nasce da una proposta della dott.ssa **Alessandra Verduci**. Si considera che l’esperienza e il vissuto della nuova mamma spesso è destinato a restare chiuso dentro la donna, perché si sviluppa in parallelo alla nascita fisica del bambino. L’intervento di sostegno psicologico è stato proposto nel reparto di maternità dell’Ospedale Careggi di Firenze con lo scopo di promuovere la conoscenza di Sé “nell’essere madre”, aumentare l’autostima e rinforzare la fiducia della donna sulla propria competenza materna, acquisire consapevolezza delle proprie motivazioni e aspettative rispetto alla maternità.

**Annalisa Zanuttini**, responsabile delle relazioni esterne di Amnesty International, si occupa della difesa dei diritti delle donne i cui principali obiettivi sono far sì che il discorso sulla violenza sulle donne emerga; violenza domestica, aborto selettivo, crimini d’onore, abusi, stupri tutti atti di violenza che per non essere impuniti devono essere denunciati.

Viene descritto, inoltre, il ruolo della Commissione delle Elette, presieduta da **Cecilia D’Elia**; la commissione ha il compito di proporre iniziative rivolte in particolar modo alla popolazione femminile e alle pari opportunità. Nell’articolo Cecilia D’Elia tira le somme di alcuni interventi precedenti e constata quanto, sebbene le donne siano oggetto di violenze e di ingiustizie, queste abbiano anche le potenzialità per reagire e creare un movimento di sostegno e di emancipazione. Le nuove politiche pubbliche che sono state attuate grazie al rapporto con le esperienze di movimento femminile devono tutelare i diritti e proporre politiche per quei diritti. Ne è un esempio l’istituzione Solidea, la prima di genere femminile della Provincia, che si rivolge a tutti, coordina i Centri, dialoga con l’associazionismo femminile e interviene su questi temi. “Solidea” è la prima istituzione di genere che nasce negli Enti Locali in Italia ed è volta a contrastare il fenomeno del disagio femminile e della violenza sulle donne.

“Solidea”, come spiega la sua Presidente **Maria Grazia Passuello**, opera su tre piani: a sostegno delle donne che vivono ogni tipo di gravi difficoltà, interviene sui costi sociali che il disagio femminile produce, interviene per interessare rapporti tra donne di paesi diversi.

**Sergio Urilli** racconta la sua esperienza come sindaco di Monteporzio Catone (RM) sottolineando il protagonismo della rete territoriale. Sottolinea il grande valore delle associazioni in quanto permettono ai cittadini di essere cittadinanza attiva, di conoscere immediatamente i bisogni e di tarare le azioni in base ai bisogni oggettivi e non a quelli teorici.

La comunicazione ha rappresentato, infine, il tema centrale del convegno sull’autismo, per evidenziare la necessità di trovare modi comunicativi tra utenti e operatori, tra utenti e

famiglie, tra famiglie e istituzioni e servizi.

Il linguaggio dell'autismo è un linguaggio altro, non è un non-linguaggio e la relazione con soggetti autistici si costruisce ri-conoscendo questa differenza. Molto spesso gli operatori restano inermi di fronte quello che viene percepito come rifiuto da parte della persona con autismo e questo rappresenta un vero ostacolo nella comunicazione tra utente e operatore, che impedisce l'evoluzione della "cura". E' importante per l'operatore un buon supporto rappresentato dalla supervisione, così che anche le famiglie possano trovare un appoggio sicuro con l'operatore, così che anche l'istituzione possa interloquire con personale adeguatamente formato e qualificato, capace di accogliere nuove proposte o proporre nuove iniziative.

### "Comunicazioni sull'autismo e nell'autismo"

I lavori descrivono le modalità di comunicazione dei soggetti affetti da autismo. Inoltre vengono espressi i limiti progettuali dettati a volte dalla mancanza di sostegno delle istituzioni pubbliche, che spesso non riescono a mettere in atto le strategie di cui dispongono.

Nell'articolo di **Flavia Caretto** vengono descritte le difficoltà che trovano le persone affette da autismo per quanto riguarda la comunicazione e la visualizzazione, difficoltà presenti in entrambi i soggetti presenti nella relazione, artistici e non. Infatti, se comunicare è diverso da esprimersi, i bambini affetti da autismo hanno un modo tutto loro di utilizzare il linguaggio e l'espressività corporea; le loro capacità riflettono lo sviluppo cognitivo legato ad una variabilità soggettiva a seconda della funzionalità personale, e spesso sono ostacolati da disturbi percettivi relativi a tutti i sensi. Nell'articolo vengono descritte le specifiche difficoltà di comunicazione, i luoghi comuni e i fraintendimenti che ostacolano la creazione di un modo nuovo di entrare in relazione con i bambini autistici. Flavia Caretto evidenzia come sia necessario l'insegnamento di un proprio linguaggio per stimolare in loro una comunicazione che esprima quello di cui hanno bisogno.

**Carlo Hanau** centra il suo articolo sull'attività dell'Associazione Nazionale Genitori Soggetti Autistici di cui fa parte in qualità di direttore della rivista "il Bollettino dell'Associazione Nazionale Genitori Soggetti Autistici". L'articolo mette in luce come con terapie cognitivo-comportamentali e con la logoterapia si siano raggiunti dei risultati positivi anche se non in tempi brevi.

L'articolo si sofferma nella descrizione contenuta nel DSM IV dei soggetti colpiti da autismo per indicare tutti quei casi in cui non si può parlare di tale disturbo e per portare alla luce alcuni casi di disinformazione che hanno creato illusioni e false credenze nell'opinione pubblica. A fronte delle errate concezioni di parte della psicologia psicodinamica che ancora oggi segue gli errori presenti negli assunti di Bettelheim, l'ANGSA ha pubblicato un libro che non ha pretese scientifiche, ma attraverso il quale l'associazione propone una fiaba didattica per avvicinare i bambini ai loro compagni affetti da autismo.

Per **Costantino Salerno** i due diversi schieramenti - da un lato gli psicoanalisti, dall'altro lato gli organicisti - non hanno fatto che aumentare le difficoltà intrinseche nel campo della ricerca neurofisiologica. Nonostante queste difficoltà, la ricerca scientifica sull'autismo in questi ultimi anni ha compiuto ugualmente enormi progressi, soprattutto nello studio delle forme di autismo secondarie ad alterazioni di natura metabolica, recentemente individuate.

**Carmela Cerqua**, in qualità di vice presidente dell'associazione A.N.P.A.M.M. mette in evidenza la triste realtà in cui si trovano i soggetti definiti autistici. In particolare, si riferisce a quei casi in cui la causa dell'autismo è da ricercarsi in malattie metaboliche rare, per la diagnosi e la cura delle quali le istituzioni non mostrano un impegno concreto. L'autismo delle istituzioni rappresenta non solo un caso di malasanità, ma anche un rifiuto a dare assistenza e cure che potrebbero essere risolutive per i malati e per le loro famiglie.

L'articolo di **Enrichetta Spalletta** riguarda il progetto formativo condotto all'interno del Master in *counseling*, Psicologia e Relazioni nello Sviluppo, e il Master in *Counseling* Espressivo nato a seguito del netto aumento del numero di casi diagnosticati come autistici. Poiché chi soffre di questo disturbo ha bisogno di protezione per tutta la vita, di aiuto e di servizi, i trattamenti dovrebbero essere costruiti su misura per lo specifico bambino, più che basarsi sulla diagnosi, tenendo conto delle fasi di riparazione, di abilitazione/riabilitazione, di sostegno, e del contenimento dei danni organici.

**Silvia Renzi, Flavia Caretto, Marina Basile** presentano strumenti operativi per valutare i diversi livelli di comunicazione nell'ambito dell'autismo: descrivono con esempi concreti i diversi tipi di valutazione: i colloqui con i familiari per comprendere le particolarità del linguaggio, l'osservazione del comportamento del bambino, la valutazione formale con la scala PEP-R, la AAPEP per adolescenti, la scala VINELAND.

**Isabella Piombo** presenta l'Arteterapia, un intervento di *counseling* espressivo di mediazione non verbale volto all'aiuto e al sostegno attraverso l'uso dei materiali artistici. Esso include l'insieme delle tecniche e delle metodologie che utilizzano le attività artistiche visuali come mezzi terapeutici e nasce dall'interazione e integrazione di diverse discipline. In seguito a recenti studi sono ormai stati dimostrati i vantaggi di questa terapia in soggetti con alterazioni cromosomiche (es. Sindrome di Down), in soggetti con ritardo mentale generico o con ritardo mentale e psicosi d'innesto, autismo e psicosi infantile.

Isabella Piombo espone i vantaggi e i limiti dell'arteterapia e approfondisce la descrizione delle fasi di intervento della DanzaMovimentoTerapia (DMT), della musicoterapia attiva e passiva soffermandosi nella descrizione del processo formativo degli operatori e sulle prospettive future della disciplina.

Per **Gabriella Mosciatti** la scuola deve partire dall'assunto che il bambino autistico "percepisce", "sente" e "capisce", ha voglia di esprimere quello che ha dentro, ma non ha i mezzi per farlo. La scuola diventa un fattore essenziale insieme alla famiglia per la crescita e l'integrazione del bambino autistico.

Concludono il capitolo i lavori di ricerca di **Attilia Lazzari ed Emilia Carla Croce** che, pur non avendo relazionato al convegno, hanno offerto il loro contributo sul tema del disagio femminile illustrando i poster dei loro lavori durante lo svolgersi del convegno.

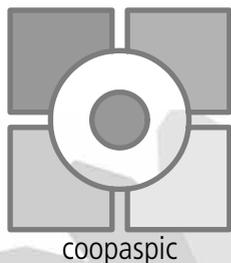
Tre convegni, tre temi, tre momenti in cui ribadire il diritto alle differenze, il diritto di cittadinanza a persone che per natura o cultura affrontano forse la vita da una diversa prospettiva, ma diversa da chi?

La rivista si chiude con un articolo di **Serge e Anne Ginger** che ripercorre le problemati-

che relazionali di coppia e descrive una serie di interventi mirati a recuperare una condizioni di equilibrio relazionale. Vengono elencati i tipi di coppia che possono presentarsi al terapeuta, i motivi della richiesta di aiuto, i tipi di terapia consigliati e le modalità di svolgimento. Per finire viene dato spazio al significato dell'«implicazione controllata» e al senso dell'approccio gestaltico.

Un insieme di stimoli hanno dunque caratterizzato l'esperienza dei convegni e di come essi abbiano rappresentato la definizione della rete, dei contatti con le istituzioni, con gli utenti, con i familiari degli utenti e con il mondo della cooperazione sociale. Un'occasione per fornire all'ASPIC ulteriori strumenti di riflessione che dall'esperienza metodologica e scientifica della formazione, raggiunge il campo dell'intervento diretto, della progettualità di servizi che partono dalla qualità scientifica pensata attraverso un costante lavoro di aggiornamento, definizione degli obiettivi e risposta ai bisogni della comunità intera. Un'occasione per ribadire i diritti di cittadinanza attiva di uomini e donne. Auguro buona lettura a tutti/e sperando che in ognuno di voi possa maturare la consapevolezza dei propri bisogni e il rispetto dei bisogni altrui.

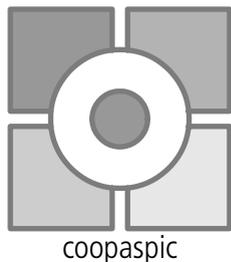
*Claudia Montanari*



## “Affettività, sentimenti e percorsi di educazione sessuale nelle persone con disabilità”

*Tratto da INTEGRAZIONI. La Provincia di Roma e le Politiche per l'Handicap  
Progetto promosso dalla Coop. Soc. di Solidarietà ASPIC  
e dall'Ufficio Politiche per l'Handicap della Provincia di Roma*

La sessualità e l'handicap, un accostamento che spesso rimane intrappolato sotto le mille parole che descrivono i servizi ai disabili. Un discorso difficile che genera disagio e difficoltà e incontra una certa resistenza da parte di tutti gli attori coinvolti, siano essi operatori, disabili o loro familiari. Eppure è il corpo a parlarci di noi stessi, è lui che ci mette in comunicazione con il mondo e ci aiuta spesso a decifrarne le mille sfumature. E i nostri corpi, corpi di persone “normali” oppure “diverse”, rappresentano identità sessuali con esigenze, desideri e aspettative simili. Promuovere una “cittadinanza attiva” significa informare anche su questa importante dimensione dell'essere umani, ed è per questo che è stato ideato un progetto di educazione sessuale, all'affettività e ai sentimenti nelle persone con disabilità, un servizio che intende offrire una risposta adeguata alle numerose richieste sul tema. Un argomento come questo deve essere affrontato con serietà e soprattutto con la consapevolezza che vivere la propria sessualità con naturalezza ed in modo sereno è un diritto di tutti. Del resto anche il compianto Papa Giovanni Paolo II, nel 2004, ha espresso, in un messaggio ai partecipanti al Simposio Internazionale su “Dignità e diritti della persona con handicap mentale”, una chiara opinione in merito dichiarando che “il presupposto per l'educazione affettivo-sessuale della persona handicappata sta nella persuasione che essa abbia un bisogno di affetto per lo meno pari a quello di chiunque altro. Anch'essa ha bisogno di amare e di essere amata, ha bisogno di tenerezza, di vicinanza, di intimità.” Il progetto pilota promosso dall'Ufficio Handicap in collaborazione con la Cooperativa Sociale di Solidarietà ASPIC, vedrà coinvolte persone disabili, le loro famiglie e gli operatori socio-assistenziali attivi nel settore della disabilità. Il servizio inaugurerà un vero e proprio percorso di formazione per le famiglie e per le persone disabili coinvolgendole in un cammino di corretto approccio al tema della sessualità. Il programma è rivolto ai disabili, ai loro familiari e agli operatori sociali che ogni giorno si confrontano su un tema così delicato e rappresenta il proseguimento di un discorso avviato già attraverso il Convegno di studi “Il diritto alla sessualità nelle persone disabili” tenutosi presso il Cnr di Roma il 12 novembre 2004. Allora erano stati messi in luce problemi e nuove esigenze di approccio al tema, indicando strade da percorrere. Oggi, avendo fatto tesoro di quelle idee, è stato posto il primo mattone di una strada difficile da costruire ma importante da realizzare.



La Cooperativa Sociale di Solidarietà ASPIC è socia del Comitato per il

## DOPO DI NOI

### Castelli Romani e Monti Prenestini

L'ASPIC è inserita nel progetto promosso dalla Provincia di Roma – Ufficio Politiche per l'handicap che ha costituito un Comitato per la ricerca, lo studio e la progettazione di interventi volti al miglioramento della qualità della vita delle persone disabili prive del supporto familiare. Il progetto comprende l'approfondimento di tematiche specifiche volte all'attuazione della Mission del Comitato, [v. [www.comitatodopodinoi.it](http://www.comitatodopodinoi.it)], realizzate attraverso il lavoro di quattro gruppi di studio distinti:

#### **Il Gruppo Giuridico-Legale**

Ricerca e analisi della legislazione attuale: - per la tutela dei diritti della persona con disabilità e della sua famiglia - per la valutazione dei limiti e delle risorse della legislazione regionale e nazionale sui servizi residenziali - per lo scambio delle buone prassi a livello territoriale e nazionale.

#### **Il Gruppo per l'Analisi del Bisogno**

Le attività previste derivano dalla metodologia operativa della Psicologia di Comunità; l'analisi parte dalla conoscenza delle risorse organizzative e comunitarie dei territori coinvolti ed è strutturata per fasi e azioni processuali: - costruzione di profili di comunità in grado di fornire un quadro completo di tutte le risorse e i bisogni presenti sul territorio - verifica e valutazione in itinere sul lavoro svolto e sui risultati raggiunti dai diversi gruppi di lavoro.

#### **Il Gruppo per il Potenziamento della Rete**

Si sviluppa a partire dai presupposti filosofici e politici della L.328/2000 che prevedono la concertazione tra pubblico e privato per la definizione dei servizi territoriali attraverso la costruzione dei Piani di Zona. Le attività prevalenti saranno: - la partecipazione ai Tavoli tematici di Lavoro previsti dal Piano di Zona - il coinvolgimento del terzo settore impegnato nel settore delle disabilità, delle associazioni di familiari (promuovendone la costituzione in consorzi), del servizio pubblico ed in particolare i distretti della ASL RMH e quelli dei servizi sociali comunali, della Provincia di Roma, della Regione Lazio e del CNEL (Consiglio nazionale dell'Economia e del Lavoro) - promozione di iniziative pubbliche (convegni, seminari, conferenze, etc.) per la divulgazione delle attività del Comitato.

#### **Il Gruppo Ricerca Fondi per la Promozione e Diffusione del Progetto**

Ricerca di fondi a livello territoriale, nazionale e comunitario - contatti e avvio dei rapporti con banche, assicurazioni, fondazioni, donatori in genere - elaborazione di uno scadenario annuale per la presentazione di progetti - elaborazione di un progetto che contenga i contenuti definiti dal Comitato per la richiesta di fondi finalizzata alla realizzazione delle Sue attività - elaborazione di progetti per la partecipazione a bandi pubblici di gara - elaborazione di pagina promozionale WEB - verifica delle risorse e del bilancio degli Enti Pubblici.





il diritto alla sessualità  
nelle persone disabili



12 novembre 2004

CNR - p.le Aldo Moro, 7 - Roma

# Il diritto alla sessualità nelle persone disabili

## 1

### 1.1 Introduzione

*di Claudia Montanari  
Presidente della Cooperativa Sociale di Solidarietà ASPIC  
psicologa, psicoterapeuta, supervisore*

L'Aspic è un'associazione culturale e scientifica con 29 sedi in tutto il territorio nazionale i cui ambiti di lavoro sono i seguenti:

- formazione di psicoterapeuti e *counselor* (una nuova figura professionale con cui molti operatori presenti in questa sala si troveranno a interagire in futuro);
- sostegno psicologico e sociopedagogico;
- progetti di ricerca (tra i quali questo convegno);
- pubblicazioni (riviste sulla psicoterapia e sul *counseling*),
- attività nelle scuole (prevenzione del disagio psicoemotivo, sociale e pedagogico).

All'interno di questi settori, si strutturano interventi e progetti legati alla salutogenesi che comprendono anche l'ambito della sessualità. Nel sociale, così come in altre aree del terzo settore, il tema della sessualità è piuttosto trascurato, anche quando si affrontano argomenti legati alla promozione della salute e alla qualità della vita degli uomini e delle donne. Non è un argomento facile da affrontare, anche all'interno della formazione, come ho potuto constatare in tanti anni di esperienza nei percorsi formativi svolti con gli operatori.

La rimozione della sessualità come ambito formativo è ancora più accentuata quando è riferita alle persone disabili. Invece, è fondamentale affrontare questo argomento in quanto ciò contribuisce a migliorare il benessere psicofisico e a dare una visione migliore della vita.

Tutti noi, operatori del settore e non, sappiamo quanto sia importante per qualunque persona dare spazio alle proprie emozioni e quanti tabù condizionino, invece, la possibilità di vivere la sessualità seguendo i propri desideri. Ciò vale a maggior ragione per le persone disabili alle quali spesso non si riconosce il diritto di vivere una vita "normale" in ogni sfera della propria esistenza.

Il contributo dell'Aspic e degli operatori del settore lavora per garantire il diritto alla sessualità a tutti e soprattutto intende aprire un dibattito capace di stimolare punti di riflessione sulla sessualità delle persone disabili, sui pregiudizi che si muovono intorno ad essa, sulle possibilità e gli strumenti che abbiamo a disposizione per diminuire la sfera di disagio di coloro che già debbono affrontare altri tipi di difficoltà.

Il diritto alla sessualità è il diritto a vivere il proprio corpo, il proprio Sé, contribuisce a formare l'immagine personale in relazione alla nostra immagine sociale, a come l'altro ci percepisce nel contesto in cui ci muoviamo: come può un disabile sentirsi a suo agio se le persone che lo circondano reputano sbagliati certi comportamenti che per una persona normodotata sono invece giudicati normali? Perché la nostra società tende ad imporre rinunce o sensi di colpa a chi vuole invece vivere le relazioni liberamente e trovare degli spazi di piacere e, soprattutto, quali sono le azioni di cambiamento culturale e relazionale?

Sessualità e disabilità sono argomenti scomodi per la massa ma, chi si trova a contatto con persone portatrici di handicap, sa bene quante risorse esse abbiano e quanto per loro sia fondamentale il contatto con l'affettività.

Attraverso il dibattito tra gli operatori, i familiari e gli stessi disabili, ci auguriamo che si possano trovare delle possibilità nuove e che si apra un cammino verso una maggiore apertura culturale rispetto al tema del convegno.

## 1.2 L'impegno dell'ufficio delle politiche per l'handicap della provincia di Roma

*di Tiziana Biolghini*

*Delegato alle politiche delle persone con disabilità' della provincia di Roma*

L'ASPIC è l'anima e il cuore di questa iniziativa. Con lei abbiamo sperimentato molti modi di fronteggiare il disagio psicologico e sociale: un esempio sono i tanti laboratori che abbiamo costruito per la prevenzione del bullismo nelle scuole con alcuni operatori che vi collaborano.

Questi laboratori si sono rivelati un ambito importante per tutti gli studenti che hanno avuto modo di parteciparvi per elaborare la paura della diversità, della loro diversità, che li spingeva a confluire in dinamiche di gruppo e di branco.

Nove mesi fa l'amministrazione provinciale ha approvato la delega sulle tematiche dell'handicap per istituire un coordinamento e una cabina di regia unica sulle tematiche della disabilità. E' stato un evento inedito dato, che non vi è mai stata una delega per le tematiche dell'handicap. Da una parte essa costituisce un impegno forte per ricostruire un tessuto disgregato negli anni passati rispetto ai servizi nell'ambito dell'handicap; dall'altra ci ha permesso di constatare un vero e proprio stato di abbandono: basti pensare che il presidente di un'associazione di persone disabili di Albano può usufruire solo di un'ora settimanale di assistenza a pagamento. In altri dei 120 comuni della provincia di Roma l'assistenza non esiste affatto sia nell'ambito domestico che in quello della scuola dell'obbligo.

Si potrebbe pensare che nei piccoli centri sia più facile l'integrazione e il superamento delle barriere sociali, ma in realtà le cose stanno diversamente.

Con grande rammarico sto scoprendo una realtà molto più drammatica. Non esiste la cultura dei diritti, esiste a malapena la cultura dell'assistenza e quindi c'è molto da fare.

Discutendo con il presidente dell'Associazione "Il ponte", Mimmo De Angelis (l'idea del convegno è nata proprio da questa collaborazione), è emerso il bisogno da parte di giovani disabili della città di Roma, i quali hanno più possibilità di socializzare e più risorse, di evidenziare il problema della sessualità. In particolare è emerso il problema della definizione del confine fra amicizia e innamoramento da una parte, e rapporto occasionale scelto e abuso dall'altra. Quelle che inizialmente sembravano semplici amicizie, magari caratterizzate da episodi a carattere sessuale, si sono rivelate esperienze d'abuso devastanti con conseguenze indelebili nel corpo e nel cuore di tanti/e ragazzi/e.

Inoltre, è emersa la difficoltà da parte delle famiglie di comunicare rispetto alla sessualità con i/le loro figli/e disabili. Un caso eclatante è costituito da una madre che somministrava la pillola anticoncezionale alla figlia a insaputa di quest'ultima, perché temeva che la figlia non avrebbe saputo difendersi da tentativi di seduzione.

È importante, quindi, confrontarsi con le persone disabili, i genitori e gli operatori tenendo conto, però, che ognuno ha una storia diversa e necessita conseguentemente di un approccio diverso. Non bisogna mai dimenticare che ogni persona ha una propria storia e una propria sensibilità e che non si può affrontare il tema dell'handicap ragionando per categorie (soggetti psichiatrici, soggetti con ritardo mentale, portatori di handicap motorio, sensoriale, ecc).

Anche in merito all'educazione sessuale rivolta alle persone "normodotate" si è verificato recentemente un arretramento culturale e istituzionale: pochissime scuole svolgono corsi di educazione sessuale e, anche quando vengono effettuati ciò avviene al di fuori dei programmi didattici. Ritengo invece fondamentale che almeno nelle scuole a carattere scientifico e psicosociale sia importante ragionare sulle questioni relative al Sé, al corpo e alla sessualità; altrimenti si rischia di riproporre modelli culturali imposti dalle istituzioni scolastiche e/o familiari ed estranei dai vissuti emotivi e dal quotidiano degli studenti.

In questo contesto storico-sociale, è ancora più difficile immaginare un'educazione sessuale che tenga conto delle peculiarità delle persone disabili.

Negli ultimi tempi molte persone disabili stanno uscendo dagli "arresti domiciliari" riappropriandosi della città e della socializzazione, ma esiste ancora un gap nel campo dell'affettività e della sessualità. Le istituzioni devono scendere in campo anche rispetto a queste problematiche, che pur esulando dalla consueta erogazione di servizi di assistenza, rientrano a pieno titolo fra i diritti dell'individuo.

Questo convegno vuole essere un momento di riflessione dal quale dovranno scaturire impegni operativi. Innanzitutto, è importante la formazione degli operatori, con particolare attenzione al rilancio della figura del AEC (Assistente Educativo Culturale), sottolineando l'importanza che assuma un ruolo di coordinamento e di integrazione dei servizi agli alunni disabili.

Nei prossimi giorni uscirà un bando di concorso per l'attivazione di laboratori sociali e corsi rivolti a persone e ragazzi disabili, alle famiglie e agli operatori. È fondamentale, però, che i servizi siano coordinati da un'unica cabina di regia, in quanto indicazioni differenti e magari contraddittorie possono essere controproducenti.

### 1.3 La sessualità nella disabilità fisica, mentale e relazionale quale diritto alla salute e all'espressione di sé

*di Kathy Bonatti  
psicoterapeuta, sessuologa, mediatore familiare*

Il sostegno all'espressione della sessualità di ciascun individuo, compreso il disabile intellettivo, è motivato dalla necessità e dalla consapevolezza di difendere un diritto inalienabile di ogni essere umano garantito dalla Costituzione e un diritto naturale all'espressione di sé.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità definisce la salute come un equilibrio psico-fisico in relazione all'ambiente, pertanto non solo come assenza di malattie o infermità, ma come una condizione di completo benessere fisico, mentale e sociale, espressione di un giusto equilibrio con l'ambiente. Al fine di realizzare tale condizione di armonia e benessere, non si può quindi prescindere dalla ricerca e dal conseguimento anche della "salute sessuale".

La nostra Costituzione, all'art. 32, tutela la salute di ogni essere umano senza formulare alcuna discriminazione, garantendo ad ogni individuo, in quanto tale, il diritto a quello "status" inviolabile definito salute, conformandosi alla "Dichiarazione dei Diritti dell'Handicappato Mentale" del 1971, la quale prevede che il disabile debba godere in tutta l'estensione possibile degli stessi diritti degli altri esseri umani.

Partendo da questa concezione di salute si deve includere la possibilità per tutti i disabili fisici, mentali e relazionali di vivere la sessualità anche in situazione di ricovero, poiché il benessere psico-fisico comprende anche l'area sessuale, non solo come attività puramente fisica, ma come esercizio di un'affettività, di una relazione che consenta ad ogni individuo di esprimere la propria personalità in tutte le sue forme.

Per chi diventa disabile o sviluppa una malattia cronica, il sesso diventa problematico, tuttavia alcuni sperimentano nuove modalità e nuovi ruoli, dato che il numero di coloro che presentano un handicap tanto grave da non permettere alcuna forma di pratica sessuale è alquanto esiguo.

Malattie gravi quali ictus, diabete, problemi cardiaci, mastectomia, isterectomia, cancro prostatico e testicolare, oltre ai problemi muscolo-scheletrici possono causare disagi nella sfera sessuale e spetta al medico affrontare il tema della sessualità legato all'insorgenza di una patologia grave, al fine di informare la persona e la coppia sulle reali conseguenze sessuali della malattia e sulle effettive possibilità di riattivare e continuare una vita sessuale appagante, pur se modificata, a beneficio della qualità della vita.

Negli ultimi anni sta maturando e affermandosi una coscienza sociale che accoglie le persone con handicap mentali come "esseri sessuali" esattamente come le altre.

Il comportamento sessuale è uno dei bisogni primari della persona ed anche per i disabili la condotta sessuale è una necessità primaria, è una risposta ad un bisogno biologico, oltre ad essere un potente organizzatore della conoscenza e dell'immagine di sé.

Il dibattito sull'educazione sessuale sinora prodotto è rappresentato da una serie di materiali, strumenti e modelli di intervento che cercano di mantenere l'ordine precedente e che non contemplan mai l'esistenza del diverso, anche se il rispetto dovrebbe essere il valore primario dell'educazione, che invece lo disconosce di fatto.

La sessualità è una forza eversiva che può modificare la nostra vita e l'organizzazione sociale e se a questo si aggiunge la sessualità del disabile, del diverso, si può comprendere il carattere dirompente e preoccupante che la sessualità rappresenta per le istituzioni, per la scuola, la famiglia e gli educatori stessi. Chiunque abbia un handicap ha il diritto di ricevere un'educazione sessuale scientifica e relazionale e di avere la dignità di una identità sessuale, poichè tutti dovrebbero avere la possibilità di instaurare relazioni per propria scelta.

Il consulente sessuologo può svolgere nell'ambito della disabilità un ruolo importante nei confronti dei disabili fisici e relazionali, accompagnando il singolo individuo o la coppia a trovare le soluzioni più confacenti alle esigenze specifiche; nei confronti dei disabili mentali può mettere la sua professionalità ed esperienza al servizio dei ragazzi, degli operatori e dei familiari, oltre a fungere da mediatore culturale, sensibilizzando la società sulle reali esigenze e sulle molteplici risorse in ambito sessuale dei disabili fisici, mentali e relazionali, organizzando corsi di aggiornamento, dibattiti, incontri e consulenze individuali, sostenendo i diritti dei disabili anche in sede legislativa.

#### 1.4 La diversità è negli occhi di chi guarda

*di Luigi Attenasio  
psichiatra, direttore del dipartimento salute mentale ASL RMC  
e Ivan Gorevic*

Il titolo è ispirato da una frase di Gennaro un ragazzo affetto da distrofia muscolare, costretto sulla sedia a rotelle, che ha scritto: "A volte mi sembra di essere come gli altri mi vedono".

Giustamente, la dottoressa Di Renzo ha ricordato come la psichiatria sia stata usata per reprimere ed emarginare le persone con disabilità anche dopo la legge 180. E' di appena dodici anni fa il caso di un uomo disabile legato a letto e imbottito di psicofarmaci, in un SPDC della Lombardia.

Bisogna ricordare che Roma è stata l'unica capitale europea senza manicomi, anche prima della legge 180. Purtroppo, però, una legge del governo Berlusconi (la legge Burani-Proccacci) vorrebbe ripristinare la situazione esistente prima della legge 180.

Prendendo spunto dalla frase di Proust: "Più che la conoscenza, la sofferenza la sa lunga in tema di psicologia" ho riconosciuto il ruolo centrale svolto dagli utenti dei servizi territoriali nel creare servizi che fossero un'alternativa alle istituzioni totali per loro e per persone che vivevano una situazione analoga alla loro.

Conseguentemente a ciò ho contattato Paolo Iafrate (operatore di una associazione di Frosinone) per chiedergli se Rosita Lisi e Ivan Gorevic sarebbero stati disponibili ad intervenire a questo convegno in modo di dare spazio alle persone cosiddette di "serie B", ai saperi assoggettati. In realtà, le persone diversamente abili non sono affatto persone di "serie B"; abbiamo esperienze di tante persone portatrici di handicap che sono riuscite a realizzare cose importanti: ad esempio, Davide Cervellin, non vedente, è diventato un imprenditore a capo di un'importante azienda telematica.

Concludo ricordando quanto ha affermato Giuseppe Pontiggia nelle pagine del suo libro

Nati due volte circa “normalità” e “diversità”, notando come le persone quando vengono “ferite” dalla diversità piuttosto che accettarla, la rifiutano; da qui nasce tutta la polemica sulla normalità e la ricerca di etichette meno “offensive” per indicare la diversità; si afferma che tutto è eccezione e si nega l’esistenza della norma, ma nel tentativo di allontanare definitivamente lo spettro della normalità, esso si ripropone minaccioso come non mai. Pontiggia conclude: “Non è negando le differenze che si combatte lo spettro della normalità, ma modificando l’immagine di quest’ultima”. Vorrei citare anche la frase di un pedagogo della metà dell’Ottocento: “Se è disteso fatelo sedere, se è seduto mettetelo in piedi, se non mangia da solo tenetegli le dita e non il cucchiaino, se non parla e non guarda parlategli e guardatelo, nutritelo come un uomo che lavora e fatelo lavorare lavorando voi stessi con lui e se in quattro anni non potrete dargli né parola, né pensiero, né movimento volontario le energie che avrete speso con lui non saranno ancora sprecate”.

IVAN GORGEVICH: Ho vissuto per molti anni al “Piccolo rifugio”, una fondazione che porta avanti il problema della disabilità. Io sono nato nel Trevigiano. Lì la problematica della sessualità delle persone disabili è affrontata apertamente e non come si fa in alcune famiglie del Centro Italia, nelle quali esiste un clima di omertà su questo tema. La situazione è ancora peggiore in una struttura cattolica, come il “Piccolo Rifugio”, in quanto il sesso è ritenuto un peccato, ancora più grave se i rapporti sessuali si svolgono fra persone disabili. È un doppio peccato. L’innamoramento è fortemente sconsigliato in questi ambiti e, al massimo, possono essere tollerati rapporti di “amicizia” puramente platonici. Fino a qualche tempo fa, facevo in modo ricorrente un sogno: schiacciare con le mie mani il cranio di un bambino. Da quando ho conosciuto un bambino di 4 anni che è molto affettuoso con me ho scoperto che le mie mani possono essere delicate e ho scoperto di essere un educatore. Da qualche tempo Paolo è diventato papà di un maschietto, Metello, noi siamo gli zii. Personalmente non ho problemi a fare sesso in sé, ma ho bisogno che qualcuno mi metta in una posizione che mi permetta di farlo. Nel Nord Italia un disabile può chiedere tranquillamente ad un operatore di posizionarlo per fare sesso. Qui nel Centro Italia ciò non può accadere, e ci si deve affidare necessariamente ad amici che capiscono che anche una persona disabile ha desideri sessuali. A questo punto mi chiedo: chi è normale e chi non lo è? Io ritengo di avere una vita piena di amici, di conoscenti e piena anche sotto l’aspetto sessuale. Non esiste una persona asessuata. Le persone disabili non possono avere sesso? Mi sembra una cosa idiota! Le persone disabili sono costantemente sottoposte al giudizio dei normodotati, e in ambito sessuale la tendenza a giudicare è ancora più accentuata, mentre una persona normodotata non è costretta a subire il giudizio altrui! Una coppia di disabili non può avere amanti, è immorale; una coppia di normodotati non viene giudicata male.

## 1.5 Affettività e sessualità nelle persone con autismo

*di Flavia Caretto  
cognitivista e consulente dell’Università di Tor Vergata*

Durante questo intervento vi chiedo di rinunciare per un po’ di tempo a tutte le vostre conoscenze sullo sviluppo e di porvi in un’ottica di completa diversità.

Prima di considerare la sessualità di un individuo occorre prendere in considerazione lo stile di attaccamento che questi ha sviluppato durante il suo processo evolutivo.

Nelle persone affette da autismo tutte le componenti affettive, così come quelle che riguardano il gioco e l'interazione con gli altri, sono qualitativamente diverse. Non vi è quindi un ritardo mentale, ma vi è semplicemente un tipo di sviluppo psicologico completamente diverso. È molto difficile immedesimarsi in una persona, come un autistico, che non è capace di riconoscere i visi, o non riesce a riconoscere una persona se è in movimento o se cambia pettinatura, a riconoscere l'espressione del viso e il significato che è associato ad essa.

### L'attaccamento

Per le persone autistiche le consuete teorie dell'attaccamento non sono valide. Si è detto per molti anni che in questa sindrome non vi è attaccamento, in realtà questo non è vero: le persone con autismo hanno manifestazioni dell'attaccamento diverse da quelle di persone non autistiche.

Un'altra falsa credenza sull'autismo è che i bambini autistici non sono affettuosi, per cui se un bambino è affettuoso non può essere diagnosticato come autistico.

In realtà è possibile incontrare bambini autistici che sono molto affettuosi con i loro genitori e che manifestano un legame anche molto intenso con essi. Il problema, però, è che questo legame è malato, è simbiotico, i bambini non possono fare a meno della presenza dei loro genitori.

Facciamo tabula-rasa. Nei bambini autistici esiste un attaccamento verso i genitori, ma il loro modo di esprimere e manifestare questo attaccamento è estremamente diverso da quello del resto delle persone.

Il problema è che questo mondo non accetta la modalità di attaccamento delle persone autistiche.

I bambini autistici sono estremamente sensibili alle variazioni dell'ambiente: possono essere estremamente sensibili alla presenza di un operatore o di un'altra persona, oppure alla violazione dei loro spazi.

Una madre ricordava che si accorse immediatamente che il suo bambino era particolare perché si rifiutava di prendere il latte dal seno se lei non si legava i capelli in un modo particolare.

I bambini con autismo non funzionano in un ambiente che non abbia una certa costanza ed è per questo che essi sono in difficoltà in un mondo estremamente mutevole come il nostro.

### L'intervento sullo sviluppo affettivo

Si può insegnare ai bambini autistici a:

- condividere con noi l'attenzione sugli oggetti (attenzione congiunta);
- usare la propria mimica facciale;
- comprendere la mimica facciale degli altri,
- partecipare emotivamente;
- comunicare spontaneamente;
- farsi un'idea di quello che pensano gli altri;
- stimolarli all'autonomia.

In sintesi si può dire che le difficoltà dei nostri ragazzi riguarda l'espressione, la comprensione e la regolazione delle emozioni. Ad esempio, non impareranno a strizzare l'occhio, a fare gesti di complicità.

La percezione delle emozioni nelle persone autistiche è intatta, ma la loro espressione e regolazione è differente. Ad esempio, le persone affette da autismo sperimentano sentimenti di gioia, ma li manifestano con un aumento delle stereotipie.

Vi è anche una grande difficoltà a comprendere le regole sociali. Il saluto è un'operazione molto complicata per i nostri ragazzi.

Immaginate di dover spiegare a qualcuno le regole del salutarsi (quando si dice ciao? Quando si dice arrivederci? Quando ci si bacia e quando no?).

Per noi tutto ciò è molto intuitivo, ma spiegarlo razionalmente è un'impresa molto ardua.

Nell'autismo sono compromessi anche i concetti di relazione: grande, piccolo, amicizia, speranza.

In sostanza è compromessa la capacità di crearsi una teoria della mente: capire lo stato d'animo dell'altro e saperlo regolare.

Rispetto alla condivisione delle emozioni con i bambini piccoli è importante dare voce a ciò che accade, comunicando emozioni rispetto a quello che sta accadendo in quel momento, al movimento.

È importante spiegare che le altre persone pensano cose differenti da quelle che pensano loro ed esistono dei testi per imparare a fare questo.

È, inoltre, importante spiegare come gli altri si sentono e perché compiono determinate azioni.

I nostri ragazzi possono e devono essere educati alla sessualità. Una donna affetta da autismo si esprime così: "Sapevo come cucinare un uovo, come far sedere il mio cane, ma non avevo la minima idea di come si fa a farsi degli amici".

Le persone con autismo hanno grandi capacità cognitive, ma a contatto con il nostro mondo queste capacità vengono scambiate per ritardo mentale.

Proprio in virtù di queste capacità, non vi è ragione per non insegnare alle persone con autismo come vivere una propria sessualità, se non le riserve morali che riguardano sia le persone autistiche che quelle che non sono affette da nessuna forma di patologia.

Mark Sigart, un ragazzo con sindrome di Asperger morto a 23 anni, ha lasciato una "guida di sopravvivenza" per le persone affette da questa patologia nel nostro mondo, così strano per tutte le persone autistiche. Una delle cose che mette in evidenza Mark è che le regole sessuali non sono uguali per i maschi e per le femmine e che se un uomo ha tante amanti è un virtuoso, mentre se una donna va con tanti uomini è etichettata negativamente. Sigart afferma questo non con umorismo, ma per farlo sapere alle persone che soffrono della sua stessa sindrome.

### **Le linee guida per l'educazione sessuale delle persone autistiche**

È importante sapere se la persona con autismo lancia segnali sessuali; se questi mancano, è plausibile ritenere che la persona non si interessa al sesso. Molti dei nostri ragazzi sono fortemente infastiditi da un contatto delicato (carezze), mentre non sono infastiditi da un tocco più duro.

Alcuni ragazzi autistici si masturbano e altri no.

Per quanto concerne il comportamento degli operatori riguardo a prendere decisioni per le persone autistiche in tema di sessualità, non esiste una regola generale, ma si deve valutare ogni caso per caso in base alla gravità dei soggetti: per soggetti lievi più autonomia, per soggetti gravi meno autonomia e più decisioni da parte dell'operatore.

Una donna e La presidentessa di "Autismo Europa", madre di due gemelli affetti da autismo, ritiene che è fondamentale insegnare alle ragazze affette da autismo a gestire le mestruazioni e a masturbarsi.

Ma, come si può insegnare a una persona a masturbarsi senza commettere un abuso? Come farlo? Chi lo deve fare?

Donata Vivanti ha detto in merito: "Insegnare alle persone con autismo l'autonomia, personale, lavorativa e sociale è il miglior modo per prevenire problemi di sessualità".

Due genitori mi hanno riferito che il loro figlio ha bisogno di abbracciare ed essere abbracciato, ma che quando ciò avviene rimane rigido e ha bisogno di sapere che chi lo abbraccia rimarrà fermo; e che se qualcuno gli dà un bacio deve essere perfettamente sulla guancia, se lo si dà più vicino alla bocca il ragazzo si sente male.

### Adulti con autismo

Le persone autistiche da bambini vengono trattati come se fossero quasi adulti, e quando sono adulti vengono trattati come se fossero bambini.

I ragazzi/e autistici/che non si distinguono fisicamente da tutti gli altri coetanei, eppure vengono vestiti in maniera poco giovane, con abiti che indosserebbero persone di una certa età.

Alle ragazze autistiche non viene fatta la depilazione, perché si pensa in questo modo di riuscire a scoraggiare tentativi di abuso e di violenza sessuale. Ma si tratta di una pura illusione. Il rischio di abuso si combatte insegnando alle ragazze autistiche a identificare alcuni segnali e a riconoscerli come abusi, in modo che possano imparare a difendersi.

Prima è stata citata la figura dell'AEC, ma posso dire nel curriculum scolastico non è contemplato l'insegnamento dell'autonomia. Nessuno insegna a cucinare, a rifare il letto, a lavarsi. Si può discutere se insegnare tutto questo debba essere un compito della scuola o di altre istituzioni, ma è importante che qualcuno si faccia carico di insegnare ai ragazzi autistici a fare queste cose; a tutt'oggi non esiste un ente incaricato di svolgere questa funzione.

Un bambino autistico che si tocca i genitali viene ignorato, perché non si sa quale comportamento assumere. Il problema è che in questo modo il bambino non impara che è fuori luogo toccarsi i genitali in pubblico e lo farà anche in età adulta, subendo di conseguenza l'emarginazione.

I ragazzi autistici non riescono a farsi capire dalle altre persone e per tale motivo attuano comportamenti inducono reazioni emotivamente forti (per es. toccare il seno); spesso i ragazzi autistici attuano comportamenti problematici a carattere sessuale perché vogliono in questo modo comunicare, ma non conoscono le regole della comunicazione. Anche rispetto a tale competenza si può intervenire.

In merito all'abuso, è fondamentale tenere presente quanto sostiene Vunilla Gerland: "Avere una relazione distruttiva è più normale che non avere nessuna relazione".

Nel 1998 Autismo Europa ha pubblicato *"Il manuale di buone pratiche per la prevenzione degli abusi e la violenza sulle persone con autismo"* in cui si evidenzia l'importanza di tutte le forme di autonomia, comprese quelle a carattere sessuale e viene riportata la Carta

dei Diritti delle persone autistiche riconosciuta a livello europeo.

I ragazzi con autismo si innamorano e molto spesso vanno incontro a delusione, sia perché non sanno gestire le loro relazioni, sia perché vanno incontro a rifiuto.

Attrattivo, originale ed emotivamente pericoloso è un libro che racconta la storia di Barbara Jakobson, l'autrice, la quale ha avuto una relazione con un uomo con sindrome di Asperger. Una frase tipica di una persona con sindrome di Asperger sarebbe la seguente: "Perché devo dirti che ti voglio bene? Te l'ho detto l'anno scorso e non ho cambiato idea!".

Esistono persone con sindrome di Asperger che hanno una vita di coppia; le loro storie possono essere reperite sugli appositi siti internet o chiedendo all'associazione delle persone con sindrome di Asperger. Si può dire che, in qualche modo, le persone con sindrome di Asperger o con autismo ad alto funzionamento si completano a vicenda.

Donna Williams sottolinea l'importanza che fra partner con sindrome autistica vi siano spazi di privacy ben distinti. Perché queste possano avere dei partner è fondamentale che abbiano un buon livello di autostima e perché ciò sia possibile è necessario che essa venga insegnata loro da bambini. A tale scopo è fondamentale fornire loro insegnamenti affinché questi bambini e ragazzi non commettano errori. I bambini non autistici, anche se sbagliano, sanno correggersi e imparare dall'errore, mentre i bambini autistici tendono a perseverare nell'errore e questo mina la loro autostima. Perché i bambini autistici sviluppino una buona autostima è fondamentale che sperimentino solo il successo. Il corteggiamento, per i ragazzi con autismo, è complicato: è capitato che venissero picchiati perché provano a fare il filo a ragazze in presenza del loro fidanzato, essendo ignari di ciò. Anche il mantenimento di una relazione è un aspetto molto complicato per motivi economici; oppure semplicemente, le relazioni di coppia sono troppo complicate e le persone autistiche possono scegliere di rimanere single per non avere complicazioni. Molte persone con sindrome di Asperger non vengono diagnosticate e per tale motivo incorrono in problemi di incomprensione in ambito scolastico; altre volte vengono diagnosticate come depresse e vanno incontro a trattamenti psichiatrici inadeguati. In altri casi più fortunati si sposano e hanno figli anche loro affetti a loro volta da sindrome di Asperger. Contrariamente a quello che si potrebbe pensare, i genitori con sindrome di Asperger di figli con sindrome di Asperger sono i più autorevoli in merito e possono insegnare a chiunque su come avere a che fare con i propri figli.

Concludo con le parole di James Sinclair: "Non ho desiderio di essere guarito da me stesso".

## 1.6 Disabilità e sessualità: un approccio di genere per la formazione degli operatori

*di Daniela Di Renzo  
psicologa*

L'interrelazione fra i concetti DISABILITA' e SESSUALITA' e gli intrecci che vengono a generarsi, ci permettono di analizzare la complessità dei vissuti individuali e sociali connessi a questi aspetti. E tra queste due parole chiave è possibile introdurre il concetto di DIFFERENZA DI GENERE, un elemento che inevitabilmente ci rimanda al rapporto tra

natura e cultura, tra condizioni strutturali e sovrastrutturali, dell'individuo e della società.

Infatti, i tre aspetti (disabilità, sessualità e differenza di genere) si compongono di elementi tanto naturali, quanto culturali; e tutti ravvisano forti limiti quando entra in gioco l'aspetto culturale, spesso interrelato al pregiudizio, allo stereotipo a discapito della strutturabilità dell'aspetto naturale, che per quanto complesso e ampio è rappresentato da una condizione spontanea e "ingenua".

Nei percorsi formativi dell'operatore che lavora con persone disabili ritengo indispensabile il processo di conoscenza e recupero di questa naturalezza, perchè porta l'operatore a riconoscere il pieno diritto del disabile di vivere piacevolmente la propria sessualità.

Recuperare la naturalezza e la spontaneità insite nel concetto di differenza all'interno di un percorso formativo qualificato, per l'operatore vuol dire restringere il proprio campo d'azione alla scoperta del **PROPRIO** piacere, facilitando in questo modo il processo che porta ad accettare anche il piacere dell'altro, soprattutto quando l'altro è un soggetto a cui **DEVE** tutela e affidabilità professionale.

Una figura professionale preparata e formata specificatamente in questo ambito, la cui formazione è orientata principalmente alla conoscenza di sé, della propria sessualità, e conseguentemente pronta a riconoscere il bisogno dell'altro, perché capace di riconoscersi nell'altro, è una sfida che dobbiamo raccogliere se partiamo dalla considerazione che **sessualità è un diritto di tutti**.

Tornando al concetto di differenza di genere, è importante ricordare un'iniziativa del Forum Europeo sulla Disabilità (EDF) nel 1997: il Manifesto delle donne disabili d'Europa, afferma testualmente: "Qualunque sia il settore interessato, le politiche di intervento dovranno annoverare, tra gli elementi da prendere in considerazione per la tutela della qualità della vita, anche l'appartenenza di genere"; dunque il riconoscimento e la valorizzazione della differenza.

Quando si parla di differenza fra gli esseri umani, la prima scoperta della diversità è proprio quella di genere, ed è solo attraverso la conoscenza di tale diversità che diventa possibile riconoscere la complessità della propria identità.

L'interrelazione tra disabilità, sessualità e differenza di genere evidenzia il rapporto che ogni individuo ha con il proprio corpo, con l'altro sesso nella relazione di coppia, sia esso l'incontro fra maschio e femmina, sia l'incontro fra le proprie parti maschili e femminili, e dunque con la sessualità che si esprime nella relazione affettiva, o omosessuale o eterosessuale.

Per dare ai tre aspetti evidenziati finora una struttura logica e pragmatica, utilizzabile nel lavoro socio-assistenziale e terapeutico delle équipes professionali, bisogna approfondire le modalità con cui si sviluppa l'identità di genere e il modo in cui interagiscono con la condizione di disabilità nello sviluppo psico-sessuale, differenziando il processo di riconoscimento della sessualità femminile da quella maschile.

Mi soffermerò sullo sviluppo psico-sessuale femminile perché questo è il mio specifico ambito, mentre sulla disabilità e sessualità maschile mi limiterò a porre domande per stimolare una riflessione di genere.

Per quanto riguarda lo sviluppo psico-sessuale delle donne disabili, prendo spunto da una storia di vita, dalle riflessioni di una donna con una figlia disabile che considero preziose e di una straordinaria ricchezza riflessiva. Questa donna è Giuliana Ponzio, che è intervenuta più volte su questo tema; la sua esperienza sintetizza molte delle ricerche e degli studi scien-

tifici contemporanei sulla differenza di genere; la Ponzio ci ricorda che nella nostra cultura quando una bambina nasce, per lei è già disegnato un progetto di vita che si ripete come un copione, da secoli.

Spesso dietro questo progetto, per la futura donna, non sono previsti né la difesa dei propri confini, dunque lo sviluppo di tale consapevolezza, né la possibilità di dare valore ai propri desideri.

I desideri della bambina che si discostano da tale progetto, rimangono uno dopo l'altro senza risposta, vengono negati, o spesso confusi con richieste considerate fuori dalla norma, o ancor peggio "malate": ricordiamo le numerose donne che sono state internate nei manicomii solo per aver espresso un desiderio di libertà diversa dal luogo comune, o alla psichiatizzazione dei disagi sociali di genere, che vengono curati attraverso l'uso indiscriminato di psicofarmaci.

Dunque, lo sviluppo della bambina, è contrassegnato dalla rinuncia e dalla rimozione di tali desideri, o, quando emergono, sono vissuti con forti sensi di colpa solo per averli pensati, anche se non vengono agiti.

In tale sviluppo, la relazione madre-figlia assume un'importanza rilevante; in questa relazione, infatti, si struttura generalmente l'idea, da parte della madre, di conoscere i desideri della figlia, soprattutto se questi desideri corrispondono al progetto di cui parlavamo, quel progetto che si ripete di generazione in generazione.

La bambina, dovendo rispondere al disegno materno, introietta un modello di totale disponibilità verso l'altro, di cura del desiderio altrui, dunque di cura dell'altro, di assenza dei propri confini in cambio di una relazione che diventa scopo di vita e unica possibilità di definizione e riconoscimento di Sé.

Perciò la **rinuncia** dei propri desideri diventa il metro dell'**esistere**, mettendo a rischio anche la definizione di una identità di genere autentica e voluta o scelta consapevolmente.

Le donne cresciute in questo progetto di solito si aspettano dall'altro, prima dalla madre, poi dal padre e successivamente dal partner, la definizione della loro identità. Diventare mogli o madri simbolicamente, vuol dire entrare in un ruolo che prevede sempre un altro per essere definite e legittimate. E la catena si trasmette di madre in figlia.

Riuscire a rispettare la bambina e i suoi desideri, mantenendo fermi nel contempo il contenimento e il ruolo genitoriale, è una delle cose più difficili per le madri.

Il desiderio più ostacolato, e possibile solo se rimandato a **un dopo**, non a una condizione presente, è il desiderio sessuale, in tutte le sue connotazioni e vissuti personali (dalla scoperta del proprio corpo ai giochi sessuali, alla masturbazione, al rapporto con l'altro come oggetto di piacere).

Quando nasce una bambina con disabilità, il suo percorso è ancora più strettamente legato alla figura materna e ha delle sue specificità. Innanzi tutto, generalmente viene meno il progetto predesignato e i comportamenti materni divengono spesso ambigui. Apparentemente tutti i desideri della bambina vengono esauditi, anche perché non sono "rischiosi". Anzi spesso la madre tende a prevenire le richieste, i desideri e a non porre mai divieti.

Questo atteggiamento condizionato dalla presenza di una disabilità colloca la madre e la figlia in un gioco insano, a volte anche privo dell'aggressività e del conflitto che in fondo caratterizzano il rapporto madre-figlia quando le aspettative della madre e i desideri della figlia non collimano.

Il contenimento esclusivo della madre rischia di generare un ritorno all'utero e la bam-

bina sarà per sempre la bambina della mamma, dunque un soggetto potenzialmente privo di sessualità adulta.

L'ambiguità deriva dal fatto che apparentemente tutti i desideri della bambina sono esauditi, ma in realtà, sono prevalentemente desideri della madre.

Questa ambiguità si trasforma in divieto drastico quando viene affrontato un tabù di fondo della disabilità: la sessualità. Una relazione sessuale per la bambina con disabilità è spesso un **“no”** a priori, non un **“dopo”** come per lo sviluppo psico-sessuale dei soggetti normodotati. Neanche il linguaggio materno la nomina perché **“non deve esistere”**. Il corpo materno che nega la sessualità della bambina disabile e che nel contempo vive una sua sessualità e che possiede capacità generativa, diventa allora un corpo in cui la bambina con disabilità non può riconoscersi, e la strutturazione dell'identità di genere ne è fortemente ostacolata.

Per cambiare tali dinamiche e agevolare lo sviluppo psico-sessuale della bambina disabile, il ruolo dell'operatore che funge da modello di riferimento e di supporto prevede una formazione che richiede una conoscenza approfondita delle relazioni primarie e la capacità di entrare delicatamente nella triade madre-padre-figlia, rispettando tanto gli aspetti strutturali quanto le caratteristiche della famiglia nello specifico.

L'operatore deve essere in grado di lavorare sullo sviluppo della consapevolezza, sul riconoscimento e sulla valorizzazione dei desideri, agevolando in tal modo la costruzione di un'identità ben definita. In un lavoro così impostato, anche l'espressione e il compimento del desiderio sessuale potrebbe essere facilitato: la madre che sa riconoscere il diritto della figlia disabile di vivere una sessualità consapevole diviene una madre con cui è possibile riconoscersi e da cui è possibile pensarsi donna nel pieno diritto alla sua sessualità.

Se consideriamo validi gli assunti evidenziati sopra, vorrei porre una riflessione aperta sulla sessualità maschile della persona disabile:

- Sappiamo che spesso i compiti di cura vengono delegati quasi esclusivamente alla madre, e non solo per un meccanismo interno alla famiglia, ma per una attribuzione sociale di ruolo che richiede alla donna l'adempimento dei compiti di cura. Quando questo avviene nel momento dello sviluppo psico-sessuale del bambino, e dunque della formazione dell'identità di genere maschile, quale può essere il modello maschile con cui il bambino disabile può rispecchiarsi e riconoscersi, soprattutto se pensiamo a un modello maschile ancora fortemente contraddistinto da un'idea sociale e culturale di modello di sessualità virile o maschilista?

Partendo da questi assunti di base, la formazione dell'operatore può poi differenziarsi a seconda del tipo di disabilità con cui si trova a lavorare, differenziazioni che i prossimi interventi evidenzieranno nello specifico.

E' importante comunque che i percorsi della formazione di base o della formazione permanente dell'operatore delle disabilità si strutturino sulla piena consapevolezza del diritto alla sessualità, nel rispetto delle differenze di genere, di personalità, di condizione sociale e familiare e del tipo di disabilità presente.

Per concretizzare tale obiettivo una formazione qualificata DEVE prevedere un serio lavoro di presa di coscienza, da parte dell'operatore sulle tematiche che abbiamo evidenziato, sulle proprie difficoltà, le proprie resistenze e i propri blocchi sessuali, altrimenti la relazione continuerà a strutturarsi su una differenza di valore fra un PIU' e un MENO, dove il PIU' è

l'operatore che crede di poter e dover insegnare al disabile una sessualità UNICA e NORMALE, e dove il MENO è la persona disabile che continuerà a paragonare la propria sessualità a modelli non raggiungibili, alla stregua dell'irraggiungibilità di quella genitoriale.

Questo permetterà all'operatore di tollerare emotivamente l'esternazione ostentata del bisogno sessuale della persona disabile, o la sua negazione, o la denuncia di una sessualità subita o violenta. Permetterà all'operatore di agire con professionalità e con un dovuto e delicato rispetto della persona.

## 1.7 Il diritto alla sessualità nelle persone disabili

di Lelio Bizzarri  
psicologo

### Introduzione

Obiettivo di questo intervento è quello di delineare, nei tratti essenziali, la figura del *counselor*, evidenziando il ruolo che può assumere nella promozione del benessere sociale delle persone disabili, specificatamente in relazione ai rapporti di coppia.

Ritenere che una figura professionale, con tutto il suo bagaglio di conoscenze tecniche e qualità umane e personali, si possa proporre come facilitatore e come sostegno per lo sviluppo e la promozione della qualità di relazioni interpersonali a carattere sentimentale e sessuale, implica, in maniera quasi automatica, che tali relazioni si connotino di aspetti problematici e che non possano più essere concepite come un fatto spontaneo e naturale. È più giusto ritenere che le relazioni amorose si configurino come una costruzione sociale che riflette, in positivo e in negativo, le caratteristiche della cornice sociale, storica e culturale all'interno della quale si vanno strutturando e definendo.

D'altra parte, affermare che i rapporti di coppia fra uomini e donne sono pregni di elementi problematici non aggiunge certo niente di nuovo; da decenni, inoltre, si sono moltiplicate le figure professionali che ne affrontano gli elementi critici.

È lecito quindi chiedersi come mai si senta la necessità di proporre un nuovo strumento e una nuova figura di riferimento per le persone che si trovano coinvolte in questo tipo di problematiche. Viene inoltre spontaneo domandarsi come mai, in questa comunicazione, si voglia concentrare l'attenzione su una particolare popolazione bersaglio. Quali sono gli elementi che aggiungono specificità ad una problematica così diffusa e che appartiene a tutto il resto della popolazione?

Andiamo per gradi.

### La figura del *counselor*.

Innanzitutto, il *counselor* non si propone come uno specialista con un bagaglio teorico e tecnico vastissimo e complesso quale può essere quello dello psicoterapeuta o dello psichiatra. Non si propone, inoltre, di intervenire sulla drammatica complessità delle patologie conclamate.

Il *counselor* è una persona tecnicamente e umanamente preparata per ascoltare quanto il cliente cerca di comunicargli senza giudicare o proporre soluzioni aprioristiche, entrando in contatto empatico con l'emotività di quest'ultimo, approfondendone la conoscenza della

realtà psichica e instaurando un clima di fiducia e di alleanza.

Se queste condizioni sono rispettate, il *counselor* riesce a restituire quanto comunicato dal cliente in maniera tale che questi faccia chiarezza dentro di sé, individui le incongruenze e cerchi di eliminarle, focalizzi i suoi obiettivi e li persegua.

Proporre la formazione in *counseling* a quante più persone possibile significa innescare un processo di proliferazione di figure di riferimento nella comunità che nutra di energie positive il tessuto sociale e dia linfa ad un processo di prevenzione primaria. In questo modo si può evitare, da una parte, che il disagio psichico degeneri in esiti patologici e, dall'altra, si promuove il senso di soddisfazione, benessere ed empowerment nelle persone.

### La peculiarità della disabilità.

Per quanto riguarda il quesito relativo alla peculiarità della disabilità è opportuno innanzitutto affermare che molte delle questioni che ci si trova ad affrontare nel trattare i rapporti di coppia che coinvolgono una persona disabile non sono differenti da quelle relative al resto della popolazione. D'altra parte, non bisogna dimenticare che la disabilità è uno stigma sociale attorno al quale le persone sono costrette loro malgrado a costruire la propria personalità e la propria storia. Presumere di rendere giustizia alle persone disabili semplicemente facendo finta che l'handicap, con le sue implicazioni culturali e psicosociali, non esista, significa commettere un errore che ci impedisce di comprendere fino in fondo la realtà psicologica e sociale della persona affetta da menomazione fisica o sensoriale.

Esistono infiniti modi di reagire ad una condizione di disabilità o alla nascita di un figlio disabile, di conseguenza, esistono infinite forme in cui l'handicap può influenzare lo stile di personalità. In questa comunicazione non abbiamo certo la pretesa di essere esaustivi, ma possiamo provare a riflettere su quali possono essere le conseguenze dell'evento handicap a livello intrapsichico, relazionale e psicosociale.

In una persona che cresce con un senso di inferiorità o con uno stile di personalità narcisistico, alla base è possibile riscontrare un enorme portato di sofferenza, una ferita narcisistica, un lutto per la perdita del figlio ideale, uno stigma e una vergogna, che investono la famiglia e il bambino. Si può scegliere di "riparare" il piccolo corpo malato, disfunzionale e deforme con lunghe e dolorose degenze ospedaliere; Spitz (Spitz, 1945) ha ampiamente documentato gli effetti devastanti dell'ospedalizzazione sullo sviluppo psicoaffettivo.

Si può rinunciare a guarire l'handicap e illudersi che il bambino compenserà la sua disabilità con eccezionali prestazioni intellettive investendolo di aspettative così forti che gli risulterà impossibile colmare.

Ci si può illudere di poterlo proteggere, pensando di prolungare all'infinito quella fase simbiotica in cui madre e bambino sono una cosa sola, minando il processo di separazione-individuazione (Mahler, 1974).

Questi sono solo alcuni degli esempi di modi in cui l'evento disabilità può condizionare lo stile di personalità.

### Attaccamento e rapporti di coppia.

Fermo restando che non rientra fra le competenze del *counselor* intervenire sugli effetti patologici delle carenze del Sé, è importante che egli sappia riconoscere gli stili di attaccamento o il livello di separazione-individuazione del proprio cliente.

Gli stili di attaccamento (Giusti, Pitrone, 2004) acquisiti nelle fasi più precoci dello svi-

luppo hanno il potere di determinare sia le persone dalle quali ci sentiamo attratti, sia le dinamiche delle relazioni che andiamo a costruire in età adulta.

Per un *counselor*, conoscere la storia del proprio cliente e riuscire ad intuire che le vicende legate alla disabilità hanno, ad esempio, favorito lo sviluppo di un attaccamento insicuro, può risultare una valida chiave di lettura delle dinamiche di coppia e delle eventuali problematiche.

Hazan e Shaker, in una ricerca condotta nel 1987, hanno riscontrato che:

- nelle coppie costituite da partner con attaccamento sicuro le esperienze amorose sono vissute con maggiore positività e vi è maggiore reciprocità nelle richieste ed offerte d'amore;
- in quelle con un modello evitante invece si ha il timore dell'intimità in quanto si ha paura di dipendere dall'altro;
- in quelle con un modello ansioso ambivalente i partner vivono costantemente la paura dell'affidabilità dell'altro e la sua disponibilità a soddisfare le richieste affettive.

### Attribuzione causale ed handicap.

È importante tenere presente che la disabilità non funge solo da fattore co-determinante dello stile di attaccamento, ma può anche essere un elemento cui il cliente può agganciare la propria razionalizzazione circa le sue difficoltà relazionali, distogliendo la sua attenzione e quella degli altri (*counselor* compreso) dal nucleo centrale delle sue problematiche.

Così, può accadere che il cliente portatore di handicap incontri enormi difficoltà nell'effettuare tentativi di approccio con persone dell'altro sesso, oppure non riuscire ad approfondire il livello di intimità con il/la proprio/a partner perché ha appreso durante lo sviluppo psicologico un senso di precarietà nelle relazioni significative. Egli però tenderà a dare una spiegazione razionale del suo comportamento basandosi sullo stereotipo, socialmente diffuso e culturalmente fondato, dell' indesiderabilità sessuale di una persona disabile.

Allo stesso modo le persone che si relazionano con il nostro cliente possono finire per compiere un errore analogo attribuendo indebitamente pensieri e sentimenti negativi o spiegando la sua timidezza attraverso l'handicap, come è stato evidenziato dalla ricerca riportata nel testo della dott.ssa Panier Bagat "*L'altra crescita*" (Bagat, Sasso, 1995).

In sintesi, la menomazione funge da elemento catalizzatore all'interno del processo di attribuzione causale circa il proprio e l'altrui comportamento, una scorciatoia euristica che può costringere la persona disabile in un circolo vizioso che sviluppa e rafforza un'immagine della disabilità caratterizzata da una ineluttabile ed immutabile emarginazione.

Per il *counselor* dei sistemi intimi la teoria dell'attaccamento può funzionare come una bussola attraverso la quale avere una visione completa del proprio cliente, della sua personalità e della sua condizione oggettiva di handicap, e restituire a questi due elementi il giusto peso nella determinazione delle vicende del cliente. In questo modo egli può sfuggire alla logica secondo la quale una persona disabile è destinata all'emarginazione e può restituire un senso di controllo e di autoefficacia nelle relazioni interpersonali. Il cliente può così consapevolizzare che è un elemento attivo nella caratterizzazione dei suoi rapporti e può migliorarne la qualità lavorando sulle rappresentazioni di sé e degli altri e sul modo di proporsi. Tutto ciò, ovviamente, senza negare l'esistenza di pregiudizi e stereotipi che rimangono uno svantaggio reale, anche se socialmente determinato.

È opportuno notare che quando il *counselor* si accorge che lo stile di attaccamento è segnato così in profondità da determinare nel cliente copioni relazionali reiteratamente disadattivi, ha l'obbligo di proporre al cliente stesso l'invio ad uno psicoterapeuta e, se necessario, lavorare sull'accettazione di questo tipo di intervento strutturale.

### Le dinamiche familiari.

L'evento disabilità non ha solo un effetto sulla personalità di chi ne è portatore, ma anche sulla famiglia.

Le cure di cui alcune patologie invalidanti necessitano possono influenzare fortemente i rapporti tra i membri della famiglia e tra essi e il bambino disabile.

La madre, in genere, concentra la sua attenzione sulla cura dei figli ed in particolare sul figlio disabile; il padre può sentirsi escluso dall'intensa relazione fra madre e figlio o autoescludersi, perché stare in una famiglia con un figlio disabile può essere troppo doloroso, trovando nel lavoro un ambito socialmente approvato per evadere.

I rapporti fra coniugi, già minati da reciproci rancori inconsapevoli per la nascita di un bambino disabile, possono essere caratterizzati da una scarsa intimità in ragione e con l'alibi della cura del figlio disabile.

In un quadro emotivo di questo genere, il sistema familiare viene a strutturarsi come una rete di sostegno caratterizzata da legami molto intensi che non favoriscono il cambiamento. I coniugi possono sostituire l'amore e l'intimità, che si sono dissolti, con il senso di responsabilità verso il figlio disabile, il quale diventa l'unico collante del sistema-famiglia. I rapporti sono scarsamente improntati su emozioni positive e principalmente motivati dal senso di colpa e di responsabilità.

In età adolescenziale il figlio disabile, dal canto suo, può avviare un normale processo di autonomizzazione dalla famiglia e proiettarsi verso l'instaurazione di relazioni extrafamiliari.

Instintivamente il sistema famiglia può reagire per evitare la disintegrazione, ostacolando questo movimento di individuazione del ragazzo e interferire con le relazioni extrafamiliari, comprese quelle a carattere sentimentale.

Inoltre, un'eventuale delusione amorosa del figlio disabile può riattivare un'antica ferita narcisistica dei due genitori legata alla disabilità. Per un motivo o per l'altro i desideri del figlio costituiscono una minaccia.

L'intimità del rapporto di coppia viene così messa a rischio.

I familiari hanno un ampio repertorio di elementi razionali da usare per interferire nelle relazioni sentimentali che il figlio/a intraprende:

- ↳ possono usare le difficoltà di movimento autonomo dovute alla menomazione e in questo modo non permettere che si creino le condizioni necessarie all'instaurazione di un clima di intimità;
- ↳ oppure, nascondendosi dietro l'intenzione di proteggere l'adolescente da quella che si ritiene un'inevitabile o molto probabile delusione, possono cercare di indurre il ragazzo a desistere dall'intraprendere relazioni di coppia;
- ↳ rispetto a questo tipo di problematiche il ruolo del *counselor* può essere molteplice e a diversi livelli;
- ↳ può lavorare con il ragazzo/a disabile sostenendolo nel suo processo di emancipazio-

ne dalla famiglia, sia per accrescerne l'autostima e l'assertività, sia ricercando soluzioni pratiche per raggiungere il massimo livello di autonomia possibile; in questo modo possiamo esortare il nostro giovane cliente a rendersi responsabile di se stesso e delle sue problematiche, ad elaborare strategie per superare le sue difficoltà, e a trovare il coraggio per proporsi nelle relazioni;

➤ oppure il *counselor* può lavorare con i singoli componenti della famiglia; attraverso un approccio caratterizzato da empatia e da accettazione incondizionata, può condurre questi ultimi verso la consapevolezza delle loro incongruenze e può sostenerli nelle loro paure ed angosce. Per salvaguardare il sistema-famiglia e tutelare i desideri del ragazzo/a disabile può essere utile lavorare sulla coppia genitoriale cercando di recuperare un'antica intimità e accompagnando il sistema famiglia nella ridefinizione di se stesso; i genitori devono smettere di trattenere il figlio perché è la loro unica ragione di vita e trovare nuovi interessi, nuovi equilibri, nuove ragioni.

### Altre problematiche.

Ma le problematiche derivanti da una menomazione fisica non si esauriscono certo in un impatto a livello dello sviluppo psicogenetico o a livello delle dinamiche familiari. Come già detto, la disabilità è uno stigma sociale che determina una condizione di disagio e svantaggio reale in tutti gli ambiti della vita, compresi quelli dei sentimenti e della sessualità.

Innumerevoli sono gli elementi che allontanano una persona portatrice di handicap dai modelli culturalmente riconosciuti come attraenti e seducenti:

- la condizione di disabilità in sé e per sé attiva fantasmi ed emozioni negative che possono creare disagio nella relazione;
- il bisogno di assistenza rievoca un modello relazionale di cura piuttosto che un modello di relazione sentimentale e sessuale;
- la deformità che alcune patologie ortopediche implicano può far deviare l'immagine di chi ne è affetto dai canoni estetici affermati;
- il carattere degenerativo di alcune patologie (che può condurre fino alla morte) può spingere sia la persona disabile che gli altri a desistere dall'impegnarsi nel rapporto di coppia e di dare ad esso una progettualità; a questo proposito ricordiamo che secondo Sternberg la progettualità è un elemento imprescindibile del rapporto di coppia, insieme alla passione e all'intimità.

Questi sono solo alcuni degli elementi più critici che una persona disabile si trova ad affrontare nel percorso di seduzione. È ragionevole pensare che le delusioni e i fallimenti possano essere probabili e dolorosi.

### L'alleanza terapeutica.

Laddove un uomo o una donna con disabilità non trovino un sostegno adeguato nella loro rete di sostegno informale, possono trovare nel *counselor* una figura di riferimento che dovrebbe essere in grado di entrare in contatto empatico con la sofferenza, che si astiene dal giudicare o dare consigli e non propone incoraggiamenti banali nei quali non crede.

Il condizionale è d'obbligo perché, almeno secondo quanto affermato da uno dei maestri della psicologia umanistico-esistenziale, Carl Rogers, il cliente può sentire di poter dare

sfogo alla sua sofferenza ed esplorare i nuclei più dolorosi della sua realtà interiore solo se il *counselor* si relaziona durante il colloquio con un atteggiamento caratterizzato da autenticità, considerazione positiva incondizionata ed empatia.

Con le parole di Rogers (Rogers, 1970) possiamo spiegare che:

- autenticità significa “non assumere mai, né consciamente né inconsciamente, atteggiamenti di circostanza”;
- considerazione positiva incondizionata significa “accettare con calore ogni aspetto dell’esperienza del cliente, in quanto parte essenziale di esso”;
- empatia significa “sentire l’ira, la paura, il turbamento del cliente come se fossero nostri, senza aggiungerci la nostra ira, la nostra paura, il nostro turbamento”.

Perché il *counselor* possa rispettare queste imprescindibili condizioni deve ricordare sempre di essere un soggetto sociale e in quanto tale veicolo di tutti gli aspetti della sua cultura, positivi e negativi. Deve quindi rintracciare dentro di sé tutti gli stereotipi, pregiudizi, teorie implicite e affermazioni di buon senso, anche quelle più negative e inconsapevoli. Anche se è impossibile sradicarle completamente dal proprio bagaglio culturale, è fondamentale tenerle presenti affinché esse non entrino maldestramente a far parte della relazione *counselor*-cliente.

Il *counselor* deve essere consapevole del fatto che:

- può provare sentimenti di disagio a causa della menomazione del proprio cliente;
- può ritenere che una persona disabile sia sessualmente indesiderabile e perciò pensare dentro di sé che i desideri sentimentali e sessuali siano senza speranza di soddisfazione;
- può pensare che sia immorale desiderare dei figli, a rischio di trasmettere loro una malattia genetica;
- può credere che la condizione di disabilità sia una condizione irrimediabilmente disperata e investire il cliente con sentimenti di sconforto.

Queste ed altre idee preconcepite sono incompatibili con la necessità di costruire una relazione terapeutica improntata sulla fiducia, l’autenticità e il contatto empatico.

Come può un *counselor*, ad esempio, sostenere il proprio cliente nella costruzione di relazioni sentimentali se ritiene questo obiettivo irrealizzabile? E come può, d’altra parte, il cliente aprirsi fino in fondo con il *counselor* se si rende conto che quest’ultimo crede che i suoi sentimenti di amore per una persona non saranno mai ricambiati?

Come può un cliente dare sfogo al suo dolore se il *counselor* non riesce a sostenerlo o se si sente giudicato e disapprovato?

Laddove il *counselor* riscontri problemi di questo tipo, ha l’obbligo di lavorare su di essi eventualmente con l’aiuto di un supervisore.

Nel caso non riesca comunque a superare questi problemi è auspicabile che invii il cliente ad un collega.

## Conclusioni

Abbiamo sottolineato alcuni degli aspetti problematici delle relazioni sentimentali per le persone disabili, con l’intento di affermare un approccio positivo, un senso di controllo e di

*empowerment*, per rifiutare ogni concezione di buonsenso secondo la quale esiste un limite che le persone disabili dovrebbero porre alle loro aspirazioni e ai loro desideri.

## 1.8 Mettersi nei panni dell'altro: l'esperienza formativa del CDH

*di Giovanna Di Pasquale e Sandra Negri  
Centro di Documentazione Handicap di Bologna*

Il Centro Documentazione Handicap si occupa di fare formazione per gli operatori che si occupano di handicap. Nella nostra esperienza abbiamo toccato più volte l'argomento della relazione fra handicap e sessualità.

I punti che vorremmo trattare sono così sintetizzabili:

- Che cosa si aspettano le persone che sono interessate a lavorare su un tema come handicap e sessualità?
- Che cosa sperano di ricavare dalla nostra proposta formativa?
- Quale percorso proponiamo ai nostri formandi?
- Che cosa si portano a casa dal nostro gruppo?

E' necessaria una breve premessa per illustrare la nostra idea di formazione. Sono molti gli approcci possibili rispetto a questo tema e per tale motivo è importante esplicitare qual è quello che si predilige. Per noi formazione significa dare forma ai pensieri in un contesto guidato dalla presenza dei conduttori, con l'obiettivo di elaborare dei percorsi di rilettura della quotidianità; una quotidianità che mette in moto dei forte coinvolgimento emotivo dovuto all'ambivalenza fra la ricerca di piacere sessuale e lo spaesamento che in certe situazioni è molto forte. È molto lontana da noi l'idea di un'educazione sessuale che dia delle indicazioni su come comportarsi. Sentiamo molto forte l'obiettivo di permettere ai partecipanti di esplorare tutti i possibili punti di vista in una situazione percepita come problematica, sulla base di una domanda chiave: Quali sono i problemi? E per chi sono tali?

Il contesto formativo si basa su una considerazione che lega la sessualità e l'handicap e ne fa un problema: gli insegnanti e gli operatori ritengono che il problema della sessualità delle persone disabili sia qualcosa altro da loro. Riteniamo che questo punto di vista sia sbagliato, anche se diffusissimo tra i formandi.

Il più delle volte, quando ci troviamo a fare formazione ad un'equipe di operatori della disabilità, l'equipe si trova in una situazione di crisi. La formazione è il momento in cui questa stessa equipe si mette in gioco, dolorosamente in gioco. Quando invece la formazione è richiesta da individui è meno probabile che vi sia questa urgenza (motivazione preventiva).

In ogni caso la sessualità della persona disabili è associata a vissuti di imbarazzo, silenzio e invisibilità. Quando un/a ragazzo/a disabile manifesta comportamenti sessuali sono quasi scontati i sentimenti di inadeguatezza, sia da parte degli operatori che dei genitori. Il modo quotidiano di prendersi cura viene messo in crisi.

Quali sono, dunque, le aspettative degli operatori?

La prima richiesta portata dagli operatori in formazione è quella di imparare a comportarsi in presenza di un assistito che vive dinamiche e comportamenti sessuali. Questa richiesta

può dare i suoi frutti solo se vi è la disponibilità a cambiare ottica da parte dei formandi, la disponibilità a capire cosa una situazione suscita in noi; la nostra reazione operativa dipende da ciò che proviamo e sentiamo; quindi si deve rimettere al centro la propria soggettività, la propria sessualità. A partire dalla nostra immagine della sessualità (ciò che è buono e cattivo, ciò che ci piace e ciò che ci mette in imbarazzo) ci poniamo in relazione con l'affettività e la sessualità dell'altro; è un passaggio obbligato per capire una realtà che per tutti gli esseri umani è complessa e stratificata. Quando ci si trova a parlare di sessualità non si tiene conto dell'identità di genere, come se per queste persone esistesse un'identità di genere generale. Fornari ha definito la sessualità una "pulsione di scambio", intendendo con questa espressione identificare qualcosa che ci spinge verso gli altri. Per le persone disabili, invece, le pulsioni sessuali vengono da una parte ridotte a puri istinti (molti operatori ci chiedono se è possibile portare i loro assistiti da prostitute per permettere loro di sfogare i loro istinti) e dall'altra rimossi, presupponendo che le persone disabili siano solo razionali ed eteree. In sintesi, la presenza di una disabilità spinge a effettuare una riduzione della complessità del concetto di sessualità. Inoltre, la presenza della disabilità spinge gli altri ad immaginare la sessualità come qualcosa di negativo (violenza, abuso, sfruttamento, ecc.).

Due sono i modi in cui affrontiamo questo tipo di problematica:

- il recupero del piacere legato alla sessualità;
- l'utilizzazione di uno strumento che abbiamo definito "mettersi nei panni...".

Uno dei piaceri legati alla sessualità è il vissuto di accettazione che una persona disabile può sperimentare nel momento in cui vive una relazione intima con l'altra persona. Attraverso il corpo ognuno di noi, e anche la persona disabile, comunica con il corpo. Tutti noi poi corriamo il rischio della non accettazione. Quando però il corpo è il luogo della non accettazione e della funzione alterata, del danno, il rischio di rifiuto è ancora più accentuato.

Le persone disabili sin dall'infanzia vivono sentimenti di svilimento del loro corpo, il non diventa la cifra della corporeità.

D'altra parte, il corpo può essere iperinvestito, di cure, manipolazioni, indagini. Succede così che quando una persona disabile attua comportamenti sessuali (ad es. la masturbazione) o sperimenta stati di eccitazione sessuale, si va alla ricerca di spiegazioni complicate, ma si dimentica che quelli che abbiamo citato sono comportamenti e vissuti comuni a tutte le persone del mondo.

Riteniamo che prima di dare indicazioni e prescrizioni agli operatori su come comportarsi di fronte a questi comportamenti, questi stessi operatori debbano darsi il tempo per pensare e per mettersi nei panni del loro assistito.

In questo modo si verifica un apprendimento reciproco fra formatori e formandi; si apprende a:

- eliminare il silenzio sulla relazione fra sessualità e handicap, e non è una impresa facile e banale perché il più delle volte ci si tira indietro quando i nostri interlocutori hanno bisogno di parlare di ciò che sentono. La formazione è vissuta come una rara occasione per riflettere sui vissuti delle persone disabili (nei posti di lavoro o vi è silenzio o volgare e banale ironia), sfruttando questo spazio di riflessione il gruppo riesce ad elaborare strategie di soluzione dei diversi problemi;

- ricollocare l'elemento problema della sessualità nella cornice della storia di vita della persona disabile e nel contesto sociale; questa operazione permette di non commettere l'errore di ridurre tutta la personalità al solo problema;
- non necessariamente bisogna costruire un nuovo codice e non si deve dare per scontato che la sessualità sia diversa o handicappata solo perché chi la vive e la esprime è diverso e disabile; occorre capire che non si può essere utili a tutti i costi, che non si hanno risposte certe per qualsiasi eventualità e, quindi, programmare l'imprevedibile.

## 1.9 La sessualità' handicappata timorosa delle diversità e del suo riscatto

*di Bruno Tescari  
vicepresidente della Fish e presidente della Fish Lazio*

Io sono una persona che conosce bene il problema, tant'è vero che ho fatto tre matrimoni. Rispetto a voi che siete ordinariamente abili io, in quanto diversamente abile, godo molto di più. Sto scrivendo un libro dal titolo "Accesso al sesso: il camasabile", dove tento di dare delle indicazioni su come si può fare sesso, rivolto ai normaloidi che molto spesso si trovano in difficoltà a fare l'amore con noi disabili.

In tutte le relazioni che ho sentito questa mattina nel convegno non si parla mai di omosessualità, amore di gruppo, trans. Se per i relatori questi sono dei tabù, figuriamoci quanto potranno essere tabù per le persone disabili e per le loro famiglie.

Ritengo che se i normaloidi non vivono una sessualità in maniera gioiosa non possono insegnare niente agli altri.

L'Italia è una società culturalmente mammista e mammona, bacchettona, moralistica, cupa; a maggior ragione nel campo della sessualità. Vorrei solo ricordare il peso del giudizio religioso sui vissuti della sessualità: uno dei comandamenti, insieme a non uccidere, è "non commettere atti impuri"; i due comandamenti hanno la stessa valenza dottrinarica.

In una società di questo genere è inevitabile che ne siamo tutti influenzati e che in qualche modo immaginiamo la sessualità come un peccato.

Io non sono un esperto (operatore, psicologo, educatore, ecc.), sono una persona normale, ma vorrei chiedere a tutti gli operatori che si occupano di sessualità come vivono la loro sessualità. Personalmente ho imparato tantissimo da una persona che aveva passato una notte sublime di sesso, una notte tempestosa.

Noi proiettiamo sugli altri la parte vita che sta dentro di noi, o perché la viviamo o perché non la viviamo o perché la viviamo male.

Allora che vuol dire formare gli altri? Dire come si devono comportare?

Mi sembrano parole di persone che non sono addentro alla realtà.

Bisogna smettere di parlare delle persone disabili come una categoria. Non sono forse degli individui?

Dire ai normaloidi come comportarsi con una persona disabile sarebbe come se io parlassi con un mio amico disabile e gli dessi indicazioni su come comportarsi con tutte le altre persone.

Le persone, disabili e non, devono comportarsi spontaneamente (senza una formazione) e correre il rischio di sbagliare e di essere deluse, come tutti. Non bisogna cercare di preser-

vare la persona disabile da quello di cui per tutte le altre persone non ci si preoccupa. Tutti conosciamo persone che hanno paura dell'amore, perché temono di perdere l'amore e intanto non si godono neanche il presente.

Io ritengo di essere un razzista perché in tutti i miei sogni erotici non c'è mai una ragazza disabile, ma solo ragazze belle e prosperose.

Sono un essere mostruoso per questo? O è naturale? Vogliamo dire alle persone disabili e alle famiglie che mentre è molto frequente che ci si innamori delle persone con disabilità, il sesso è più difficile, perché è vero che la persona con disabilità è fisicamente meno gradevole della persona con disabilità? E allora si può compensare la minor gradevolezza con la personalità. È il mio fisico che ha convinto le mie tre moglie? Ritengo che le donne si siano innamorate di me grazie alla mia personalità e alla loro, e hanno deciso di regalarmi una parte della loro vita. Se non avessero avuto quella personalità non sarebbero state attratte dalla mia.

È importante cercare di incoraggiare le persone disabili ad affrontare i rischi della vita, nel bene e nel male, con i diritti e con i doveri: è così che si va incontro sia all'amore che al sesso.

Le gerarchie ecclesiastiche vorrebbero escludere le persone con disabilità psichica grave anche dalla comunione, figuriamoci cosa pensano del fatto che potrebbero fare figli.

Conosco una ragazza molto carina che ha le mani attaccate alle spalle. Un giorno quando siamo stati a pranzo si è tolta le scarpe, ha preso coltello e forchetta e ha cominciato a mangiare. Quale sarà la sua vita sessuale, come soddisferà i suoi stimoli?

Più si vuole preservare la persona disabile dalle delusioni, più la si condanna alla sofferenza.

Tutti conosciamo persone normaloidi depresse, addirittura vicine al suicidio, per amore. Conoscevo una coppia, un uomo e una donna con un gravissimo handicap entrambi; per fare sesso avevano attaccato due carrucole al muro.

Conoscevo un uomo, non vedente, che quando riconosceva un certo timbro di voce si eccitava e per approcciare la donna le pestava un piede, contando che la donna, vedendolo disabile, attenuasse il disappunto e gli permettesse così di attaccare bottone. Mai un operatore avrebbe potuto consigliargli una cosa del genere!

Le madri rispetto a queste problematiche sono le più indifese. Ma io non mi permetterei mai di dare loro consigli, perché non conosco le persone coinvolte nei problemi. Io ho una mia vita e non vivo le pulsioni minuto per minuto dei figli/e disabili. Direi al genitore di interrogarsi sulla propria sessualità e su quanto essa è serena, e se si raccomanderei di trasmettere questa serenità al figlio/a disabile

Sappiamo di madri che hanno fatto sesso con il figlio disabile e io dico: "Non ti sentire colpevole, perché il sesso è una cosa stupenda! Non ti sentire in colpa se hai aiutato tuo figlio o tua figlia a commettere atti impuri". E anche portare i figli da prostitute o prostituti (sarebbe una beffa portare un ragazzo disabile e omosessuale da una prostituta!). In paesi del nord come la Svizzera ciò già accade. Io non mi scandalizzo, anzi dico che un aiuto tecnico si deve dare con felicità perché è una cosa stupenda. La sfida è far sì che il figlio o la figlia stia sempre in mezzo agli altri: l'amore è dietro l'angolo.

Ogni persona con disabilità, qualsiasi sia il suo livello di gravità, non solo può amare, ma può essere amata, deve confrontarsi con gli altri e anche per quanto riguarda il sesso.

Vorrei dire una cosa alle persone disabili: "Rendiamo il nostro corpo il più piacevole pos-

sibile”. Trovo positivo che ogni persona cerchi di essere bella, per quanto possibile. Tanto più la persona con disabilità. C’è una tendenza delle persone disabili e dei loro parenti di lasciarsi andare perché pensano: “Tanto nessuno mi vuole”. La vita vale sempre la pena di essere vissuta anche quando è da maledire.

Bisogna avere il coraggio di guardare negli occhi le persone, anche quelle bellissime che ci incantano, per superare la paura di contattarle.

Quando ci siamo battuti per avere le spiagge accessibili, io dissi che quelle spiagge erano sesso, perché finalmente in mezzo a tanti corpi bellissimi si poteva vedere il corpo deforme del disabile o della disabile e finalmente le persone disabili non si sarebbero più vergognate del loro corpo.

Si può essere brutti, ma non bisogna essere sgradevoli.

Per quanto riguarda le persone con disabilità psichica, ritengo che in qualche modo abbiano la capacità di autodeterminarsi. Io penso che quando non capiamo le persone con handicap mentale è perché non siamo noi in grado di comprenderli.

È importante non far sentire colpevoli le persone con handicap mentale per i loro istinti sessuali.

Per quanto riguarda l’intervento sul *counseling*, ho pensato che forse è meglio che il *counselor* venga da me perché possa spiegargli io qualcosa a lui. Penso che i *counselor* abbiano tanti di quei tabù repressi, da preferire di raccontare agli altri come si fa sesso piuttosto che farlo. Può capitare che l’assistente domiciliare, nel fare un bidet ad un ragazzo/a disabile stimoli desideri che può non essere disposto a soddisfare, soprattutto quando si tratta di operatrici donne con disabili maschi. È importante insegnare alle persone ad affrontare professionalmente questo problema. Io noto un rigurgito di bacchettonismo e per questo sono pessimista circa il riscatto della sessualità delle persone disabili. Vedo un dilagare del perbenismo. Se un maschio dà uno schiaffo ad una donna ci si limita a dire non si fa, mentre se fanno l’amore in pubblico si chiama la polizia. E’ più tollerato un episodio di violenza, che di sesso e quindi di gioia. Facciamo parlare di più le persone disabili e i loro familiari; parleranno più rozzamente, ma almeno parleranno delle loro pulsioni. E diranno, ad esempio, che negli istituti ti obbligano a dormire con le mani fuori dalle coperte perché non ci si può toccare. Lasciamo parlare questi ragazzi e queste ragazze delle loro frustrazioni e delle loro vittorie. Il popolo dei disabili non è solo desideroso ma incapace, noi riusciamo ad avere le stesse cose che hanno gli altri, anche se attraverso vie e strategie diverse. Ai genitori dico: fate di più all’amore fra voi genitori, fate sesso tra voi anche quando non vi amate, saprete comunicare meglio con i vostri figli e magari dire loro che avete fatto l’amore.

## 1.10 Il corpo e la disabilità al tempo delle veline

*di Mario De Luca  
responsabile sezione handicap della CGIL*

Non ho soluzioni, non ho modelli. “C’è più ragione nel tuo corpo, che nella tua migliore sapienza”: questa citazione di Nietzsche si presta a molte interpretazioni. Una di esse è che oggi il fitness, l’attenzione per i corpi scultorei ci impongono dei modelli fisici ufficiali del corpo.

Uno dei canali attraverso cui questa imposizione arriva alle persone è sicuramente la televisione. Esiste una manipolazione della realtà, ad esempio, anche la sequenza in cui vengono date le notizie nei telegiornali asseconda la volontà del potere.

Il corpo che viene mostrato in televisione è quello bronzeo; le veline, ad esempio, sono diventate il simbolo dell'etericità, non a caso si parla di etere e della sua sostituibilità. Talune presenze di queste persone (non voglio dare giudizi di valore, ma solo fare constatazioni) durano un anno e poi spariscono.

Esiste una sessualità riconosciuta e una sessualità diversa. Chiamare in causa una visibilità e quindi una corporeità segnata che si discosta inevitabilmente da quella ufficiale investe totalmente la persona disabile con i suoi desideri i suoi bisogni. Il corpo in qualche maniera prevale su tutte le altre dinamiche.

Forzosamente uso il termine persona disabile, perché io sono un teorico della diversità e per me è solo un modo per comunicare.

Il corpo in questo senso fa agio su tutto sul desiderio, sul desiderio di amare e di essere amato.

Sta lentamente cambiando la rappresentazione sociale delle persone con disabilità. Da una concezione della persona disabile appiattita sull'unica dimensione della malattia (come abbiamo evidenziato nel testo scritto insieme alla compianta Matilde Panier Bagat), in cui si vedevano le persone disabili come eterni bambini e individui impossibilitati ad usare il corpo come fonte di piacere e luogo di scambio, si sta passando a considerare la disabilità come modalità espressiva diversa.

Dai numerosi seminari e interventi sull'argomento è possibile rilevare un rinnovato interesse sull'argomento della disabilità e sulla sessualità. È giusto confrontarsi, anche con asprezza perché penso che quando è presente la buona fede va bene anche la polemica. Non bisogna però riconsegnare il problema agli esperti, perché automaticamente conduce ad una sorta di riserva indiana della diversità, che secondo me ha una forte valenza sociale e che se non si vuole illudere nessuno si deve avere un forte senso del limite. Io credo che la piena realizzazione di una persona passa anche attraverso le relazioni interpersonali. Includere, accettare, deve essere frutto sia dell'atteggiamento dei singoli che di un intervento pubblico e bisogna anche individuare gli ambiti in cui possa avvenire tale socializzazione.

Occorre costruire luoghi adatti alla socializzazione delle persone disabili, e parlo della scuola, della fruibilità degli spazi urbani che accolgono le persone con disabilità. Esistono queste condizioni diffuse in maniera tale che si alleggerisca anche il peso per le famiglie di persone disabili gravi? Esistono questi luoghi dove è possibile sviluppare una maggiore autonomia e una vita indipendente?

Credo che questo aspetto chiami in causa, principalmente, l'investimento nelle politiche sociali, altrimenti questa discussione diventa eccessivamente chiusa e autoreferenziale.

Mi fa sorridere e anche arrabbiare, quando sento dire da alcuni che una parte della nostra società è contro la famiglia, quando quelle stesse persone pensano di regalare soldi o tagliano le tasse. Penso che aiutare la famiglia significhi innanzitutto rimettere in circolo i servizi sociali. Aiutare le famiglie significa reinserirle in una rete di servizi e ricondurle ad un senso civico. Non basta tagliare le tasse, se poi questo diminuisce la nostra contrattualità.

Solo reimmettendo le persone nel sociale è possibile spingerle a rischiare. Sono stanco anche di vedere che i diritti vengono demandati al contributo di volontari o all'oblazione di qualcuno che cerca di alleggerirsi la coscienza. Bisogna recuperare una concezione del diritto

to e dell'esigibilità del diritto. Bisogna rifiutare questa deriva del capitalismo compassionevole. Ciò significa educare al riconoscimento della diversità dell'altro, che può svilupparsi anche in una maggiore consapevolezza di noi stessi e cercare di modificare quelle aree buie e il non detto in ognuno di noi.

### 1.11 Disabilità e *counseling* un progetto di ricerca europeo

di Lorenzo Cuna  
*FENASPIC - Federazione Nazionale ASPIC*

Il progetto di cui parleremo si chiama: “*E-learning for disability counselor*” (ELDICO). È un progetto di ricerca sulla formazione. Quindi l'oggetto della nostra ricerca è particolarmente immateriale e complesso.

Il programma Leonardo dell'Unione Europea finanzia e stimola la ricerca sulla formazione. Partecipare a questo tipo di progetti significa creare una rete a livello sopranazionale per fondare un'Europa sulla conoscenza. In questo modo l'Unione si propone di essere economicamente competitiva e solidale.

I partner di questo progetto sono sette:

1. Federazione Nazionale Aspic;
2. Provincia di Napoli;
3. Asl Napoli 5;
4. Università Suor Orsola Benincasa;
5. Consorzio Europeo;
6. Coop. Sociale Tandem;
7. Coop. Aspic.

I partner transnazionali sono:

- Ecole Parisienne de Gestalt;
- Greenwich Community College; è un istituto particolarmente concentrato sulla formazione in *counseling* a persone disabili gravi; ad esempio formando *counselor* che si esprimono attraverso il linguaggio dei segni;
- IPF di Malaga;
- Ente berlinese nell'ambito della riabilitazione e del *counseling*.

ELDICO ha lo scopo di istituire la figura del *disability counselor*, dotata di competenze specialistiche per aiutare persone con disabilità gravi.

Senza entrare nei dettagli, posso dire che il *counseling* mira all'ascolto e all'empowerment delle persone, alla realizzazione delle loro risorse e all'utilizzazione di queste ultime per il raggiungimento degli obiettivi.

Quali sono le competenze del *disability counselor*? Assunte queste competenze come obiettivi della formazione, quale itinerario permette di realizzare questi obiettivi?

La formazione del *disability counselor* si svolge sia in presenza, perché è necessario

insegnare competenze che non possono in alcun modo essere apprese a distanza, sia on-line per trasmettere e condividere tutte quelle competenze che non necessitano un apprendimento diretto.

Per quanto riguarda la parte “tecnologica”, on-line del progetto, è possibile rappresentarla come una stella al cui centro si pone un database. Esso funziona sia da memoria storica di tutte le transazioni che da propulsore di tutte le relazioni.

Intorno a questo database vi sono i gruppi che fanno formazione e che attraverso internet condividono gli oggetti dell'apprendimento e tutte le esperienze formative condivise.

Questo è un'estrema sintesi della struttura del progetto che stiamo presentando.

L'Ambiente di Apprendimento Virtuale è costituito da:

- strumento di gestione dei contenuti;
- oggetti dell'apprendimento da condividere;
- il forum;
- gli strumenti di chat;
- strumenti di videocomunicazione;
- ecc.

Nella periferia di questo sistema tecnologico si collocano tutti i partner nazionali e supra-nazionali prima citati, che accedono alle risorse comuni e producono risorse da condividere. Non solo condividono i contenuti, ma anche i processi di apprendimento; e possono farlo sia con i soggetti che fanno formazione nel presente, sia con quelli che l'hanno fatta nel passato, nonché con quelli che la faranno nel futuro.

L'Ambiente di Apprendimento Virtuale è quindi soggetto continuamente a trasformazioni, il che aggiunge ad esso il valore dell'imprevedibilità.

Le tecniche che i vari partner useranno con i loro rispettivi formandi saranno testati prima dai partner tra di loro.

Il progetto ha la durata di 2 anni e si suddivide in 4 fasi.

I passaggi fondamentali sono:

- la costruzione di un sito web che dovrà essere ad elevata accessibilità anche per le persone disabili (il progetto si avvarrà di persone competenti in tema di accessibilità);
- divulgazione e informazioni circa il progetto.
- in questo momento i gruppi di ricerca si stanno concentrando sull'analisi del contesto economico e sociale nel quale il *disability counselor* si troverà ad operare. In altre parole è necessario effettuare un'analisi della domanda dei beneficiari intermedi e finali:
- i beneficiari finali sono le persone disabili e le loro famiglie;
- i beneficiari intermedi sono i gruppi, le associazioni, le ASL, ecc.

Bisognerà ascoltare tutti e cercare di raccogliere quante più informazioni possibili e condividerle fra tutti i partner in tempo reale.

Quali professionalità sono disponibili per rispondere alle aspettative ed alle esigenze dei beneficiari? Come si può ottenere una standardizzazione della figura del *counseling* a livello europeo? Quali sono gli operatori sociali, pedagogici e sanitari che hanno a che fare con il mondo della disabilità? Rispondendo a queste domande potremo ricostruire lo stato di fatto

delle professionalità esistenti, riuscendo in questo modo a definire l'offerta.

Il divario tra domanda ed offerta ci permetterà di individuare quali sono le nuove risorse che bisogna produrre, formando così la nuova figura identificata dall'Unione Europea come *disability counselor*.

Il sito è [www.eldicoproject.org](http://www.eldicoproject.org)

## 1.12 Il diritto alla sessualità nelle persone disabili un anno dopo

di Lelio Bizzarri  
psicologo

A distanza di un anno e mezzo dal convegno tenutosi al CNR nel novembre del 2004, torno a riflettere sull'attività formativa svolta in questi mesi in collaborazione con le colleghe dell'ASPIC.

Il 2005 è stato un anno stimolante e intenso, almeno quanto è stato complesso.

Non è stato facile calibrare un intervento formativo che abbracciasse il panorama di soggettività in cui, a diverso titolo, è coinvolta la vita di ogni singola persona disabile, di ogni uomo e donna che nel tentativo di autodeterminarsi suscitano sentimenti ed emozioni, sollevano questioni etiche e morali, alimentano interessi economici e dinamiche politiche. Un panorama composito, un sistema complesso in cui ogni elemento (disabile, genitore, operatori, politici, dirigente, ecc.) è ad un tempo risorsa ed elemento di criticità: ognuno con il suo modo di interpretare la disabilità e di incarnare la sessualità.

C'è chi riesce a trovare soluzioni per il vivere quotidiano e si dispera perché trova la vita senza amore triste e vuota; chi, invece, fa di tutto per garantire un minimo di assistenza al figlio e per il quale sentir parlare di sessualità delle persone disabili è un pugno nello stomaco.

C'è l'operatrice coscienziosa che continua a pensare che il bisogno di assistenza e il ritardo mentale non giustifichino le sistematiche e quotidiane violazioni della dignità di uomini e donne disabili. C'è il dirigente che non vuol vedere un uomo e una donna disabili scambiarsi affetto all'interno del suo centro perché non vuole grane.

C'è la madre che si dispera perché il figlio è oggetto di abusi e quella che non sa che deve fare perché non riesce a capire cosa prova la figlia e si sente disorientata dalla moltitudine di pareri (spesso discordi) degli esperti.

In questo breve scorcio di attività ho ascoltato molte storie e posso dire che, nonostante i tanti elementi comuni, nessuno cliché è stato rispettato, nessuno stereotipo è stato confermato.

In uno scenario così complicato è facile perdersi nella molteplicità di domande diverse e contraddittorie, oppure rimanere paralizzati dall'ansa di dover dare risposte certe e indicazioni concrete per risolvere i problemi. Oppure ci si può demoralizzare perché si pensa: "che senso ha parlare di sessualità di una persona disabile? Chi può desiderare di avere una storia d'amore o un rapporto sessuale con un disabile?". All'estremo opposto, si può assumere un atteggiamento illusoriamente positivo.

Nonostante queste difficoltà, siamo andati avanti, sbagliando e correggendo il tiro, e soprattutto partendo dall'unica certezza in nostro possesso: la concretezza dei vissuti sog-

gettivi autentici di ogni persona che si stente, per scelta o per forza di cose, coinvolta nella vita di una persona disabile.

Siamo partiti dall'assunto della dignità della vita umana, per quanto grave sia la disabilità, e dalla certezza che ritardo mentale non significhi affatto assenza di desideri, emozioni e sentimenti.

Questa semplice affermazione può sembrare un'ovvietà, ma se ci si addentra nella quotidianità delle persone disabili intellettive o se si esamina la letteratura scientifica a riguardo, si constata amaramente che non lo è, o almeno non lo è più.

Il quasi esclusivo uso del linguaggio parlato nella psicoterapia ha creato l'incompatibilità di quest'ultima con i soggetti affetti da ritardo mentale. A seguito di ciò, tutta la psicologia sembra aver accantonato la questione delle emozioni, delle relazioni e delle pulsioni in persone con ritardo mentale o con autismo, delegando alla neuropsicologia la valutazione e la riabilitazione delle funzioni cognitive compromesse.

Si è indebitamente fatto un segno di uguale tra linguaggio parlato e intelligenza, e tra intelligenza e sentimenti. Eppure è esperienza di tutti il fatto che la nostra realtà emotiva abbia poco a che fare con la razionalità. Allo stesso modo, tutti possiamo fare esperienza di come l'intelligenza possa manifestarsi in maniera dissociata dal linguaggio quando, ascoltando un concerto di pianoforte, apprezziamo il frutto della conoscenza che risiede nella memoria procedurale di chi sta eseguendo il brano musicale.

Eppure siamo poco inclini a perdonare alla persona con ritardo mentale le sue debolezze. Il verdetto è sempre lo stesso: fa così perché è ritardato!

L'handicap diventa la spiegazione di tutto e ignoriamo la storia della persona, il suo contesto familiare, i suoi vizi, le sue furbizie, ecc. E in questo modo che la collochiamo in un universo parallelo in cui anche le regole sono totalmente altro:

1. una donna può essere assistita da un uomo anche nell'espletamento dei bisogni intimi (e viceversa);
2. è impossibile che una donna (o un uomo) disabile subisca abuso sessuale, e anche se dovesse succedere non ha conseguenze... tanto non capiscono;
3. è legittimo il ricorso alla prostituzione per soddisfare un uomo disabile e persino l'incesto;
4. i minorati mentali vogliono solo sfogarsi, non avere relazioni stabili;
5. e così via di luogo comune in luogo comune, di aberrazione in aberrazione.

Studiando la letteratura internazionale si scopre invece che:

1. l'incidenza di abuso sessuale fra le persone con ritardo mentale è più alta che fra le persone normodotate;
2. gli abusi reiterati concorrono a determinare disturbi psichiatrici che si associano al disturbo organico primario;
3. le persone con handicap intellettivo ricercano relazioni sentimentali stabili e desiderano avere dei figli e prendersene cura.

Come operatori della salute abbiamo il compito di ricordar-ci, innanzitutto, e di spiegare, in secondo luogo, che anche la sessualità delle persone con handicap intellettivo ha a che

fare con il piacere e la gioia di vivere, e che diventa problema solo se assume le forme di abuso, di dipendenza e di comportamenti devianti e/o a rischio.

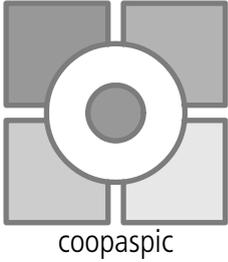
È questo che stiamo cercando di fare in questi mesi, affermando il diritto di ognuno a ricercare il proprio percorso e il proprio punto di arrivo: la propria sessualità possibile.

Allo stesso tempo accogliamo i sentimenti di dolore, di rabbia e di ansia dei genitori, come primo passo nel processo di ricerca del loro benessere all'interno della coppia e fuori.

Siamo fermamente convinti dell'utilità di sostenere un processo di individuazione e di differenziazione in cui ogni membro della famiglia "disabile" contatti i suoi desideri e affermi il suo diritto a realizzarli senza distruggere o logorare i rapporti familiari.

Nella proposta formativa rivolta agli operatori del settore (psicologi, educatori, assistenti, infermieri, ecc.) abbiamo cercato di far accettare questo approccio, sottolineando come un intervento teso a gestire i comportamenti sessuali delle persone con disabilità sia eticamente discutibile e probabilmente inefficace.

Come uomini e donne di scienza non possiamo far altro che aspettare l'esito dei fatti per verificare la validità di questo approccio e per questo vi rimando a successive pubblicazioni.



## “Ricerca/intervento sulla condizione femminile e sui diritti delle donne detenute del Lazio”

La situazione carceraria femminile si manifesta come un fenomeno invisibile per la sua scarsa rappresentanza statistica. Le donne detenute infatti sono 2.858 in tutta Italia, appena il 4,8% della popolazione carceraria e 471 donne nel Lazio e questo legittima il mancato interessamento da parte delle istituzioni nella presa in carico complessiva. Sono donne detenute che scontano la pena con insufficienti interventi in loro favore, dai bisogni primari, come un'adeguata **assistenza sanitaria**, al **rispetto della vita affettiva e sessuale**, compresa la **possibilità di vedere i propri figli**.

Occorre tener presente, oltre alle differenze di genere, l'aspetto giuridico e sociale: una minoranza (4,8%) della popolazione reclusa, risulta tendenzialmente di scarsa pericolosità sociale, recidiva e cresciuta in contesti di esclusione e marginalità.

A questo si aggiunge la stigmatizzazione familiare e sociale cui una donna detenuta va incontro, in misura maggiore di un uomo detenuto. Viste le premesse, la scarsità dei progetti specifici e di politiche di più ampio respiro, il carcere rischia di essere per le donne un ulteriore motivo di emarginazione, detenzione e nuova e più profonda esclusione sociale, in cui risulta difficile cancellare il marchio indelebile dell'essere stata una pregiudicata.

Rispetto alla pena le donne, assimilate a un target culturale di tipo maschile, pongono la questione dell'eguaglianza, chiedendo le stesse opportunità degli uomini riguardo al reinserimento sociale e lavorativo.

In Italia nel corso degli anni che vanno dalla fine della II guerra mondiale al 2000, la percentuale di donne detenute è rimasta immutata, sono il 5% della totalità della popolazione detenuta e sono sparse nelle sezioni femminili delle carceri maschili ed in 6 carceri femminili che si trovano tutte, tranne un istituto, nel centro/sud dell'Italia.

Attualmente si rileva la presenza di detenute straniere che si differenziano per età, livello sociale e di istruzione maggiori rispetto alle italiane e, riguardo al lavoro, risultano maggiormente occupate. Per loro, la mancanza della famiglia nei colloqui e di una comunità di appartenenza di riferimento, del sostegno economico, di un interprete all'interno della struttura che consenta una più agevole comunicazione e l'espulsione automatica dopo la detenzione che non permette un recupero sociale e al lavoro, costituiscono le maggiori difficoltà delle donne extra-comunitarie in carcere.

Obiettivo della ricerca-intervento è il confronto con la complessità delle situazioni che determinano il disagio e conseguentemente l'esigenza di dotarsi di strumenti operativi in grado di influenzare i percorsi delle persone detenute, proponendo modalità di fruizione

delle risorse individuali e collettive e una formazione portatrice di valori utili al recupero e all'integrazione.

L'idea di una proposta progettuale che si occupi in maniera specifica della detenzione femminile risponde all'esigenza di approfondire le tematiche relative all'identità di genere in una condizione di doppio svantaggio.

La priorità sarà quella della reintegrazione sociale e lavorativa. Le donne, dopo aver scontato la pena, sono spesso prive di un'attività lavorativa specifica, pertanto è necessario creare leggi che favoriscano il recupero sociale e la sensibilizzazione al fenomeno che la realtà sottolinea, secondo cui, senza lavoro e vittime dei pregiudizi, molte donne ritornano in carcere.

Nasce pertanto l'esigenza di scelte di genere, che affrontino le questioni relative alle donne in carcere in una prospettiva nuova e che considerino i loro tratti specifici, di politiche integrate che elaborino tematiche sociali, penali, penitenziarie, economiche, del lavoro, ma anche di politiche sull'immigrazione e sulla droga. Le politiche sociali, infatti, sono in generale ancora concepite per tamponare i danni prodotti da politiche penali ed economiche.

L'intervento si prefigura quindi come un percorso di sostegno e di formazione, laddove maggiormente si riscontra una bassa offerta di risorse, quali la formazione professionale, l'istruzione, la cultura, la possibilità di lavoro, risorse atte a qualificare la pena come rieducativa, oltre che punitiva.

L'intento ispiratore del progetto è quello di utilizzare strumenti capaci di concorrere al miglioramento della vita carceraria, operando nella direzione del benessere individuale e sociale, per un carcere in cui il reinserimento dei detenuti sia un traguardo credibile e realizzabile.

Pertanto si ritiene che a fine intervento si siano create condizioni favorevoli per il reinserimento sociale e lavorativo grazie all'acquisizione di strumenti quali la consapevolezza delle proprie competenze attitudinali e professionali.

La formazione degli operatori sul tema dell'identità di genere permette di ipotizzare una maggiore attenzione e sensibilizzazione, portando i risultati dell'intervento ben oltre la conclusione dell'iniziativa stessa.

*Progetto in corso di realizzazione promosso con il contributo  
dell'Ufficio Garante Diritti Detenuti del Lazio e della Regione Lazio*



# AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION



*Un'immagine vale più  
di mille parole*

**ASTIC**

EDIZIONI SCIENTIFICHE  
Distribuzione - Sovera Multimedia

III commissione permanente consiliare  
provincia di roma



## sentieri in/visibili dell'identità femminile

culture che riconoscono  
ad alcune donne  
il singolare privilegio  
di far nascere la vita  
ma non il diritto  
di percorrerla

2 9   n o v e m b r e   2 0 0 4

---

convegno organizzato da  
Cooperativa Sociale di Solidarietà ASPIC  
c/o la Casa Internazionale delle Donne  
via della Lungara, 19 - ROMA

# Sentieri in/visibili dell'identità femminile

## 2

### 2.1 Panoramica sul disagio femminile

*di Claudia Montanari  
Presidente della Cooperativa Sociale di Solidarietà ASPIC  
psicologa, psicoterapeuta, supervisore*

#### Introduzione

Il disagio femminile affonda le sue radici in molteplici terreni, le sue origini possono essere rintracciate nella storia, nella cultura, nelle convinzioni religiose, in motivi di ordine socio-economico: sono diversi vertici da cui è possibile considerare il problema. Devo però fare una scelta, scegliere un punto di vista e privilegiarlo rispetto agli altri. Ciò non vuol dire escludere degli altri punti di vista, piuttosto mettere alcuni dati, alcuni elementi sullo sfondo per portarne altri in primo piano, senza dimenticare le connessioni ed i collegamenti.

In questo mio intervento prediligerò un'ottica psicologica, cercherò di tracciare, illustrando alcune teorie, le possibili origini del disagio femminile senza dimenticare, anzi sottolineando, come questo sia connesso al disagio maschile, l'uno alimenta l'altro in un drammatico circolo vizioso.

Nella nostra società aspirare a determinare la propria vita è essenziale, ma per il femminile la progettazione della propria vita è ancora vaga e dubbia: un lavoro interessante, un rapporto di coppia paritario, amore, rispetto e quant'altro, oppure una famiglia con dei figli come unica prospettiva. Di fondo rimane sempre il messaggio che: "Puoi studiare, laurearti, trovare un lavoro: ma a condizione che tu rimanga dipendente".

Il disagio più profondo è, dunque, la dipendenza; sei nata femmina, "va bene ti accetto" ma a condizione che tu resti dipendente.

Per quanto la donna possa andare lontano, sarà sempre legata dal suo elastico, più o meno lungo, che, ad un certo punto, la riporterà indietro, alla base.

Indagare le origini e le cause di questo disagio generale e generalizzato implica un passaggio ulteriore, ovvero pensare al femminile come inestricabilmente legato al maschile, se dunque vogliamo capire i motivi, le implicazioni e le possibili soluzioni al disagio di genere, non possiamo prescindere dal considerare "l'altra metà del cielo", come spesso si dice in riferimento all'universo femminile.

È opportuno dedicare un po' di spazio al tema del disagio femminile in un'ottica generale per poterlo affrontare in un modo che riguardi tutte le donne, come qualcosa di connesso al genere.

Il disagio femminile come disagio di genere.

### IL DISAGIO: patologia o normalità?

Nell'introdurre il tema del disagio ritengo importante puntualizzare sul significato del termine e sull'accezione che intendo attribuire ad esso.

Parlando di disagio pensiamo solitamente ad una situazione patologica, a qualcosa che ha a che fare con la malattia, e che necessita di una cura. Se consideriamo l'etimologia del termine, la parola, di origine latina, è composta da un suffisso dis-, che si trova con significato peggiorativo in molti termini nei quali indica alterazione, malformazione, difettoso funzionamento o anomalia, e dalla parola agio, comodità, dunque stiamo parlando di uno stato in cui manca qualcosa che permetta una condizione di agio, di comodità, di benessere.

Il benessere in generale e il benessere psichico in particolare, come ben sappiamo, non è una condizione automatica garantita dalla semplice assenza di malessere. In un bollettino dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (1989), dedicato alla definizione di salute, viene puntualizzato il concetto di benessere psicofisico come presenza di alcune condizioni, invece dell'accezione corrente di assenza di malattia. Questo per puntualizzare l'importanza di un approccio al disagio che consideri il problema come una componente della vita quotidiana, della normalità piuttosto che della patologia, dell'eccezionale, della deviazione dalla norma.

Tornando al tema più specifico del disagio femminile, è curioso rilevare il modo in cui due libri che ho consultato esordiscono parlando rispettivamente delle donne e degli uomini (Goldhor Lerner, *Donne in terapia*; Giusti, Fusco, *Uomini*). A proposito del disagio femminile leggiamo come il tentativo continuo da parte delle donne di conformarsi alle idee prevalenti su ciò che è giusto e appropriato per il proprio sesso abbia avuto un costo psicologico altissimo, anche perché le teorie sulla psicologia femminile sono sempre state considerate come verità a sé stanti, che non hanno tenuto in alcun conto l'impatto che possono avere sullo sviluppo della femminilità sia i ruoli sessuali all'interno della famiglia o sul posto di lavoro, sia la psicologia dei gruppi dominanti e subordinati. In modo che definirei speculare, gli autori di *Uomini* scrivono, dopo aver tratteggiato le origini degli stereotipi e dei ruoli maschile e femminile: "Il privilegio maschile diventa trappola, tensione e scontro permanenti, che ogni uomo si vede imporre dal dovere di affermare in qualsiasi circostanza la sua virilità (a partire dall'area sessuale). La virilità, intesa come capacità riproduttiva, sessuale e sociale, ma anche come attitudine alla lotta e all'esercizio della violenza, è prima di tutto, un carico. L'esaltazione dei valori maschili ha una contropartita tenebrosa nelle paure e nelle angosce che la femminilità suscita; l'ideale impossibile della virilità diventa il principio di un'immensa vulnerabilità [...]" (p. 31).

Parlare di disagio femminile implica, quindi, affrontare il disagio maschile e viceversa, le due forme di disagio legate al genere si determinano e si alimentano vicendevolmente. I ruoli dettati dalla società si riproducono attraverso le loro "vittime".

La logica paradossale del dominio maschile e della sottomissione femminile si capisce solo se si prende atto degli effetti durevoli che l'ordine sociale esercita su di loro, e cioè delle predisposizioni spontaneamente adattate a quell'ordine che essa impone. Si tratta di un

dominio simbolico che va al di là della coscienza e della volontà delle donne (Giusti, Fusco, 2001). Ci si può aspettare una rottura del rapporto di complicità solo attraverso una trasformazione radicale delle condizioni sociali di produzione del proprio modo di essere donna e uomo, che portano i dominati ad assumere il punto di vista dei dominanti. Il passaggio a nuovi modi di relazionarsi è possibile solo attraverso la destrutturazione degli stereotipi, che, come Sisifo il suo macigno, uomini e donne portano sulle loro spalle.

### GLI STEREOTIPI: come si alimentano, e quali danni producono?

Dalla letteratura sull'argomento sembra emergere un dato sugli altri, ovvero il costo psicologico rappresentato dagli stereotipi. Sia per le donne, storicamente svantaggiate, vittime di un sistema di dominio androcentrico, sia per gli uomini, detentori di tale dominio, i modelli sociali, gli stereotipi di ruolo hanno avuto e continuano ad avere un peso eccessivo da sostenere che danneggia entrambe le parti.

In una società che per secoli ha relegato le donne nell'ambito familiare, casalingo o comunque a ruoli di accudimento, alla sfera "privata", e consentito agli uomini il dominio della sfera "pubblica" (della politica, delle scienze, della religione, delle arti), ci troviamo oggi di fronte ad un paradosso sia per le donne che per gli uomini. Se infatti le prime si riconoscono e hanno riconosciuta la possibilità di sentirsi connesse, di avere legami empatici, di mettersi nei panni degli altri, i secondi hanno imparato a disprezzare queste qualità e a sopravvalutare l'ideale di autonomia a tutti i costi. Il paradosso consiste nella carenza e nella delusione di aspettative di fronte a cui si trovano tanto gli uomini quanto le donne. Si è creata un'incomprensione di fondo e un'incapacità ad accettare i sentimenti ed i desideri che appartengono culturalmente all'altro sesso. Quando un uomo o una donna cercano di appropriarsi degli atteggiamenti e dei sentimenti associati al sesso opposto, spesso lo fanno a scapito di ciò che è considerato adatto al loro sesso; l'uomo che cerca di sviluppare sensibilità e tenerezza o la donna che persegue l'autonomia e l'affermazione di sé a tutti i costi, riproducono il paradosso che non aiuta l'incontro tra i due sessi, che si rifugiano in amori allo specchio. Non viene perseguita l'integrazione ed il confronto ma si privilegia e ostenta ciò che normalmente è rifiutato. Questo, come dicevo, è un'inversione delle parti e non un superamento del conflitto tra femminile e maschile.

Nozioni stereotipate di maschilità e femminilità hanno un effetto costrittivo e inibitorio sullo sviluppo. I bambini vengono incoraggiati a conformarsi a generalizzazioni idealizzate di quel che dovrebbero essere, con un messaggio di accettazione condizionata che ha come conseguenza patogena la percezione di non essere completamente amati ed accettati per quello che si è. Di conseguenza alcuni aspetti del proprio sé saranno negati e abbandonati con profondi sensi di colpa, angoscia e inibizione qualora risultino inappropriati al genere di appartenenza.

Uomo e donna, maschile e femminile, nella nostra società e nella nostra cultura sono associati ad una serie di caratteristiche considerate opposte tra loro. Gli stereotipi che accompagnano gli individui di un sesso o dell'altro sono considerati come "naturali"; questo vale per ogni caratteristica, positiva o negativa che sia. Il problema rappresentato dallo stereotipo è proprio questo: una volta stabilizzatosi è difficile modificarlo, si tratta di una rappresentazione sociale che viene accettata come valida e rispondente alla realtà anche da chi nello stereotipo non si riconosce, o nei fatti non vi rientra.

Il femminile sarebbe caratterizzato da: dipendenza, passività, fragilità, mancanza di ag-

gressività e competitività, introversione, tendenza ad adeguarsi agli altri e a vivere di riflesso, sensibilità, soggettivismo, intuito, ricettività, emotività, bisogno di appoggio. Mentre per il maschile sarebbero appropriate caratteristiche opposte e speculari: indipendenza, aggressività, competitività, senso del comando, senso del dovere, estroversione, dogmatismo, innovazione, autodisciplina, stoicismo, attività, obiettività, capacità analitica, realismo, razionalità, fiducia in sé, egoismo, prepotenza, narcisismo.

Si può notare come in entrambi i profili sia possibile identificare caratteristiche desiderabili e positive, altre decisamente poco lusinghiere.

Proviamo ad analizzare le possibili origini di questa categorizzazione. Dal momento che numerosi studi hanno ormai dimostrato che non esiste una natura intrinseca, maschile o femminile, di origine biologica - addirittura la descrizione anatomica è culturalmente costruita, le rappresentazioni degli organi sessuali sono il frutto di una scelta di accentuare o sminuire certe caratteristiche - possiamo immaginare che le donne, in particolare, abbiano sviluppato certe attitudini svolgendo per secoli determinate mansioni, che richiedevano sensibilità, cura per gli altri, abnegazione di sé. La donna per secoli è stata relegata nel mondo privato, nella casa, ad accudire i figli, dunque ha potuto specializzarsi in un ruolo che richiede le caratteristiche che sono considerate naturali, in un'inversione dell'ordine di causa-effetto.

Questo discorso vale anche per l'uomo, l'autonomia, l'indipendenza, l'intraprendenza, il pensiero razionale, non sono innate ma il prodotto di un'educazione specifica e di circostanze ambientali che hanno favorito, o imposto, questa specializzazione dei ruoli.

Prendendo atto che storicamente questa divisione può aver rappresentato dei vantaggi per i gruppi umani che l'hanno adottata, dobbiamo chiederci che senso ha continuare a portarla avanti, ma soprattutto in che modo venga portata avanti e come questo circolo "vizioso" possa essere interrotto per dare la possibilità a tutti gli individui di costruire la propria identità.

Le caratteristiche femminili di interconnessione, di capacità di stabilire legami intimi, di empatia emotiva, sarebbero l'effetto della possibilità che hanno le bambine di rimanere più a lungo vicine alla madre. Questa vicinanza, proprio a causa degli stereotipi ai quali gli individui devono piegarsi, è impedita ai bambini, o comunque i maschi sono costretti ad allontanarsi prima, e più bruscamente dalla figura materna per potersi differenziare e sviluppare un'identità maschile. In realtà anche gli uomini, come tutti gli esseri umani, sentono il bisogno della vicinanza, della condivisione, dell'interconnessione agli altri, ma, memori della ferita inferta loro, la separazione dalla madre, esaltano le virtù dell'indipendenza e dell'autonomia, per paura di soffrire nuovamente.

Nella svalutazione della donna si riconosce una manovra difensiva, quella della svalutazione di un oggetto invidiato, che, una volta spogliato delle sue qualità desiderabili, viene reso non più invidiabile. Anche Kernberg (1978) ha riscontrato che i suoi pazienti, borderline e narcisistici, si difendono da un'intensa invidia ed odio per le donne attraverso la svalutazione, come svalutazione della madre, oggetto primario di dipendenza. Il desiderio di dipendenza rappresenta una vulnerabilità e ai maschi viene insegnato che non devono essere vulnerabili, per potersi difendere da questa tentazione svalutano chi può renderli indifesi ed attaccabili, la donna o meglio la madre che ricorda loro quanto sono stati dipendenti e bisognosi di cure.

Dunque la donna, svalutata e sottomessa, ha in realtà un grande potere verso gli uomini, per mantenerlo e sentire di valere qualcosa deve accettare il ruolo di colei che dedica se stessa e la propria vita agli altri, al marito, ai figli. Così facendo crescerà figlie sottomesse

pronte all'abnegazione, e figli spaventati dal potere che le donne possono avere su di loro. Questo quadro probabilmente è distorto e porta alle estreme conseguenze delle tendenze presenti ma non assolutizzabili. Può servire però a rendere l'idea di quanto dannosi siano gli stereotipi in sé.

Molte persone, uomini e donne, anche se non si comportano secondo gli standard del maschile e del femminile, continuano a riproporre e riprodurre la convinzione che la distinzione tra i due sessi sia incolmabile e naturale.

Dunque sarebbe importante portare avanti una battaglia culturale non tanto per rovesciare gli stereotipi, affermando che le caratteristiche femminili sono positive, e quelle maschili, al contrario, non sono desiderabili, ma quanto per affermare l'infondatezza di questi assunti e la nocività della loro stessa esistenza. A tal proposito mi sembra opportuno citare un'antropologa, divenuta famosa per i suoi studi sul tema del maschile e del femminile, Margaret Mead, che nel 1935 scriveva:

Così l'esistenza, in una società, di una dicotomia della personalità sociale, di una personalità determinata e limitata dal sesso, rappresenta in maggiore o in minor misura, una condanna per tutti gli individui nati in quella società. Quelli il cui temperamento è decisamente aberrante non riescono ad adattarsi ai modelli riconosciuti e, con la loro stessa presenza, con l'anomalia del loro comportamento, confondono le idee a quelli che si conformano al temperamento previsto per il loro sesso. Avviene così che in quasi tutti gli uomini e le donne si insinui un seme di dubbio, di ansietà, che disturba il corso normale della vita. (1950, p. 320)

La separazione per gruppi omogenei, a prescindere dai criteri, neri e bianchi, cattolici e musulmani, uomini e donne, mantiene la divisione, il potere del più forte sul più debole, una componente complice dell'altra.

Le donne, come madri, mogli, sorelle e figlie, si rendono responsabilmente complici, perché sottomesse al mito dell'uomo, costrette in un limbo, in una eterna spirale di complicità e corresponsabilità.

La riproduzione di questi rapporti dipende dai processi di crescita e socializzazione.

I figli, crescendo, si individuano dai genitori, e questo è vero per entrambi i sessi. Dalla simbiosi con la figura materna i figli, maschi e femmine, nel periodo che va dalla nascita all'adolescenza si distaccano guardando al mondo attraverso il padre. Questo passaggio inizia, nel maschio, con una necessaria defemminilizzazione che gli permette di differenziarsi dalla madre per raggiungere l'identità intrapsichica maschile (Balduino Verde, Nappi, 2002), e il processo continua grazie all'identificazione con il padre; per la femmina, invece, il percorso è meno lineare, infatti dopo essersi resa autonoma attraverso il rapporto con la figura paterna, per potersi individuare deve ritrovare se stessa e la madre, iniziare un percorso di identificazione che sarà nel contempo di distacco per creare con lei un rapporto di reciprocità, non di sostituzione poter trovare la sua femminilità. Il processo è oggi più ricco di potenzialità, grazie all'emancipazione della donna, ma anche più difficoltoso e irto di ostacoli.

Le donne si trovano ad affrontare i sensi di colpa, indotti da padri sempre più impauriti dalle nuove conquiste femminili, che temono di essere abbandonati, spodestati, disconosciuti nel loro ruolo. Anche le madri temono il rischio che i cambiamenti comportano, questo le rende ansiose, spaventate, controllanti, ossessive, ambivalenti, vogliono vicinanza e lontananza contemporaneamente, quando le figlie si differenziano nel continuum di quel processo che permetterà l'individuazione e il raggiungimento della costanza dell'oggetto.

Questa situazione anche se potenzialmente problematica è comunque auspicabile, infatti parliamo di un'esperienza di crescita in cui sono presenti entrambi i genitori.

Le difficoltà maggiori si hanno quando, come spesso accade, il padre non è presente nei rapporti familiari. Sono numerose le famiglie in cui la figura paterna è assente; oltre ad essere dannoso per i figli, questo ha come conseguenza di far ricadere sulla madre tutte le responsabilità, e dunque le colpe. L'assenza del padre, se non è fisica, può dipendere da molteplici fattori: dalle sue difficoltà a ricoprire un ruolo di accudimento ed educativo, dal desiderio della madre di accentrare su di sé il controllo dei figli. La madre che ha bisogno di sentirsi indispensabile impone ai figli la sua presenza totalizzante, il suo aiuto ed il suo amore, un amore a condizione che non venga abbandonata, lasciata sola, svuotata e annullata, frustrata e minacciata nella sua identità sociale e personale. Questo è l'unico modo che ha trovato, che le è stato lasciato dall'educazione ricevuta, per sentirsi accettata, per riconoscere a se stessa un valore. L'autostima non passa per il riconoscimento dei propri bisogni e la loro soddisfazione, al contrario segue la strada della negazione totale di spazio a se stessa; l'abnegazione di sé permette il ricatto per ottenere devozione, e dunque riconoscimento dai figli, che finiscono per essere dominati invece che incoraggiati a vivere. Citando Fornari: «Come senz'acqua non può nascere nessun frutto sulla Terra, così senza codice materno, nessun bimbo umano potrebbe sopravvivere. Ma se l'acqua diventa inondazione, allora può distruggere le cose che ha generato».

Questo meccanismo viene attuato sia nei confronti dei figli maschi che delle figlie femmine, con esiti assai diversi ma dannosi per entrambi.

I maschi per costruire la loro identità si separano, o vengono separati, dalla madre, dunque il potere che ella esercita viene ridimensionato da questa separazione. Ma per sottrarsi al dominio di una madre che ha sottolineato ed accentuato la dipendenza del figlio da sé, sarà portato a svalutarla e denigrarla, con conseguenze deleterie per il suo futuro rapporto con le donne, che sono percepite come un pericolo per la propria mascolinità: potrebbero dominarlo e farlo sentire meno uomo di quanto la società richieda di essere. Un'altra manovra tipica è quella della svalutazione dell'oggetto invidiato, che, una volta spogliato delle sue qualità desiderabili, viene reso non più invidiabile e inoltre, nel processo di separazione il maschio è agevolato dal fatto di doversi, secondo ciò che gli viene trasmesso dal modello culturale dominante, identificare con il padre, che per quanto assente costituisce comunque il suo punto di riferimento. Stare fuori casa la maggior parte del tempo per lavoro è il suo modo di stare in famiglia, il suo ruolo; questo è il modello che il figlio segue, che gli permette di contrapporsi alla madre per appropriarsi e per conquistare un suo spazio.

Le femmine, invece, non hanno questa possibilità poiché il loro "compito" è quello di identificarsi con la madre, perciò continuano a rimanere fedeli a lei, a starle accanto, a non deludere le sue aspettative, la loro femminilità passa per l'identificazione con il ruolo proposto - e imposto - dalla madre. Diventeranno perciò l'incarnazione di ciò che il maschio teme, la donna divoratrice e dominatrice, pronta a sacrificare se stessa in cambio della totale devozione.

Le donne di oggi, nuove e diverse - o così si vorrebbero - rispetto a quelle di "ieri", trovano difficoltà a riconoscersi perché non sono state "viste" dalle madri e lo specchio bidirezionale fra madre e figlia restituisce un'immagine distorta. È simile allo specchio infranto di Lacan. Immaginate di guardarvi in uno specchio rotto che riflette un'immagine frammentata. Crediamo così nel "falso sé" che scuola, genitori, società ci propongono come verità. Quan-

do non c'è stata l'opportunità di sviluppare un forte senso dell'io si fatica a sentirsi bene in modo costante. Le madri, oggi, per essere un modello utile per le loro figlie devono scoprire ed affrontare i sentimenti d'inferiorità che hanno interiorizzato. Alcune madri, rendendosi conto della svalutazione sociale della donna, cercano attivamente di non riproporre il cliché che le loro madri inconsciamente hanno trasmesso (la sensazione di essere da meno, di non valere), e per riparare la ferita narcisistica che è stata loro inflitta finiscono per pretendere troppo dalle figlie, cercando di trasformarle in donne «perfette», per renderle in grado di affrontare la società ostile. Così anche i tentativi di affrancarsi da una condizione di svantaggio diventano, invece che fonte di soddisfazione, motivo di malessere e ostacolo alla propria realizzazione.

In queste possibili situazioni di crescita e differenziazione, è evidente la mancanza della figura paterna sin dal primo sviluppo, infatti la partecipazione di entrambi i genitori alle cure parentali per/metterebbe lo sviluppo di relazioni paritarie, aperte e permeate di un reciproco rispetto. Mantenere un modello in cui la relazione con il padre è secondaria e successiva a quella della madre ha un costo terribile, come abbiamo visto, per la crescita degli uomini e delle donne. Se gli uomini si occupassero maggiormente della cura dei loro bambini, anche piccolissimi, avrebbero la possibilità di entrare in contatto con parti di sé svalutate o dimenticate, dunque ne trarrebbero giovamento non solo i figli ma loro stessi, e questo contribuirebbe a superare i problemi che un'eccessiva divisione dei generi comporta. Jung (1927) pensava che l'impresa alla base della crescita personale fosse quella di vedere il valore di entrambe le parti e cercare di integrarle in modo che potessero lavorare insieme in un modo fruttuoso per la persona.

Una diversa gestione delle cure parentali potrebbe prevenire anche una serie di difficoltà che emergono nell'adolescenza. Per la ragazza adolescente essere riconosciuta ed accettata dal padre, in questa fase in cui inizia a diventare donna, è fondamentale per la realizzazione del processo di autonomia. Questa accettazione deve essere presente anche quando questo processo prende la forma della contestazione. Il mancato riconoscimento del padre, per paura che, accettando la sessualità della figlia, emerga il desiderio dell'incesto, porta la figlia a cercare una definizione della propria identità attraverso modalità negative per se stessa, la compiacenza o la ribellione.

Il prospetto seguente illustra, in modo sintetico, come si articolano queste due modalità nelle principali dimensioni dell'identità femminile.

| Identità femminile   |  |
|--|--|
| Compiacenza  | Ribellione   |
| MATERNITÀ  | MATERNITÀ  |
| Come obbligo ad "avere" un figlio che riflette la propria identità.                | Come diritto di "avere" un figlio, anche a tutti i costi.                                |
| FEMMINILITÀ  | FEMMINILITÀ  |
| Come conferma dell'identità di genere del partner, dei figli e della collettività. | Come conferma della propria identità corporea, del proprio potere di sedurre il maschio. |

| EROTICITÀ  | EROTICITÀ  |
|--|--|
| Come sottomissione al piacere maschile a conferma del potere maschile. | Come diritto di ottenere il proprio piacere.                             |
| DIPENDENZA DIFENSIVA   | INVESTIMENTO NARCISISTICO SULL'INTELLIGENZA                              |
| Passività, debolezza e vittimizzazione come protezione dall'angoscia.  | Per ottenere la libertà economica e il potere decisionale in ogni campo. |

(Modificato da J. Baldaro Verde, 1990, p. 183)

### La patologia

A volte, disagio e patologia si intrecciano, i loro confini diventano talmente sfumati da rendere ardua la distinzione tra l'uno e l'altra. Spesso il disagio si trasforma in patologia sotto il condizionamento delle pressioni sociali, o come unica modalità accettata per manifestare i bisogni inespressi, insoddisfatti, misconosciuti.

Voglio parafrasare a questo proposito la collega Elvira Reale (2002), e affermare che la cultura è contro le donne perché le ha definite deboli, inferiori, prigioniere di passività e dipendenza, sottomesse alle vicende biologiche del ciclo e della maternità che hanno scandito anche le diagnosi psichiatriche: psicosi puerperali, depressione post partum e menopausale, disturbi psichici relativi al menarca, oppure l'anoressia legata all'immagine corporea. Considerare il disagio una malattia significa scollegarlo dalla storia e dalla vita quotidiana delle donne e dalla loro normalità.

La depressione, gli attacchi di panico, i disturbi alimentari, il disturbo di personalità permettono alle donne di trovare una ragione socialmente accettata alla loro infelicità e possono essere dei modi per mascherare la rabbia.

- l'anoressica che ha intrapreso una dieta per essere potente e indipendente, rinnega se stessa perdendo tutti gli attributi femminili, la propria fertilità;
- gli attacchi di panico molto spesso sono espressione del terrore più grande legato al proprio desiderio, al messaggio più castrante: "se desideri, se provi piacere sei una prostituta", e quale prigioniera può essere più forte di quella che ci costruiamo con la nostra psiche. Le barriere del panico: "se rimango chiusa in casa, se vengo accompagnata ogni volta che esco, se non sono più indipendente, mio malgrado; sono al sicuro, lontana dal pericolo";
- nella depressione, la rabbia, un sentimento importante generalmente vietato alla femmina, viene retroflesso contro se stessa;
- nella bulimia, lo stesso sentimento, è vomitato garantendo comunque la compiacenza e l'adeguamento alle richieste dell'ambiente sociale.

Per nascondere la propria ira si può ricorrere anche ad altre forme, come il martirio, l'ascetismo, un'etica puritana del lavoro, l'orgoglio per il proprio senso del dovere e della responsabilità. Prima di poter essere trasformata l'ira deve essere riconosciuta e liberata. Sotto l'ira c'è vulnerabilità e la possibilità di tenerezza e di rapporto intimo. Può accadere che insieme alla rabbia si tengano nascoste anche le lacrime e la tenerezza. L'ira può permettere

un'esperienza d'amore più completa sia a livello fisico che emotivo.

Queste sofferenze, di cui la donna è portatrice, provengono dalla mancata autonomia nella propria identità. Se una donna sa valutare se stessa e agisce partendo dai suoi bisogni, sentimenti e intuizioni, crea in un modo che è il suo e sperimenta la sua autorità, allora è davvero capace di dialogare con il suo maschile. Non gli è sottomessa né lo imita.

Una delle prove che devono affrontare le donne di oggi non è solo quella di essere aperte alle loro esperienze, ma anche di cercare di esprimerle nel loro modo personale. Vivere la propria identità e accogliere quella dell'altro come ricchezza a beneficio di tutta la comunità.

E le donne provenienti da altri paesi? Da altri tempi? Da altre culture e religioni? Cosa ne facciamo, come ci confrontiamo con loro, con le donne musulmane, Rom, buddiste, donne provenienti da paesi che fino a pochi anni fa erano inserite in società rurali? Ci confrontiamo con loro oppure ci rifugiamo nel razzismo, nel rifiuto, di nuovo complici e di nuovo responsabili della negazione della propria identità femminile, di un percorso che abbiamo già vissuto, ma che ancora rinneghiamo in un inconscio collettivo maschile che abbiamo fatto nostro? Oggi i nostri compagni ci chiedono di distinguerci dalle nostre madri perché loro hanno voglia di distinguersi dai loro padri, nel rispetto e non nel conflitto e nella competizione, ma ancora abbiamo paura di riconoscere noi stesse per cui ancora una volta corriamo il rischio di ricercare l'accettazione del grande padre e insieme ai nostri compagni subiamo il mito della grande madre.

Il percorso di crescita è come un torrente che a volte sembra stagnare, in realtà va in profondità; a volte sembra tornare sugli stessi punti, in realtà sono angolazioni diverse con un'intensità diversa; a volte sembra bloccarsi, in realtà sta preparando la strada per un nuovo balzo in avanti.

## 2.2 Le politiche della Provincia di Roma sul disagio femminile

*di Roberta Agostini*

*Presidente Terza Commissione Consiliare Permanente della Provincia di Roma*

La metamorfosi della sottoveste: sentieri invisibili dell'identità femminile è un titolo un po' immaginifico, che riassume bene non solo i temi che oggi le relazioni previste toccheranno, ma anche le premesse dalle quali vogliamo partire.

La prima e più ovvia è che consideriamo la differenza sessuale come un criterio ordinatore fondamentale: certamente le donne sono diverse tra loro per età, appartenenza sociale, cultura, così come sono diversi gli uomini e l'identità di genere non è una coperta che ci rende uguali, ma la differenza tra i sessi incide fortemente nelle opportunità e nelle scelte, attraversando anche età, appartenenze sociali e cultura.

In secondo luogo, vogliamo affrontare la discussione sulle forme del disagio femminile - sociale e psicologico - partendo da un'identità femminile in movimento, che non è data una volta per sempre, che cambia in modo consapevole sotto la spinta di processi sociali generali, ma anche sotto l'azione delle donne stesse.

Per secoli si è considerato naturale e permanente il rapporto tra appartenenza sessuale e costruzione dell'identità personale, mentre oggi, al centro di un processo di modernizzazio-

ne che ormai dura da un secolo, c'è il dato di progressiva trasformazione dei ruoli sessuali.

Come scrive Nadia Fusini: “uomo e donna sono stati certamente i nomi di un'opposizione irriducibile che ha dato intelaiatura al mondo reale...ma l'esistenza singolare evade da tali strette...perché di volta in volta di un essere che definiamo un uomo, una donna, dovremo poi dire il come: come è donna quella donna? E uomo quell'uomo? E troveremo che siamo tutti presi in un gioco di anamorfosi, sempre spostati, sempre obliqui, sempre almeno in parte eccentrici rispetto a quel significante, alla sua legge. Questa è la condizione della donna e dell'uomo moderni”

Poi continua: “l'identità sessuale oggi più che mai è un miraggio e qualora si dia come compiuta essa è effetto di un fondamentale misconoscimento. Perché in verità, non ci sono che esperienze in eccesso o in difetto rispetto al polo maschile o femminile dell'identità. Mogli obbedienti, madri perfette, padri severi, mariti autoritari, maschi aggressivi, femmine passive, chi crede più a queste maschere? Chi oggi non vi legge, qualora tali ruoli ancora valgano, l'orientamento perverso?”

Le donne con crescente consapevolezza sono state protagoniste di questi mutamenti e di questo “spiazzamento” dei ruoli, rivendicando il diritto esclusivo sul proprio corpo e sulla propria vita: sono cambiate le relazioni tra i sessi, la famiglia tradizionale si è modificata; le trasformazioni tecnologiche nei campi della biologia e della medicina hanno fornito un crescente controllo sul parto e sulla riproduzione della specie umana; il lavoro è sempre più femminilizzato. La scolarizzazione di massa è stata il fenomeno che, credo, ha determinato in misura maggiore un mutamento nella percezione di sé e delle proprie possibilità.

Le donne, insomma, hanno imparato a “ballare con i lupi” e questa è la rivoluzione più importante perché va alle radici della società e al cuore di ciò che siamo. E' avvenuta sul piano politico e sul piano dei destini personali, ed è irreversibile.

In realtà, dentro la complessità dei cambiamenti in atto permangono grandi paradossi e difficoltà.

Pensiamo solo al fatto che nel mondo le donne sono le prime vittime delle guerre, delle violazioni dei diritti umani, degli stupri di massa, degli abbandoni; il fenomeno della femminilizzazione della povertà è talmente diffuso che alcune stime parlano di un rapporto di 70/30. Contemporaneamente, le donne si distinguono nella lotta per i diritti umani e per la democrazia, dalla Birmania, all'Africa, al Medio Oriente.

Ma per parlare anche solo delle nostre città, lo spazio ed il tempo continuano ad essere dimensioni diversamente ampie per donne e uomini.

Le donne hanno meno tempo per sé perché lavorano, in media, più degli uomini: la femminilizzazione del lavoro è avvenuta a carichi familiari immutati e, a parità di mansioni, percependo un reddito inferiore degli uomini. E' noto da uno studio dell'Onu pubblicato in occasione della conferenza di Pechino che le donne italiane erogano giornalmente una quantità di lavoro fra le più alte al mondo, sia in assoluto che relativamente agli uomini.

Le donne, poi, si muovono in uno spazio urbano più ridotto: meno luoghi in cui ci si sente tranquille di andare, soprattutto la sera, anche se la realtà quotidiana ci insegna che uno dei luoghi più insicuri è proprio la casa. La maggior parte delle violenze, dei maltrattamenti psicologici, degli stupri, avvengono proprio tra le mura domestiche, ad opera di mariti, padri, fratelli. I dati – anche quelli presentati da Differenza Donna all'inizio dell'estate - ci dicono che non si tratta di un fenomeno che si esaurisce, tutt'altro: per le donne tra i 15 ed i 44 anni la violenza è una delle prime cause di morte ed invalidità.

Allora, camminare su un sentiero dell'identità femminile è difficile, perché è difficile tracciare un rinnovato ruolo sociale, a partire dal paradosso che cercavo di descrivere: cresce la forza delle donne, mentre persistono immutati meccanismi sociali o familiari che generano discriminazioni o oppressioni o violenze.

Pensiamo al fenomeno della prostituzione, di cui ci parlerà una delle relazioni, che “fissa e conferma il concetto della superiorità dell'uomo sulla donna”.

Pensiamo alla tendenza alla svalutazione dell'intelligenza femminile, che non è riconosciuta, o è percepita come una minaccia (è difficile avanzare nella carriera, nelle università, nelle aziende pubbliche o private!)

Oppure allo scarso valore attribuito a professioni tipicamente femminili nei comparti educativi, che sono anche dal punto di vista economico poco retribuite.

Contemporaneamente il cambiamento genera aspettative, nelle donne e verso di loro: come gli uomini, subiamo pressioni orientate al successo, alla competitività.

Ho visto la pubblicità di una marca di vitamine, su una rivista: la foto di una donna giovane e magra, in braccio un bambino, in una mano una valigetta da cui spunta il sole 24 ore, appesa alla spalla la busta della spesa da cui esce un sedano ed una baguette. Non mi sembra poi così difficile che, sottoposte a tanti stimoli e sollecitazioni diverse ed ambigue, si possa essere esposte a disturbi che riguardano l'autostima, l'autonomia, il senso di sé!

Se è saltato un vecchio patto patriarcale, con la sua rigida distinzione di ruoli, funzioni e garanzie, ancora non si vede un nuovo orizzonte: anzi, l'emancipazione e la libertà delle donne tendono a trasformarsi in pesi maggiori, in frustrazioni, in insicurezza.

Gli enti locali possono fare ed hanno fatto, anche negli anni passati, molto. Io credo che l'atteggiamento delle istituzioni, dei comuni e della provincia, rispetto all'insicurezza ed al disagio sia importante e pesi nella percezione collettiva.

Il nostro programma di lavoro è abbastanza chiaro: abbiamo raccolto un'esperienza passata di grande valore, nella quale la Provincia è stata protagonista dell'apertura di servizi e della promozione di politiche “al femminile” ed abbiamo impostato le linee future durante la discussione sull'istituzione di genere femminile Solidea, di cui vi parlerà poi nel merito la presidente, Maria Grazia Passuello, e che costituisce per così dire “il motore” delle politiche che vogliamo promuovere.

Voglio solo ricordare alcuni punti di principio della nostra ispirazione.

Prima di tutto, nominare i problemi e attribuire un senso politico e di alla lettura dei fenomeni molteplici che compongono la fatica di vivere, psicologica, sociale e familiare delle donne.

Per questo dobbiamo partire dalla quotidianità ed interrogare l'esperienza concreta del disagio, delle donne che subiscono la violenza e delle associazioni e degli operatori che lavorano da tanti anni ormai su queste politiche. Questa esperienza sollecita le istituzioni e noi tutti a rinnovare la cultura politica, non solo ad aggiungere “un pezzetto” di politiche accanto alle altre.

In secondo luogo, non solo politiche per le donne, ma politiche che rendano le donne protagoniste nella definizione dei servizi, che pure ancora mancano del tutto o sono insufficienti.

In terzo luogo, politiche che aprano spazi di libertà, che abbiano l'ambizione di promuovere libertà e sicurezza, che non si limitino a fornire una risposta immediata ad un bisogno, ma che sostengano autonomia, aspirazioni, talenti delle donne, riconoscendo il loro peculiare

re punto di vista. So di essere stata sintetica e di aver toccato molte questioni solo in modo molto superficiale. Le relazioni che verranno dopo approfondiranno e riempiranno di contenuti, credo, il tema del paradosso che le donne vivono ed il disagio che si esprime in esso.

Credo che da tale disagio, però, se sapremo raccoglierlo e trasformarlo positivamente, possa venire uno straordinario impulso a cambiare in meglio il nostro paese, la nostra città, la nostra provincia, rendendoli più vivibili e più accoglienti.

## 2.3 Una salute a misura di donna: le cause e gli interventi nella depressione

*di Elvira Reale*

*Direttore Unità Operativa di Psicologia Clinica - ASL Napoli 1*

### Introduzione

Avevo preparato un intervento la cui prima parte doveva riguardare i dati sulla depressione femminile, ovvero sui disturbi dell'umore di cui la depressione fa parte, secondo il Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM IV). Poi ho visto qui un poster completo su questi dati, che sintetizzano la prevalenza delle donne in quasi tutta l'area dei disturbi psichici. Sorvolando quindi sulla presentazione di questi dati sia internazionali che nazionali, vorrei portare qui la riflessione su che cosa significano questi dati e quali conseguenze hanno o dovrebbero avere nei discorsi sulla tutela della salute delle donne.

Rifaccio qui con voi un cammino che ho percorso proprio a partire da questa riflessione e dalla indagine che ho condotto nel campo dei disturbi psichici femminili per circa trent'anni, a partire dalla promulgazione della legge 180, nel 1978.

Perché le donne si ammalano più degli uomini di disturbi psichici e segnatamente di depressione, disturbi d'ansia - tra cui sottolineiamo i disturbi da panico e da stress - i disturbi dell'alimentazione? E inoltre perché le donne consumano più psicofarmaci degli uomini? La scienza medica e le istituzioni deputate alla cura - servizi di salute mentale - in linea con le osservazioni della protopsichiatria di Charcot, hanno sempre pensato che la maggiore morbilità delle donne fosse dovuta, sul piano psichico, alla loro supposta fragilità emotiva; e sul piano biologico alla variabilità ormonale.

Poco si è studiato in altre direzioni. Per molto tempo abbiamo presentato i nostri dati ed i nostri percorsi di ammalamento che mostravano nel dettaglio i luoghi ed i modi concreti in cui le donne si ammalavano: il doppio ruolo, lo stress del doppio carico, la violenza ed il maltrattamento psicologico con la costante svalorizzazione delle loro capacità, e gli ostacoli ai loro processi di autonomizzazione ed autodeterminazione.

Ma nonostante le continue "rivelazioni" del nostro lavoro, il contesto scientifico della psichiatria non appariva granché modificabile. E soprattutto non cambiavano le pratiche di cura tutte imperniate sull'uso di farmaci o su psicoterapie non centrate su quegli eventi di vita così prossimi e così contigui all'esperienza depressiva.

Nasce così, agli inizi degli anni Novanta, il progetto di partecipazione alla ricerca Stress, del progetto FATMA (Prevenzione e controllo dei fattori di malattia) del Consiglio Nazionale delle Ricerche, che segna un punto importante per studiare la depressione e le sue connessioni con gli eventi di vita.

La ricerca Stress, che si è conclusa nel 1997, ci ha messo in contatto con altre patologie,

come quelle cardiovascolari, che sembravano soffrire dei nostri stessi problemi all'interno della scienza medica. Alcune ricerche pionieristiche criticavano i metodi e gli strumenti della ricerca sullo stress e sulle patologie cardiovascolari: questi metodi e questi strumenti sembravano proprio tagliare fuori le donne. Si aprivano così all'epoca prospettive di ricerche che ponevano il problema della inclusione delle donne e dei loro stili di vita; si cominciavano ad includere nel campo di ricerca le donne con i loro problemi di stress fino ad allora sottovalutati: lo stress da doppio carico di lavoro.

## Una salute a misura di donna

### *Il gruppo di lavoro*

Alla fine degli anni Novanta, quindi, il nostro progetto si è ampliato: l'idea guida è che non si trattava solo di un modo di essere miope della psichiatria nei confronti delle donne; ma si individuava che gli stessi pregiudizi, le stesse esclusioni, le stesse sottovalutazioni colpivano le donne in più settori della scienza medica.

L'idea è stata quella di mettere insieme più settori della medicina e più specialiste che con un occhio al genere individuassero, in modo specifico ed al tempo stesso complessivo, i pregiudizi della medicina ed il loro impatto sulla salute delle donne. Questa idea è diventata progetto esecutivo con l'incontro con Laura Balbo, nel 1999 ministro delle Pari Opportunità.

Il gruppo di lavoro ha operato fino al 2001 ed ha elaborato un report condiviso, dal titolo Una salute a misura di donna, in cui viene in qualche modo individuata una "prima lista" di settori della medicina e di patologie in cui è chiaramente visibile il pregiudizio di genere.

Il report del gruppo di lavoro riporta dati sulla prevalenza maschile e femminile per i diversi disturbi. Laddove i dati nazionali ufficiali non erano riscontrabili, le esperte del gruppo li hanno ricavati da dati internazionali o da dati provenienti da ricerche da loro condotte e dal lavoro di clinici. Si evincono così una serie di patologie in cui la prevalenza femminile è storicamente data, come nella psichiatria, o altre in cui la prevalenza o l'aumento dell'incidenza di una patologia nelle donne è fatto più recente e non ancora sufficientemente spiegato.

A questo report è seguito un altro lavoro, condotto su richiesta della Commissione Nazionale di Parità e della sua presidente Marina Piazza, cui hanno partecipato più specialiste, dal titolo: La mente, il cuore, le braccia....Guida alla salute delle donne.

## Le patologie emergenti nel pianeta donna

Gli uomini muoiono di più per cancro al polmone, ma in Italia durante gli anni dal 1984 al 1994 la mortalità delle donne dovuta a tale causa è aumentata del 18%, mentre quella degli uomini è diminuita del 4%. L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha stimato che il cancro al polmone (insieme con quello alla trachea e ai bronchi) rappresenta la terza causa di morte nella popolazione europea. Inoltre, l'emergenza del cancro al polmone per le donne è prevista in aumento per il prossimo decennio.

La mortalità per AIDS tra le donne, secondo i dati dell'OMS, ha superato quella degli uomini: costituisce la principale causa di morte per le donne nell'età compresa tra i 15 e i 44 anni e in quest'arco di anni la loro percentuale di mortalità è maggiore rispetto agli uomini.

Tutti i tipi di disturbi mentali, tranne l'alcolismo e l'abuso di droga, sono maggiori e più comuni tra le donne; in particolare, il disturbo depressivo unipolare è al quarto posto per le

donne e all'ottavo per gli uomini in termini di principale causa di disabilità a livello mondiale. La depressione è più frequente da 2 a 3 volte tra le donne rispetto agli uomini ed è la principale causa di disabilità per le donne tra i 15 e i 44 anni.

In Italia, uno studio recente ha dimostrato la maggiore prevalenza di tutti i disturbi psichiatrici tra le donne e il picco per la depressione si ha tra i 35 e i 44 anni. Nonostante il fatto che la depressione sia più diffusa tra le donne, nel nostro paese non ci sono ricerche orientate secondo il genere né programmi di intervento per la prevenzione e il trattamento (Reale, 2001 e 2003). Fino a poco tempo fa, la schizofrenia era più frequentemente diagnosticata tra gli uomini, ma dati più recenti mostrano una sostanziale parità uomo-donna, sebbene tra le donne questo tipo di disturbo mostri rispetto agli uomini una minore incidenza di tratti di indesiderabilità sociale (Boidi 2001, 2003; Report sulla salute mondiale, 2000). Oggi anche la percentuale di morte per disturbi cardiovascolari è maggiore tra le donne rispetto agli uomini. Secondo il report della salute mondiale, essi rappresentano la prima causa di morte in tutti i paesi occidentali e, in tempi recenti, anche in quelli in via di sviluppo. In Italia, secondo i dati dell'Istituto Nazionale di Statistica, nel 1991 i disturbi cardiovascolari sono stati la causa di morte per il 48% di donne adulte e per il 39% di uomini adulti. L'ipertensione, il più importante fattore di rischio, è più frequente negli uomini al di sopra dei 45 anni, mentre nelle donne è più frequente dopo i 50. Una ricerca recente della provincia di Modena condotta su donne dai 45 ai 60 anni mostra che il 38.2% soffre di ipertensione, tuttavia è stimato che solo il 34% riceve un trattamento adeguato. C'è una crescente evidenza nella letteratura medica di una tendenza a sottostimare la diagnosi di ischemia cardiaca nelle donne (Modena, 2001, 2003). Nonostante il fatto che vi siano notevoli differenze di genere riguardo a importanti patologie, in Italia manca un sistema nazionale strutturato capace di monitorare le differenze di genere; più specificamente, a parte la mortalità e l'incidenza del cancro, i dati e le ricerche sulla differenza di genere sono assenti e i dati sulla salute non sono sistematicamente raccolti e differenziati a seconda del sesso. Le informazioni fornite dagli ospedali e dagli enti locali sono incomplete, non suddivise tra i sessi e spesso non realistiche. Non vi sono chiare normative a livello nazionale per includere il genere quale variabile di base in tutte le raccolte di dati (Vinay, 2001, 2003). È evidente che la ricerca sensibile al genere e la raccolta di dati sono molto importanti per promuovere la salute delle donne. Il citato documento tecnico del WHO (Organizzazione Mondiale della Sanità) enfatizza tale aspetto mediante queste parole: "Prima di tutto e cosa più importante, è essenziale che la situazione delle donne sia più accuratamente studiata nelle ordinarie raccolte statistiche sulla salute. C'è frequentemente una complicità da parte dei politici sul fatto che molte statistiche non siano suddivise tra i sessi. Ciò rende difficile comprendere la situazione specifica della donna (o dell'uomo) e muoversi in modo da considerare queste differenze (ad esempio, facendo progetti sensibili al genere). Se fosse rimediato a ciò, si avrebbe bisogno di particolari cure sia per la raccolta che per l'analisi dei dati e per la loro presentazione. Per comprendere la specificità dei bisogni della donna è particolarmente importante avere dati suddivisi a seconda del sesso e dell'età, nonché della classe sociale".

### La ricerca sui fattori di rischio sensibile al genere

Un altro problema importante sottolineato dal report è l'assenza di ricerche sensibili al genere sui fattori di rischio occupazionali e ambientali. È stata data poca attenzione a questi fattori per la depressione, l'ischemia e le patologie cardiovascolari, il cancro al seno e al-

l'utero, ma anche al polmone, dal momento che per tali disturbi si sono fino ad ora considerate soprattutto eziologie di tipo ormonale. Facciamo alcuni esempi.

Il fumo è il principale fattore di rischio per il cancro al polmone. Le donne cominciano a fumare prima degli uomini e hanno maggiori difficoltà a smettere, tuttavia la prevenzione dal fumo è cieca rispetto al genere: a parte il periodo della gravidanza, non vi sono messaggi specifici rivolti a ragazzi e ragazze. Al contrario, una prevenzione primaria efficace dovrebbe investigare fattori di genere e socio-culturali che sono associati all'inizio del fumo e alla sua cessazione. Ed ancora, le donne sono maggiormente soggette al fumo passivo e le ultime ricerche indagano il tumore al polmone in donne non fumatrici, compagne di vita di uomini forti fumatori.

Nel campo della salute mentale, la ricerca sull'eziologia e sui fattori di rischio è orientata soprattutto verso la valutazione di fattori biologico-ormonali, omettendo in genere per le donne (ma non per gli uomini) l'investigazione dei fattori psico-sociali e di lavoro. Sembra esservi un pregiudizio di genere nella psichiatria, per cui si sottolineano le considerazioni sulle variazioni ormonali come i maggiori fattori di rischio per la depressione e altri disturbi psichiatrici nelle donne. Come in medicina generale dove c'è un improprio processo di medicalizzazione degli stati fisiologici della vita delle donne, anche in psichiatria c'è un processo di psichiatrizzazione della fisiologia femminile: questo è particolarmente vero per la depressione. Tra le donne c'è stata una chiara sottovalutazione dei fattori ambientali e psico-sociali (Reale, 2001, 2003).

Nella ricerca sui fattori di rischio per l'ischemia e le patologie cardiovascolari, per le donne sembra esserci una sopravvalutazione dei fattori biologici e ormonali e una sottovalutazione dei fattori ambientali e di stress; lo stress è considerato il principale fattore di rischio solo per gli uomini (Reale et al. 1998; Modena, 2001, 2003)

La salute occupazionale resta un'area in cui non abbiamo conoscenze sui rischi lavorativi e sui loro effetti per la salute delle donne: spesso questi dati non sono suddivisi per sesso oppure le informazioni sulle donne sono insufficienti. Tuttavia, in molte delle occupazioni che sono considerate tipicamente femminili, il rischio è molto alto: nel settore della salute il 54% degli incidenti coinvolge le donne. Come in molti lavori femminili, le lesioni occupazionali sono in aumento tra le donne (+ 8.4% dal 1994 al 1997) e in decremento tra gli uomini (- 9.8% durante lo stesso periodo). C'è bisogno di un numero maggiore di studi per valutare se l'esposizione lavorativa ha effetti diversi sulle donne lavoratrici rispetto agli uomini lavoratori. Un esempio sono i lavori fisici pesanti, che sono meno tollerati dalle donne. Questo è in parte dovuto al fatto che l'organizzazione del lavoro è basata su misure standard designate per gli uomini lavoratori. Le donne italiane soffrono più frequentemente di problemi muscoloscheletrici a paragone degli uomini, anche nello stesso ambiente lavorativo. Ciò è dovuto al fatto che alle donne sono dati compiti ripetitivi in una posizione ergonomica fissa e inadeguata che mette in eccessiva tensione la loro muscolatura più piccola e vulnerabile (Figà Talamanca, 2001, 2003; Reale 2005).

Nello studiare i fattori di rischio per il cancro, il tipo di lavoro è sempre preso in considerazione per gli uomini, mentre non sempre si pone la stessa enfasi sul lavoro per le donne. Tuttavia, alcuni studi recenti hanno mostrato la correlazione esistente tra alcune forme di tumore (polmone, leucemia, linfoma) e l'esposizione a solventi e idrocarburi tra le donne lavoratrici. Quindi, anche nel campo della salute occupazionale c'è un'assenza di informazioni, il modello di riferimento è l'uomo lavoratore medio e (tranne per la gravidanza) non

ci sono linee guida per misurare gli effetti sulla salute per le donne (Figà Talamanca, 2001, 2003; Reale, 2005).

Come sappiamo, un fattore di rischio molto importante per le donne è lo stress e la tensione legati a lavori multipli per la famiglia e per il lavoro. Il nostro gruppo ha messo in evidenza che la ricerca medica e la pratica clinica, nelle analisi, nella prevenzione e nel trattamento delle malattie nell'uomo, danno una grande importanza al lavoro come uno dei maggiori fattori di rischio; mentre per le donne lo stesso fattore è scarsamente considerato. In particolare, poca o nessuna attenzione è posta alla coesistenza per le donne di diversi ruoli, responsabilità e compiti legati alla loro professione e alla vita familiare. Il rischio di burn-out fisico e psicologico è negato e i parametri in grado di misurare i rischi e le soddisfazioni dei lavori familiari non sono disponibili (Reale-Vinay, 2001; Reale, 2003).

Numerosi studi sociologici hanno sottolineato l'ammontare del lavoro svolto dalle donne all'interno della famiglia, nelle sue varie forme. Questo lavoro invisibile, infatti, va molto oltre ciò che è comunemente chiamato lavoro domestico, ma comprende anche la produzione di beni e di servizi per il consumo familiare; le attività burocratiche necessarie per l'uso dei servizi pubblici; le attività di promozione della salute e la cura dei primi sintomi di malattia; così come le attività necessarie per l'educazione, la socializzazione e la cura dei bambini, degli anziani, dei malati e dei membri disabili della famiglia.

Rispetto a ciò – a causa della mancanza di servizi pubblici e alla tradizionale divisione dei ruoli all'interno della famiglia – il sovraccarico lavorativo per le donne italiane sembra essere molto elevato. Gli studi sull'uso del tempo quotidiano nella famiglia hanno sottolineato che, in media, le donne italiane trascorrono 5 ore al giorno di lavoro pagato e 8 ore di lavoro non pagato, mentre gli uomini passano 8 ore a lavoro pagato e un'ora per quello non pagato (ISTAT, 1993). Inoltre, il modo in cui gli uomini utilizzano il tempo non varia in modo significativo a seconda dei diversi tipi di famiglia in cui vivono, mentre l'uso del tempo da parte delle donne è molto influenzato dalla presenza di bambini. Infine, come le deputate della Commissione per le pari opportunità hanno sottolineato, considerando sia il lavoro pagato che quello non pagato, più del 50% delle donne lavoratrici italiane lavorano 60 ore a settimana e oltre un terzo lavora 70 ore a settimana, mentre meno di un terzo degli uomini lavora più di 60 ore a settimana (Piazza, 1999).

Il lavoro familiare, con la sua caratteristica di cura per gli altri (opposta alla cura per sé) può ben essere considerato come uno dei maggiori fattori di rischio per la salute delle donne. Secondo una ricerca sullo stress e sulla vita quotidiana delle donne (Reale et al. 1998) esiste una relazione tra l'ipertensione, il cancro al seno e la depressione e l'aumento delle responsabilità nel lavoro domestico.

La violenza è un'esperienza frequente nella vita delle donne ed è considerata un fattore di rischio per l'impoverimento della salute tra le donne. Secondo uno studio italiano sull'uso dei vari servizi socio-sanitari, una sulle dieci donne del campione e il 18% di quelle di età compresa tra i 18 e i 24 anni, ha subito violenza fisica o sessuale nei 12 mesi precedenti la ricerca. I perpetratori della violenza erano spesso uomini vicini alle donne: i loro compagni, il padre, il fratello, compagni di scuola o colleghi di lavoro (Romito, 2000). È raro che una donna sia ascoltata, creduta o aiutata in modo adeguato da chi lavora nei servizi sociali e sanitari a cui si rivolge (Romito 2001, 2003).

Il documento tecnico del WHO dice a proposito della violenza (WHO 2000):

“La violenza degli uomini contro le donne, soprattutto a casa, ha le maggiori conseguenze

ze dannose per la salute delle donne, comprese le lesioni intenzionali. (...) in molte comunità le donne sembrano essere gravemente a rischio di violenza da parte dell'uomo con cui hanno una relazione e da parte di altri uomini che conoscono e la violenza contro donne e ragazze accade più frequentemente all'interno del "paradiso" della famiglia. Gli effetti dannosi sulla salute fisica e mentale delle donne possono essere estremamente pervasivi e andare ben oltre le lesioni fisiche."

L'Organizzazione Mondiale della Sanità indica una serie di conseguenze psichiche, tra cui: la depressione ed i tentativi di suicidio, l'ansia, gli attacchi di panico, il disturbo post-traumatico da stress, i disturbi dell'alimentazione, che sono i disturbi più comuni tra le donne.

### Le differenze di genere nelle diagnosi e nel trattamento

Un altro problema importante sottolineato dal nostro gruppo di lavoro è l'inadeguata considerazione delle differenze di genere nelle diagnosi e nelle pratiche terapeutiche. Queste pratiche si sono sviluppate tradizionalmente su un modello maschile e sono state applicate anche sulle donne senza prendere in considerazione le differenze sociali e bio-psicologiche tra i due sessi. Rispetto a ciò, l'assenza di considerazione delle differenze di genere nella ricerca può causare problemi legati allo sviluppo di strumenti e tecniche per la diagnosi e il trattamento delle malattie nelle donne. Alcuni esempi renderanno più chiaro questo punto.

La frequenza della schizofrenia tra le donne è stata sottostimata. Per questo disturbo psichiatrico, la priorità è data ai casi più gravi dal punto di vista sociale. Le donne con schizofrenia hanno spesso sintomi subdoli che conducono ad una mancanza di riconoscimento del problema. Spesso ricercano aiuto più tardi rispetto agli uomini a parità di condizioni, e hanno minori ospedalizzazioni rispetto agli uomini schizofrenici (Boidi, 2001).

Per i disturbi cardiovascolari, in particolare per l'ischemia cardiaca, tutte le tecniche diagnostiche, come le radiografie e i test sotto stress solitamente usati, sono state create sulla base di un modello maschile e sono meno efficaci per la diagnosi nelle donne. Gli strumenti chirurgici per la rivascolarizzazione coronaria (by-pass, angioplastica coronarica) fino a poco tempo fa non tenevano conto delle differenze tra le coronarie femminili (di diametro più piccolo) e quelle maschili.

Non ci sono poi linee guida che definiscano i sintomi tipici dell'infarto miocardico nelle donne: il dolore al torace che le donne riportano è considerato anomalo, mentre il dolore riportato dall'uomo è considerato tipico. La diagnosi dell'ischemia cardiaca è basata sulle capacità cliniche del singolo medico, vista l'assenza di linee guida diagnostiche specifiche per le donne. Esiste, inoltre, l'evidenza di una sotto utilizzazione della terapia trombolitica nelle donne affette da infarto del miocardio acuto, il che conduce ad un'alta mortalità femminile nel primo stadio dell'infarto. Per tutte queste ragioni le donne sono accolte negli ospedali specializzati più tardi rispetto agli uomini e sperimentano un'alta percentuale di fallimenti terapeutici e chirurgici (Modena, 2001, 2003).

Dall'altro lato, per altri disturbi specifici delle donne, notiamo una eccessiva medicalizzazione ed interventi chirurgici. Questo accade soprattutto nel caso del cancro all'utero. Spesso l'isterectomia è associata alla rimozione delle ovaie per indicazioni cliniche non chiare, rendendo quindi questa pratica il solo caso in cui un organo sano è rimosso a scopo preventivo. Esiste l'evidenza di un uso esteso ed inappropriato dell'isterectomia, non supportato da standard efficaci; infatti, in tale campo non sono disponibili protocolli validi e

linee guida per valide indicazioni chirurgiche. Bisogna ricordare che l'isterectomia può avere molte conseguenze, legate soprattutto all'impatto ormonale, fisico e psicologico dovuto alla perdita dell'utero e di altri organi riproduttivi. Quindi, l'isterectomia è appropriata solo quando è la sola strada possibile per prevenire o per rimediare a condizioni di salute e in ogni caso dovrebbe essere limitata alla rimozione della più piccola parte dell'organo (Minucci 2001, 2003).

Molte ricerche dimostrano che solo il 10-15% delle isterectomie è legato ad un tumore maligno, mentre l'85-90% è legato a condizioni benigne che potrebbero essere ben trattate senza chirurgia. C'è bisogno di protocolli chiari che definiscano le situazioni cliniche per le quali è appropriata l'isterectomia e quelle per le quali è adeguata una terapia medica o una chirurgica di tipo preservativo. La diffusa pratica dell'isterectomia sottovaluta il criterio di integrità individuale, in quanto considera l'utero solo per le sue funzioni riproduttive (Minucci 2001, 2003).

### L'esclusione delle donne dagli esperimenti clinici

Un problema molto importante introdotto dal gruppo di lavoro è l'esclusione o l'insufficiente presenza delle donne nella sperimentazione clinica. Nonostante le differenze fisiologiche e patologiche tra maschi e femmine, fino ad ora nelle ricerche mediche e farmacologiche non è stata data un'attenzione adeguata alle donne. Negli esperimenti clinici condotti per testare nuovi prodotti farmaceutici sono presenti soprattutto uomini adulti. Ciò significa che alle donne non è garantito lo stesso diritto di una terapia efficace e sicura – come stabilito dalle normative europee e nazionali – dal momento che non vi sono modi per sapere se un prodotto che si è dimostrato efficace e sicuro per gli uomini lo sia anche per le donne.

Inoltre, anche quando le donne sono presenti nelle sperimentazioni cliniche, i dati ricavati non sono disaggregati per sesso, per cui non si possono comunque avere notizie specifiche sugli effetti nei due sessi (Ceci 2001, 2003).

L'esclusione delle donne dalla sperimentazione clinico-farmacologica può comportare problemi legati al dosaggio, all'efficacia e agli effetti collaterali dei farmaci. Ci sono molti esempi che possiamo citare. Le donne sono state escluse dalla più vasta popolazione studio mai avuta, lo studio sull'aspirina, finalizzato a valutare l'impatto di questo farmaco nella prevenzione delle malattie cardiovascolari. A causa del numero insufficiente di donne presenti negli studi sui prodotti farmaceutici per ridurre il colesterolo, questi prodotti si sono dimostrati poco efficaci per la popolazione femminile, come documentato dagli studi clinici nella popolazione maschile (Ceci, 2001). Tutti gli esperimenti clinici per il trattamento dell'ischemia cardiaca sono stati condotti sulla base di modelli maschili. Nell'esempio del trattamento farmacologico delle trombosi cardiache le dosi, inappropriatamente basate sulla relazione tra la superficie corporea e il peso nei maschi, ha comportato frequenti complicazioni emorragiche tra le donne (Modena, 2001, 2003). Le donne sono prime tra i consumatori di psicofarmaci; a causa della loro inadeguata rappresentazione negli esperimenti clinici, la conoscenza degli effetti collaterali e dell'efficacia degli psicofarmaci sulle donne è più limitata rispetto agli uomini. Anche nel trattamento farmacologico dei disturbi psichici (ansia, depressione, schizofrenia) le donne soffrono molto più spesso degli uomini per gli effetti collaterali dovuti all'alto dosaggio (Boidi, 2001, 2003).

In ogni campo della clinica vi sono esempi di farmaci testati prevalentemente sugli uomini che sono prescritti con uguale dosaggio anche per le donne, con potenziali rischi

di inefficacia o effetti collaterali più gravi tra le donne trattate con questi farmaci. Questo rende necessaria l'adozione di linee guida europee che includano il criterio della differenza di genere nelle pratiche sperimentali.

### Conclusioni del gruppo di lavoro

In conclusione, il gruppo di lavoro ha sottolineato soprattutto due criteri inappropriati nell'approccio al problema del genere in medicina.

1. La mancanza di attenzione alla differenza sessuale nella complessiva valutazione del bios femminile (non limitato quindi alla sfera riproduttiva).

Si è osservato che questa mancanza di attenzione può essere ascritta ad un processo riduzionistico della medicina nei confronti delle donne (aver ridotto cioè le differenze biologiche alle differenze di un unico apparato, quello riproduttivo).

In pratica nella maggioranza dei contributi si è osservato come l'uomo e la biologia maschile siano stati presi come unico riferimento negli studi clinici: ciò costituisce evidentemente una procedura metodologica inappropriata che tende ad inficiare la validità di molte ricerche e l'utilità di molte statistiche.

2. La disparità di trattamento nell'osservazione delle patologie maschili e femminili.

Si è valutato che un altro problema metodologico attraversa la ricerca sanitaria ed in particolare quella sui fattori eziologici e di rischio.

Non avere a disposizione i dati sanitari per il sesso femminile significa non poter contare su una rappresentazione adeguata di un fenomeno patologico, del tipo di diffusione ad esempio, o della tipologia dei fattori maggiormente coinvolti nella eziopatogenesi. Ma il problema della disparità di trattamento non si esaurisce nella mancanza di dati; anche quando i dati sulle donne sono raccolti e sono disponibili, non sempre promuovono valutazioni adeguate. Il senso di tutto ciò sembra riferirsi alla percezione del fenomeno patologico nelle donne che, associato alla eziopatogenesi di tipo prevalentemente biologico, viene considerato un evento naturale e perciò poco modificabile e poco rispondente ai presidi della prevenzione primaria. La disparità di trattamento si individua allora nel pregiudizio scientifico che attribuisce alla donna una prevalenza di fattori eziologici e di rischio di tipo biologico-ormonale e all'uomo una prevalenza di fattori eziologici e di rischio di tipo ambientale, sociale e lavorativo.

### Il genere e la psichiatria

*I pregiudizi di genere nel campo specifico della salute mentale*

Le statistiche internazionali mostrano che le patologie psichiche (depressione maggiore, disturbi d'ansia, disturbi alimentari) sono prevalenti ed in crescita tra le donne all'interno della popolazione generale. Le statistiche nazionali (Istituto Superiore della Sanità) confermano questa tendenza. La depressione, in particolare, costituisce la principale causa di disabilità tra le donne di età compresa tra i 15 ed i 44 anni. I disturbi depressivi costituiscono il 41,9% della disabilità da disturbi neuropsichiatrici tra le donne ed il 29,3% tra gli uomini. I disturbi depressivi sono due volte più frequenti tra le donne. Le diagnosi di disturbo di panico che le donne ricevono sono tre o quattro volte superiori a quelle ricevute dai maschi. La depressione nelle donne è in crescita a partire dalla prima adolescenza. Nell'adoles-

scenza i disturbi di depressione ed ansia sono maggiori nelle ragazze rispetto ai ragazzi; le ragazze soffrono inoltre al 95%, rispetto al 5%, di ragazzi di disturbi alimentari (anoressia e bulimia). I principali problemi di salute mentale nella vecchiaia sono: la depressione, le sindromi organiche e le demenze; in maggioranza questi disturbi colpiscono le donne. Dal complesso delle ricerche su eziologia e fattori di rischio emergono come più deboli, o scarsamente suffragate da dati significativi, le ipotesi genetiche, ormonali e psico-costituzionali (struttura di personalità); proprio quelle ipotesi che nel mondo medico sembrano trovare più credito. Al contrario, dati più significativi emergono dalla ricerca sui fattori di ruolo sociale, sui fattori psico-sociali ed attitudinali-educazionali. Gli studi più accreditati sviluppano un identikit della donna candidata alla depressione, che affonda le sue radici in un contesto di "normalità". Non vi sono infatti tipologie di donne più a rischio, se per tipologie intendiamo caratteri di personalità, o ci riferiamo a tipologie sociali ed economiche specifiche. In ogni tipo di ricerca su popolazione risulta che la depressione femminile è trasversale ai vari gruppi sociali con diversi livelli economici e culturali. Si ammala cioè sia la donna casalinga sia quella non casalinga; la donna istruita o quella meno istruita, la donna di razza bianca quanto quella di razza nera, la donna della città come quella che vive in piccoli centri. Inoltre, la depressione non è una patologia delle donne anziane o delle donne in menopausa, come ancora si sostiene: la donna tipicamente "depressa" è una donna di età giovanile, adolescente/postadolescente o madre con figli piccoli nel pieno del suo ruolo biologico o professionale. Per converso, la trasversalità e la normalità della depressione nella vita della donna hanno avvalorato i pregiudizi della costituzionalità di certi eventi patologici. Si tende quindi a credere che la vulnerabilità femminile alla depressione sia dovuta ad una supposta "debolezza" o "fragilità" del sesso femminile rispetto a quello maschile. Di seguito riportiamo i principali pregiudizi che toccano tutte le fasi della vita della donna.

- Il pregiudizio nell'adolescenza: la tempesta ormonale all'arrivo del menarca e la variabilità del ciclo mestruale, i disturbi correlati (nervosismo, cambiamenti del tono dell'umore) sono fattore di rischio per la maggiore morbilità psichica delle ragazze rispetto ai coetanei maschi;
- il pregiudizio della maternità: la gravidanza, il parto ed il puerperio con le loro ingombranti e concentrate variazioni ormonali sono fattori di rischio specifici per l'incidenza delle depressioni sulla popolazione femminile in età fertile;
- il pregiudizio della menopausa: l'interruzione del ciclo con le sue variazioni ormonali ed i fenomeni del climaterio è fattore di rischio per la depressione ma anche per altre patologie ad alto tasso di incidenza sulla popolazione femminile (cardiovascolari, ossee, uro-genitali, ecc.);
- contro questi pregiudizi che inficiano la pratica medico-psichiatrica deve essere considerato con più attenzione, e assunto come nuovo punto di vista tecnico-scientifico, quanto affermato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità:
  - † depressione, ansia, sintomi psico-somatici sono correlate in modo significativo alla interconnessione di fattori di rischio quali: i ruoli sessuali con le differenze di genere, gli eventi stressanti, le esperienze di vita negative;
  - † gli specifici fattori di rischio per le comuni patologie psichiche che affliggono in misura maggiore le donne includono: la violenza sessuale, lo svantaggio socio-economico, il minore o ineguale sviluppo, il livello basso socio-economico e l'incessante

lavoro di cura per gli altri;

† le depressioni create dai multipli ruoli che gravano sulle donne, la discriminazione di genere, i fattori associati di: sovraccarico, povertà, disoccupazione, violenza domestica e violenza sessuale, sono responsabili dello scarso livello di salute mentale nelle donne;

† vi è una positiva correlazione tra la frequenza e severità dei fattori sociali e la frequenza e la severità di problemi mentali nelle donne. Severi eventi di vita che causano un senso di perdita, inferiorità, umiliazione o oppressione possono essere fattori predittivi della depressione.

(Source: [http://www.who.int/mental\\_health/prevention/genderwomen/en/](http://www.who.int/mental_health/prevention/genderwomen/en/))

Ne consegue che il terreno comune della depressione nella donna è il fatto che in concomitanza con le tappe del ciclo biologico, e cioè dall'adolescenza alla maternità ed oltre, ogni donna è oggetto di specifiche richieste e pressioni da parte della società, individuabili da un lato in maggiore lavoro e maggiori responsabilità degli uomini; dall'altro in minori risorse economiche, minore libertà di autodeterminazione, minori riconoscimenti e stima sociale.

### La mancata individuazione dei concreti fattori di rischio nel campo della salute mentale delle donne

La permanenza di pregiudizi circa la vulnerabilità costituzionale o psichica delle donne alla depressione, o al disturbo psichico in genere, allontana le donne da interventi terapeutici mirati e soprattutto dalla prevenzione. Non a caso l'OMS ha lanciato l'allarme sul fatto che nel 2020 la depressione si incrementerà notevolmente. Alla luce delle valutazioni sulla epidemiologia della depressione e riuscendo a superare le interpretazioni eziologiche pregiudiziali, si individuano alcuni fattori di rischio che dovrebbero essere inseriti in piani mirati di intervento:

1. lo stress da doppio carico di lavoro che oggi grava ancora principalmente sulle donne;
2. l'educazione al ruolo materno come supportivo dei bisogni altrui e riduttivo della sfera dei diritti personali;
3. la violenza familiare, ovvero l'Intimate Partner Violence che l'OMS individua come fattore altamente responsabile delle cattive condizioni di salute delle donne;
4. la svalutazione sociale della donna presente in tutti i circuiti della vita pubblica e privata.

Valutiamo questi rischi nelle varie tappe di vita della donna.

#### ↳ Le adolescenti

Il primo fattore di rischio nell'adolescenza è la funzione di supporto nei confronti dei genitori (sovraccarico familiare):

† mediare,

† proteggere il genitore più debole,

† interpersi fisicamente (nel caso di violenza).

Tutto ciò significa invertire i ruoli genitori-figli: ovvero l'adolescente fa da madre ai propri genitori, e facendo così svolgere in apprendistato la funzione materna sostitutiva, impa-

rando, prima del tempo della maternità reale, le regole dell'attività di cura.

Dal sovraccarico familiare deriva la riduzione di tempi e spazi dedicati al gruppo dei pari, alla riflessione autocentrata, alla competenza nell'individuare capacità, interessi e desideri personali, che costituiscono l'ossatura della cura di sé.

Le esigenze di supporto della famiglia caricate sulle spalle dell'adolescente costituiscono un peso improprio e ostacolano l'apprendimento della competenza alla cura di sé; possono essere considerate a buon diritto il primo fattore di rischio/vulnerabilità per i disturbi psichici

➤ Le post-adolescenti

Hanno svolto una funzione di supporto nell'età adolescenziale ed hanno acquisito minori competenze per sviluppare l'autonomia personale e la cura di sé. Hanno ricevuto in anticipo l'esperienza della soma, ovvero del carico familiare, e sono più allenate di altre a sopportarlo in futuro.

Non hanno competenza nelle relazioni amicali, spesso si sono rifugiate in un rapporto di coppia precoce. Hanno sognato la coppia diversa da quella dei genitori, ma non hanno avuto strumenti appropriati per costruirla. L'unico strumento che hanno imparato a maneggiare è la disponibilità verso i bisogni dell'altro.

Queste post-adolescenti, anche se hanno camminato da sole e si sono separate dalla famiglia con un progetto di studio-lavoro, restano vulnerabili nella relazione di coppia.

I fattori di rischio nella relazione di coppia, per le post-adolescenti ma anche per le donne adulte sono:

- l'isolamento nella coppia;
- la mancanza di supporti amicali esterni;
- il discredito, l'ipercriticismo e il maltrattamento del partner;
- l'accantonamento/rinuncia a progetti e spazi personali;
- la sopravvalutazione del partner relativamente ai propri bisogni di gratificazione e realizzazione personale

➤ Le donne coniugate con figli piccoli

Subiscono le maggiori pressioni: il lavoro di cura stravolge i ritmi di vita della donna, soprattutto nella prima fase della nascita del piccolo. Con la nascita di un figlio il lavoro della donna aumenta in termini quantitativi ma non solo. Il lavoro di cura degli altri, di cui quello verso un figlio è il prototipo, ha caratteristiche che non sono rintracciabili in nessun altro tipo di lavoro. È un lavoro che potrebbe essere definito "impossibile", perché non è limitato nel tempo, non ha pause, né interruzioni, è incessante, pone problemi di responsabilità illimitata, ed in qualsiasi momento e per un qualsiasi motivo la donna potrà essere chiamata a rispondere degli accadimenti che implicano la salute ed i comportamenti del figlio.

Guardiamo ad esempio ai tanti trattati di psicologia che vedono nel rapporto madre-figlio la base di ogni problema attuale e futuro del bambino. Tutto ciò si riverbera sulla madre caricandola impropriamente di responsabilità e sensi di colpa.

Inoltre, il lavoro di cura stravolge i ritmi di vita della donna, soprattutto nella pri-

ma fase della nascita del piccolo e può avere dunque un impatto molto forte sul suo equilibrio psico-fisico, se essa non è correttamente preparata e se non è supportata adeguatamente.

L'evento-nascita infatti irrompe nella vita della donna con due tipi di cambiamento:

- a. un cambiamento oggettivo della vita quotidiana caratterizzato da un aumento improvviso ed elevato di compiti e di responsabilità, non confrontabili con esperienze precedenti; una condizione che tipicamente si configura come sovraccaricante e quindi stressante;
- b. una modifica soggettiva dei processi cognitivi ed emozionali che riguardano la percezione del Sé (tutto ciò che riguarda me stessa delimitato rispetto a ciò che è esterno ed altro da me). Il riferimento valutativo del Sé subisce un "ampliamento" incorporando anche la valutazione dell'altro come parte del Sé. Da ora in poi la relazione con il proprio Sé nella donna sarà mediata fortemente e prepotentemente dalla relazione con l'altro, ovvero dai bisogni dell'altro, che saranno tendenzialmente messi al primo posto o vissuti come quelli da "mettere al primo posto". In crisi sarà il rapporto con il proprio sistema di bisogni, e le proprie sicurezze potranno essere intaccate.

Ambedue questi effetti, che costituiscono cambiamenti altamente stressanti, nella vita delle donne, sono implicati nel rischio di depressione e vanno quindi posti sotto controllo; in particolare, incidono sulla riduzione della cura di sé e spostano pesantemente il baricentro dell'interesse personale verso quello altrui. La donna, sia nella maternità concretamente realizzata che nell'apprendimento dei compiti di ruolo legati al suo genere, incorpora l'idea della rinunciabilità delle proprie esigenze e desideri personali nei confronti di desideri e bisogni di altri: dai figli, ai partners, ai fratelli, ai genitori, ecc.

Un rischio per la salute della donna è:  
la rinuncia alla cura di sé

- fare per altri come fare per sé: sovrapporre e fondere gli interessi degli altri con i propri.
- attendere il giudizio degli altri per valutare il proprio operato: solo gli altri sono giudici del mio comportamento, che deve essere principalmente rivolto alla soddisfazione dei loro bisogni.
- non riconoscere stanchezza e noia, essere sempre pronta a farsi carico di tutto.
- restringere i propri spazi, silenziare i propri bisogni, per non essere intralciata nell'ascolto e nell'attenzione ai bisogni altrui.
- sviluppare atteggiamenti e comportamenti confacenti alla cura degli altri ma negativi per la cura della propria salute, ovvero:
  - accogliere, attendere, essere passiva, tollerare la violenza, controllare le reazioni aggressive, comprimere gli atteggiamenti di rabbia e di diniego, rimuovere e negare i sentimenti ostili ed i desideri di fuga, rimuovere l'interesse ed il piacere personale.
  - attendere alla cura degli altri ha come correlato la tolleranza verso la violenza dei "curati". E la violenza tollerata è essa stessa un altro potente fattore di depressione.

In sintesi ecco tutti i fattori di rischio per la depressione implicati nella vita della donna sono:

- lo stress ed il sovraccarico; che le ricerche sulla depressione generalmente hanno individuato nella condizione di donna coniugata con figli piccoli;
- l'isolamento sociale, che le ricerche hanno generalmente individuato nella mancanza di relazioni di confidenza e di supporto;
- l'elevata frequenza di relazioni maltrattanti in famiglia, al lavoro e nel sociale, (violenza di genere familiare, sociale) che le ricerche hanno individuato nella sottovalutazione del ruolo femminile nella società;
- la bassa auto-stima rappresentata nella scarsità di riconoscimenti che le donne ricevono sia nel sociale che nella famiglia;

Il break-down depressivo, a partire da questi fattori di rischio, si caratterizza quindi per:

- un sovraccarico di lavoro e responsabilità (materiali, affettive/relazionali, sociali),
- la rinuncia alla cura di sé e l'estensione illimitata della cura degli altri,
- la riduzione degli spazi ed interessi personali,
- la riduzione di relazioni fiduciarie e di referenti esterni alla vita familiare (amici, gruppi, colleghi, ecc.),
- la caduta di progetti ed aspettative personali,
- la caduta della stima personale.

### Dai fattori di rischio alla prevenzione mirata

Una volta riconosciuti questi specifici fattori di rischio si apre il discorso della prevenzione, ovvero di un'attività informativa e formativa mirata alle donne ed all'analisi della loro vita quotidiana. Nella pratica clinica questa attività deve essere assunta dagli operatori sanitari, che devono quindi:

- informare la donna dei rischi depressivi contenuti nelle attività quotidiane e nelle relazioni familiari ed extrafamiliari;
- considerare nella depressione le eziologie più frequenti: il sovraccarico da cure materne e la violenza in famiglia;
- inserire nelle prassi di valutazione della patologia depressiva domande semplici che si riferiscano ai fattori di rischio principali: sovraccarico di cure, solitudine, violenza, maltrattamento;
- sviluppare pratiche diagnostiche in grado di cogliere queste eziologie legate alla vita quotidiana;
- sviluppare interventi di alleggerimento dello stress e di contrasto della violenza.

Ogni tappa ha poi delle sue specificità che devono essere oggetto di attenzione.

Nell'adolescenza la prevenzione avrà di mira l'informazione ai genitori sulla necessità di una separazione degli interessi e degli spazi adolescenziali da quelli genitoriali, evitando confusioni di ruoli e responsabilità.

Nella post-adolescenza e nel rapporto di coppia dovrà essere focalizzata la relazione con il partner, mettendo in luce una serie di comportamenti da evitare o da assumere:

- non sovraccaricarsi dei problemi dell'altro, non farli diventare i propri;
- mantenere una giusta differenziazione tra le proprie aree di interesse e quelle dell'altro;

- conservare la propria area sociale ed amicale;
- mantenere il proprio progetto di vita centrato sulla realizzazione personale oltre che su quella di coppia;
- mantenere le proprie idee su di sé: ovvero non cercare di aderire alle aspettative dell'altro, che possono farci uscire dai “nostri giusti panni e modi di essere”.
- non considerarsi capaci di tutto, non tollerare tutto; per converso, praticare la debolezza come strumento per mettere dei limiti alla “onnipotenza” della cura degli altri.

Nella maternità andrà focalizzato il rapporto totalizzante madre-figlio, individuando i comportamenti disfunzionali e quelli protettivi rispetto al rischio depressione:

- la maternità non sia assunta come esclusivo onere personale; le donne siano informate delle aspettative irrealistiche sulla maternità, di come non sia assolutamente consigliabile, anche se si sentono forti e capaci, affrontare da sole un così grosso carico di lavoro e responsabilità;
- il lavoro materno abbia limiti precisi di tempo e di spazio; in particolare, non modifichi radicalmente stili di vita precedenti. La donna deve poter essere indirizzata a mantenere la centralità sul proprio Sè, visualizzando i suoi bisogni e le sue necessità di donna, al di là dell'essere madre, riconfermando una scelta di vita precedente, soprattutto se da lei considerata soddisfacente (il lavoro esterno ad esempio), e ridimensionando le sue aspettative su come deve essere una “madre perfetta”;
- la donna mantenga i suoi interessi e spazi personali, al di là di quelli dedicati alla cura; per converso il rapporto con i figli e gli altri componenti della famiglia sia improntato all'assunzione della cura di sé (sviluppo delle autonomie) da parte di ciascun membro;
- si garantisca un supporto alla donna madre. Per quanto riguarda l'aspetto del carico di compiti e responsabilità, la donna deve necessariamente essere coadiuvata. Il primo supporto che dovrebbe esserle fornito è quello del partner: è necessario che il partner condivida le responsabilità della cura, in modo che la donna non si senta l'unica responsabile o colpevole, nel caso che qualcosa non vada per il verso giusto. I comportamenti di un partner non supportivo, che non condivide in alcun modo le responsabilità della cura, e che oltre a considerarsi “senza responsabilità alcuna”, giudica la sua donna inadeguata alle nuove responsabilità criticandola, possono indurre nella donna insicurezza, disistima personale e sensi di colpa, ed aprire la strada alla depressione;
- oltre il partner, soprattutto se questi non è disponibile o è assente, si garantisca alla donna il supporto di altre figure familiari o di altre figure esterne alla famiglia.

## 2.4 Il Ruolo della Formazione per gli Operatori dei Servizi nel Settore del Disagio Femminile

*di Daniela di Renzo  
psicologa*

Se riflettiamo sull'evoluzione che ha segnato in diverse fasi il conflitto fra la ri-scoperta della soggettività femminile da una parte, e la necessità di imporsi attraverso dinamiche e

comportamenti competitivi fra i sessi dall'altra, si pone il bisogno di ri-definire sia sul piano socio-culturale e politico, sia sul piano psicologico, la trasversalità di interventi formativi finalizzati alla valorizzazione della relazione paritaria fra maschile e femminile, in cui sono le individualità ad essere protagoniste del cambiamento.

La formazione di genere si orienta sugli specifici bisogni del maschile e del femminile; mira a sostenere le donne e gli uomini nella comprensione delle strette connessioni tra gli imperativi della socializzazione di genere e i comportamenti problematici.

Affrontare oggi il tema della formazione di genere, vuol dire prendere in considerazione tre aspetti distinti della cultura di genere:

1. la formazione trasversale che prevede l'inserimento del sapere di genere in tutti gli ambiti formativi intrapresi dall'operatore;
2. una formazione specifica rivolta all'operatore che lavora nell'ambito dei servizi specialistici per donne in difficoltà;
3. la formazione finalizzata all'inserimento lavorativo e alla professionalizzazione delle donne

Nel primo caso, possiamo riferirci a tutti quegli ambiti finalizzati alla formazione di figure professionali che operano all'interno dei servizi supportivi e dove il lavoro è rivolto a donne e uomini in condizioni di disagio.

Si può parlare di trasversalità quando è prevista l'integrazione di moduli formativi che tengano conto delle differenze di genere. Concretamente, se la conoscenza dell'operatore in formazione è diretta, oltre che a generici strumenti e alle metodologie finalizzati al superamento delle difficoltà contingenti o strutturali, alla conoscenza e alla valorizzazione delle differenze di genere, il percorso evolutivo dell'utente si sostanzia delle risorse specifiche che caratterizzano un genere rispetto all'altro, potendo entrambi beneficiare sia delle proprie che delle altrui potenzialità.

Dare spessore e realizzabilità a tale finalità, vuol dire per l'operatore avere chiaro che parlare di differenza fra gli esseri umani significa consapevolizzare l'assunto che la prima scoperta della diversità che il bambino o la bambina affronta è proprio quella della differenza di genere, e attraverso la conoscenza di tale diversità diventa possibile riconoscere la complessità della propria e altrui identità.

L'operatore, dunque, affronta nel percorso formativo, un nuovo modo di leggere il disagio, integrando e arricchendo i suoi strumenti operativi, finalizzando gli obiettivi del cambiamento verso percorsi specifici, in cui l'utente può più facilmente riconoscersi, agevolando in tal modo in esso la costruzione di un'identità ben definita.

Per concretizzare tale obiettivo una formazione qualificata DEVE prevedere un serio lavoro di presa di coscienza dell'operatore sulle tematiche di genere, sui propri blocchi, sulle proprie difficoltà o sulle proprie resistenze ad affrontarli.

Riconoscere il bisogno e la specificità dell'altro è possibile solo se si è capaci di riconoscersi nell'altro, di empatizzare attraverso un gioco di similitudini e differenze, vissute come ricchezza.

Il secondo ambito, quello della formazione specifica, comprende sia il lavoro con i gruppi di donne, sia il rapporto uno a uno, dunque la relazione tra la donna e il o la professionista.

Nel primo caso la formazione può riguardare gruppi di evoluzione e crescita personale,

gruppi di riflessione, di confronto, di mutuo-aiuto, che derivano prevalentemente dalla tradizionale pratica femminista del partire da sé. In tali gruppi una donna cerca la risonanza di sé nell'autenticità di un'altra donna, perché capisce che il suo unico modo di ri-trovare se stessa è nella similitudine con l'altra; si tratta di un processo di auto-consapevolezza di sé.

La gestione di un gruppo da parte di uno psicologo, un *counselor*, o un operatore sociale formato in questa direzione, presuppone una conoscenza di tutte quelle variabili che caratterizzano la costruzione dell'identità femminile: la sessualità, lo sviluppo psico-corporeo, la difficoltà di espressione di sé, il senso di vuoto e il bisogno dell'accettazione dell'altro per riconoscersi come soggetto di valore - che spesso corrisponde alla dipendenza dall'uomo -, la consapevolezza di essere un sesso diverso non subordinato, né assimilabile al maschile, ma anche della difficoltà dei rapporti con le altre donne, soprattutto nella relazione con la madre.

Mi soffermo sulla tematica della dipendenza affettiva perché rappresenta oggi un problema molto diffuso fra le donne.

Il sentito pericolo della fusione, della dipendenza, del riconoscersi come soggetto di valore solo attraverso l'accettazione dell'altro, ostacola l'incontro o ne determina una qualità fondata sulla distanza e su una diversa attribuzione di valore del soggetto considerato socialmente più o meno forte, e impedisce di accogliere l'altro in uno spazio vitale pieno. L'incontro fra l'identità maschile e femminile diviene invece un'opportunità migliorativa se posto come autentico, dove l'autenticità corrisponde al rispetto e alla valorizzazione delle differenze.

In questo senso l'emancipazione femminile deve accompagnarsi a un'evoluzione individuale, e questo diviene realizzabile attraverso il supporto dell'operatore, che interviene sia sugli aspetti storico-sociali del cambiamento dei ruoli di genere, sia sulla consapevolezza del presente, del "qui e ora", della valorizzazione dell'attimo vissuto pienamente come concretizzazione di un sentire che riconosce il bisogno e il desiderio autentico della donna.

La conoscenza di questi aspetti è essenziale anche nella seconda ipotesi di formazione specialistica con le donne, il rapporto uno a uno. Mi soffermerò sul lavoro terapeutico, ma voglio sottolineare l'importanza di altre figure professionali che operano con il disagio femminile e che necessitano alla stessa stregua di una formazione di genere: mi riferisco alla figura del medico, dell'avvocato, del mediatore familiare o di altre figure che affrontano più o meno direttamente il disagio delle donne.

Nel lavoro terapeutico un primo approccio di genere, dopo aver costruito una buona alleanza terapeutica, è il riconoscimento e la legittimazione della storia intergenerazionale della donna, con tutte le eredità acquisite e trasmesse nelle relazioni personali.

Oliver Sacks ha scritto "Ognuno di noi ha una storia del proprio vissuto, un racconto interiore, la cui continuità, il cui senso è la nostra vita. Si potrebbe dire che ognuno di noi costruisce e vive un racconto, e che questo racconto è noi stessi, la nostra identità".

Qui è il vissuto legato alla storia di dare un senso alla propria identità, non alla storia in sé.

Uno strumento molto efficace che permette un processo immediato di presa di coscienza delle peculiarità dell'identità femminile, e di come esse influenzano la storia personale, è il genogramma di genere.

Il genogramma è uno strumento utilizzato prevalentemente nella terapia sistemico-relazionale, che determina non solo il rapporto fra gli individui che costituiscono la famiglia,

ma il ruolo che essi rivestono all'interno di un sistema sociale in cui la famiglia è inserita. L'assunzione di un ruolo denota il grado di integrazione nella società e i singoli modelli assunti definiscono comportamenti auspicabili, permessi o proibiti, riguardanti la persona che li assume. E' chiaro, dunque, come un'analisi genealogica di tali aspetti investa la persona in interrogativi riguardanti il grado di accettazione di Sé e della sua storia personale.

In questa ottica il ruolo di genere si definisce come uno specchio in cui vedere il proprio dovere essere. Lo specchio di una donna è spesso la catena intergenerazionale trasmessa di madre in figlia e l'essere come la madre, o come le madri che hanno determinato un albero genealogico, è spesso accompagnato a un'assenza di motivazioni, a un implicito e inspiegato imperativo.

Il potere della narrazione, e con essa l'antropologia e la storia delle donne, permette di avvicinarci a ciò che è specifico del discorso psichico e dell'incontro tra le identità.

Il genogramma per la donna rappresenta una possibilità di consapevolizzare i confini reali tra le storie generazionali e di tracciare i confini ideali con le figure parentali femminili, per poter poi trovare un'identità personale scelta liberamente e soprattutto una pacificazione con ciò che la donna ha ereditato. Nel genogramma è possibile individuare quanto i comportamenti delle persone siano direttamente in relazione con il contesto culturale e con gli eventi storici che quelle persone hanno vissuto.

Il genogramma di genere apre la possibilità di dialogo con le figure femminili del proprio albero di vita e non il conflitto con esse; è un raccontarsi e narrarsi, osservandosi da fuori e da dentro. Il bisogno narrativo delle donne, la necessità di raccontarsi è spesso associato al bisogno di vedere nell'ascolto dell'altro un riflesso della propria storia, una legittimazione a esistere attraverso gli occhi di chi si ha di fronte. Potendo vivere questo scambio con il supporto di un operatore, la donna sperimenta l'accettazione attraverso un gioco dello specchio che esula dalle dinamiche affettive e dall'invischiamento che può sentire con il partner o con la madre o con le altre figure significative della sua vita, pur costruendo una relazione significativa con l'operatore o l'operatrice che offre accettazione incondizionata e professionalità.

Perché si possa verificare tale processo, la formazione dell'operatore deve necessariamente passare attraverso un lavoro auto-esplorativo della sua condizione, delle sue specificità di genere. Questo corrisponde a una crescita della consapevolezza dell'essere donna o uomo in una società che pone ancora delle rigide categorizzazioni di genere.

Nell'operatività di un intervento teso a prevenire il disagio femminile e promuovere il benessere, l'ascolto dell'operatore corrisponde alla capacità di accogliere la narrazione della storia della donna considerando sia l'aspetto culturale della storia delle donne, sia le caratteristiche della genealogia femminile trasmesse alla singola donna, con l'intento concreto di individuare consapevolmente i bisogni e i desideri che quella donna vuole esprimere.

L'intervento/formazione di genere, dunque, integra la conoscenza e la capacità dell'operatore, di leggere la storia del genere, della genealogia femminile e quella personale della donna.

Il terzo ambito, quello della formazione finalizzata all'inserimento delle donne nel mercato del lavoro, si struttura a partire dalle politiche europee di promozione delle Pari Opportunità.

Entriamo nello specifico del tema e riportiamo la definizione di genere del Glossario ISFOL sulle Pari Opportunità:

“Il genere si riferisce ai ruoli costituiti socialmente ascrivibili ai maschi e alle femmine,

appresi, si modificano nel tempo e nelle culture. Le questioni di genere sono connesse a ciò che uomini e donne fanno e con il modo in cui i ruoli socialmente definiti li avvantaggiano o li danneggiano.”

La formazione in un'ottica di genere, finalizzata alla professionalizzazione delle donne, è finalizzata al miglioramento della qualità lavorativa, perché tende a valorizzare le differenze e a recuperare le competenze prettamente femminili, integrandole con modalità lavorative tipicamente maschili che hanno dominato storicamente gli ambiti professionali.

Attraverso l'osservazione dei processi di femminilizzazione degli ambiti lavorativi si è potuto osservare un radicale miglioramento della qualità dei rapporti professionali, negli ambiti in cui è stato possibile attuare politiche di pari opportunità, cioè dove le competenze femminili hanno avuto uno spazio reale e concreto di espressione.

L'investimento economico e le politiche dell'Unione Europea in questa direzione hanno permesso la creazione di numerosi percorsi formativi finalizzati ad osservare, analizzare ed intervenire sugli elementi sottili e apparentemente in-visibili che facilitano o impediscono alle soggettività femminili di esprimere le proprie risorse, competenze e professionalità.

La codificazione del come vengono percepiti tali meccanismi presuppone la conoscenza dei processi, delle fasi e degli effetti che contribuiscono a facilitare o ostacolare l'inserimento o la crescita professionale delle donne.

E a questo riguardo assumono oggi un ruolo importante le politiche di mainstreaming di genere.

I numerosi Master universitari o i percorsi formativi promossi dal Fondo Sociale Europeo sulle culture femminili e sulle pari opportunità denotano un interesse reale all'integrazione delle competenze femminili nei settori professionali.

Nello specifico, una definizione riconosciuta di mainstreaming di genere è la seguente: “Collocazione centrale dal punto di vista della differenza di genere nell'ambito di un'azione di governo. Integrazione sistematica di esigenze femminili e maschili nelle diverse situazioni per ottenere la piena uguaglianza, tenendo conto del diverso impatto ed approccio che donne e uomini hanno nell'ambiente lavorativo.”

Nell'ultimo decennio anche in Italia si è consolidata la consapevolezza che i saperi e le competenze che le donne sono in grado di portare nei diversi ambiti professionali giovano allo sviluppo della società e dell'economia. E la risposta è stata una diffusa introduzione di politiche di promozione delle pari opportunità attraverso il sostegno di interventi, progetti e azioni positive da parte dell'Unione Europea prima, e degli Enti locali successivamente.

Quando si parla di azioni positive, ci si riferisce alle misure studiate per gruppi specifici, mirate e finalizzate ad eliminare o prevenire ogni discriminazione o a compensare gli svantaggi derivanti da atteggiamenti, comportamenti e strutture esistenti.

A livello europeo, infatti, l'attuale periodo legislativo e normativo coincide con l'introduzione di un nuovo metodo di lavoro fra gli Stati, di tipo flessibile e differenziato. Questa dovrebbe essere l'alternativa a un metodo basato sull'adozione di standard minimi uniformi e uniformanti e su norme vincolanti prive di potenzialità nel riconoscere le risorse differenti che provengono dai generi. E' un processo in cui modelli diversi e politiche nazionali si coordinano attraverso l'adozione di linee di orientamento comuni.

Analizzare la presenza di un'ottica di genere all'interno dei servizi nelle scelte strategiche delle organizzazioni in generale, è un primo passo per sensibilizzare le organizzazioni, avviando lo sviluppo di specifiche metodologie di analisi e valutazione dei percorsi forma-

tivi. L'intento è quello di incorporare la dimensione delle pari opportunità nel complesso delle azioni e delle politiche di intervento, nella formazione di operatori che si occupano di orientamento professionale delle donne, e di influenzare globalmente le strategie connesse alla crescita dell'occupazione femminile. Attorno alle azioni positive si è sviluppata una metodologia di intervento finalizzata al superamento degli ostacoli che le donne incontrano nell'inserimento professionale; in questo senso, la formazione prevede interventi che vanno nella direzione del rinforzamento dell'autostima, nel potenziamento dell'empowerment, nel bilancio delle competenze e di tutti quegli aspetti che permettono alla donna di recuperare la consapevolezza di "essere capace di". Ma se a livello quantitativo sono stati raggiunti molti risultati, a livello qualitativo la formazione degli operatori trova ancora molti ostacoli nell'affrontare quelle barriere in-visibili che ostacolano le donne nell'espressione delle competenze di genere. Le barriere in-visibili sono quelle costituite da quell'insieme di fattori culturali che segnano una estraneità fra valori ed esperienze di vita vissute diversamente a seconda del genere. Le barriere in-visibili subentrano in quegli ambiti sociali e lavorativi in cui le donne si sentono estranee perché costrette a rappresentare l'altro da sé, ovvero un modello sociale costruito ancora su comportamenti maschili, l'esaltazione degli attributi di forza, competizione e rivalità. Sono quegli atteggiamenti e mentalità tradizionali che frenano le donne nell'accessibilità alle risorse e allo sviluppo impedendone la piena partecipazione alla società. Per superare tali ostacoli, anche in questo ambito la formazione dell'operatore che orienta e accompagna la donna nell'inserimento lavorativo deve prevedere la conoscenza di aspetti sociali, culturali e personali che possono impedire un'autentica espressione di Sé.

Vorrei concludere evidenziando l'importanza della trasversalità della formazione di genere e centrare l'attenzione sugli aspetti complessivi che ogni percorso formativo deve integrare per intervenire in un'ottica globalistica nel benessere delle donne e dunque nel superamento del disagio tipicamente femminile. Aspetti essenziali che accompagnano un'evoluzione positiva dell'autodeterminazione delle donne sono:

- la prevenzione e la promozione;
- l'attenzione al contesto sociale;
- l'attenzione alle caratteristiche personali;
- la capacità di ascolto;
- l'empatia;
- l'individuazione e la valorizzazione delle risorse e delle differenze;
- il potenziamento dell'empowerment.

## 2.5 ESPRESSIONE DEL DISAGIO FEMMINILE NELLA MATERNITA'

**Progetto "Mamma, ti ascolto": sostegno psicologico alla madre nel post-parto. Ipotesi metodologia e pratica di un'azione preventiva**

*di Alessandra Verduci  
psicologa, psicoterapeuta*

La maternità rappresenta per la donna una fase evolutiva di profondo cambiamento. Con la nascita fisica del bambino, nella donna prende forma una nuova identità: il senso dell'es-

sere madre. La nascita, o la rinascita, del “senso dell'essere madre” emerge gradualmente ed è un'esperienza interiore intensa, per molti aspetti inaspettata ed ambivalente, come ambivalente è il manifestarsi dell'amore materno caratteristico di questa nuova identità.

E' una nascita d'identità graduale, che passa anche attraverso la sofferenza fisica e psicologica dovuta prevalentemente al passaggio a ruoli diversi, ad esempio dal ruolo di figlia a quello di madre, o nei confronti del bambino da un ruolo immaginario al bambino reale.

In questa fase, la mamma è investita da profonde ed importanti trasformazioni psicologiche che si riflettono sulla sfera intrapsichica, affettiva, relazionale, cognitiva e sociale.

Diventare madre significa doversi adattare a grandi cambiamenti dal punto di vista fisico, emotivo, sociale e personale: modifica in maniera permanente la vita di una donna.

Si tratta dunque di un cambiamento naturale ma delicato, che va accolto e valorizzato affinché diventi un'ulteriore tappa nello sviluppo della personalità “sana” della donna, del bambino e della coppia. Una trasformazione naturale che determinerà nella donna pensieri, paure, speranze, fantasie, che influenzerà emozioni e azioni. Può influenzare il senso di competenza materna, la relazione madre-bambino, l'atteggiamento verso l'allattamento.

E' un'esperienza spesso destinata a restare chiusa dentro la donna, sullo sfondo, perché si sviluppa in parallelo alla nascita fisica del bambino. Con la nascita del bambino l'interesse è prevalentemente rivolto al nuovo arrivato e tutte le attenzioni che prima, durante la gravidanza, erano dedicate alla mamma si rivolgono ora verso il bambino, lasciando spesso la mamma con un senso reale di mancanza.

Il cambiamento di prospettiva che si sposta dalla madre al figlio non è solo esterno, ma anche e soprattutto interno e profondo: avere un bambino significa perdere una parte di se stessi, dire addio alla propria infanzia, assumere una serie di comportamenti legati al nuovo ruolo e molte altre cose.

Dopo il parto spesso la donna si ritrova sola con sé stessa, perché privata di quelle attenzioni alla quale era abituata fino a poche ore prima, ad affrontare una serie di vissuti come il dolore fisico, la stanchezza, le paure, le speranze, le fantasie, emozioni contrastanti, il senso di insicurezza e la solitudine.

E' un'esperienza forte che in alcuni casi può essere destabilizzante e generare un disagio, una sofferenza che non trova le parole giuste, forse perché le parole non trovano l'ascolto giusto.

La letteratura ha scritto molto su questo disagio, definendolo e misurandolo; in genere le figure professionali che lavorano con il tema della gravidanza e della maternità sono sorprese dal fatto che un gran numero di donne abbiano delle difficoltà nell'adattarsi al nuovo ruolo e che si sentano insicure e a volte sopraffatte e disorientate dalle molte richieste e aspettative.

Se, da un punto di vista teorico e cognitivo, il disagio viene riconosciuto e trattato come tale, mi domando se da un punto di vista esperienziale alla donna, è riconosciuto lo spazio per esprimere questo disagio.

Ascoltare i racconti delle madri su come si sentono dopo il parto e sui possibili motivi per cui si sentono tristi può essere un intervento contro il disagio emotivo?

Per questo è nato il progetto-ricerca “Mamma, ti ascolto”: sostegno psicologico per le madri che vivono con disagio il periodo iniziale della maternità.

Il *counseling* psicologico, come intervento psicopedagogico atto a promuovere ed operare più sulla salute che sulla patologia, è un'ipotesi di intervento che si propone di presta-

re attenzione al mondo emotivo della madre, di stimolare l'autodeterminazione, di offrire orientamento e supporto alla donna nel divenire madre, favorendo l'incontro sereno con il proprio bambino. Dedicare tempo e sostegno alla scoperta della madre, al suo processo di separazione e di individuazione, significa accettare la madre così com'è, legittimarla nel suo stato conflittuale, valorizzare l'importanza della condivisione ed aiutarla quindi all'incontro con l'altro, primo fra tutti con il proprio bambino.

L'obiettivo generale della consulenza è far sì che la donna riesca a potenziare le proprie risorse e creare le condizioni relazionali ed ambientali che contribuiscano al suo benessere.

Mi piace ricordare che il *counseling* alla madre è un intervento pensato in sinergia con il sostegno fornito dal personale medico, ostetrico ed infermieristico al bambino e alla relazione madre-bambino.

### Modalità

Intervento ospedaliero in reparto.

L'intervento di sostegno psicologico è stato proposto nel reparto di maternità dell'Ospe-  
dale Careggi di Firenze a partire dal 1° febbraio 2004. Viene svolto in corsia, durante la fascia oraria meno frequentata ( dalle 14;00 alle 16;30), dal secondo giorno di ricovero della madre, e consiste in un primo colloquio di sostegno della durata di 40 minuti.

E' rivolto a quelle madri che, dietro indicazione del personale ostetrico-infermieristico, manifestano direttamente o indirettamente disagi emotivi e/o difficoltà nella relazione con il bambino. L'intervento viene proposto dalla seconda giornata di ricovero per poter sostenere e accompagnare la madre nel momento più delicato, che è quello della dimissione dalla struttura ospedaliera, quando la madre torna a casa e le possibilità di contatto e confronto con il mondo esterno diminuiscono.

L'idea è quella di creare un aggancio rappresentato da un'esperienza buona, piacevole, di attenzione e "di presa di cura": "parlarne con te di quello che sto provando mi ha fatto stare bene" racconta una mamma alla fine del primo incontro, alla quale la madre può successivamente tornare realmente o con il pensiero quando sente di provare un disagio e sente di aver bisogno di qualcosa per stare meglio.

### Finalità

Questo primo intervento in reparto deve essere considerato all'interno di un percorso integrato con la finalità di favorire un processo di benessere, crescita ed evoluzione personale dell'essere madre, finalizzato a:

1. promuovere la conoscenza di Sé "nell'essere madre";
2. aumentare l'autostima e rinforzare la fiducia della donna sulla propria competenza materna, sotto l'aspetto relazionale, affettivo e sociale;
3. acquisire consapevolezza delle proprie motivazioni e aspettative rispetto alla maternità.

### Obiettivi del sostegno psicologico in reparto:

1. instaurare un rapporto con la neo mamma;
2. favorire il processo di autoconsapevolezza;

3. fornire informazione sul passaggio alla maternità;
4. promuove l'affettività:

- sperimentare le emozioni;
- individuare ed esprimere agli altri i propri sentimenti;
- creare un'atmosfera e un messaggio di accettazione, comprensione e valorizzazione del disagio, in modo da sviluppare un atteggiamento di auto-accoglienza di pensieri, sentimenti e comportamenti anche negativi (“nella maternità si può anche soffrire”);

5. favorire il sentimento di *empowerment*:

- potere di fare, potere di essere e soprattutto potere di scegliere... per far sì che la donna riesca a potenziare le proprie risorse per star meglio.

### Metodologia dell'intervento

Il lavoro con le madri si basa su una metodologia interattiva integrata atta a fornire alla madre la possibilità di sperimentare le emozioni e a individuare ed esprimere agli altri i propri sentimenti, bisogni e desideri.

Usare le tecniche di ascolto attivo di Rogers crea un'atmosfera produttiva e facilita la relazione:

- riassumere quello che è stato detto;
- rielaborarlo;
- dare un nome ai sentimenti aiuta la madre a sentirsi compresa.

Ho visto che nell'incontro con la madre è molto importante per la relazione chiedere il nome del bambino e mostrare autentico interesse nei suoi confronti.

L'ascolto attivo viene utilizzato all'interno di un colloquio semistrutturato, centrato sulle seguenti aree:

- presentazione reciproca (compresa presentazione del bambino)
- esperienza gravidanza
- esperienza parto
- esperienze dei primi giorni di maternità
- indagini sulle aspettative
- responsabilità percepite e reali (allattamento)
- rete di sostegno
- informazioni teoriche sul passaggio alla maternità
- feedback sul colloquio

Il colloquio semistrutturato viene concepito come uno strumento estremamente flessibile, che assume la forma che meglio si adatta alla modalità espressiva della madre; alcune madri hanno parlato spontaneamente della tristezza che stanno provando e la struttura del colloquio ha seguito il bisogno della madre, ricordando sempre che è uno strumento per dar voce al disagio della donna.

## Campione

Il campione è costituito da 62 madri che hanno manifestato durante la degenza in reparto disagi emotivi (pianto, ansia, irritabilità, tristezza, aggressività) e/o difficoltà nella relazione con il bambino (allattamento al seno, risposta al pianto del bambino, cambio pannolino)

Le madri sono state indicate come segue:

- personale ostetrico- infermieristico (39 casi);
- volontariamente 6 casi ( “scusi posso parlare un po’ con lei?” , “Dato che è qui posso chiederle cosa devo fare per...?”);
- visione diretta in corsia ( 17 casi).

L’età media del campione è di 34 anni. Il 70% del campione di mamme è al primo parto, il 19% al secondo, il 7% al terzo parto ed un 4% ha avuto un parto gemellare.

## Aspetti emersi dai racconti delle mamme

Emozioni “scomode”

Tra le emozioni che procurano disagio raccontate spontaneamente dalle madri troviamo:

- sentimento di inutilità ed impotenza espresso dal 16% delle madri; la frase maggiormente ripetuta era “Mi sento impotente, non posso fare niente per...”.
- voglia di piangere, dichiarata dal 22% delle madri : “E’ da stamattina che ho voglia di piangere e mi trattengo, lo faccio per lui il mio bambino”.
- senso di colpa espresso dal 29%. E’ un senso di colpa che le mamme dicono di provare essenzialmente rispetto a due elementi:
  - † al modo in cui hanno vissuto la gravidanza (“la mia bambina non voleva nascere hanno dovuto fare un cesario e mi sento in colpa perchè penso che abbia sentito che non era desiderata”);
  - † la relazione con l’altro figlio (“mi dispiace, ho paura di fargli mancare qualcosa“, “Ho pianto quando l’ho sentito al telefono e mi ha chiesto se gli voglio bene”);
- ansia: il 45% delle mamme dichiara di provare ansia rispetto alla capacità di riuscire ad allattare al seno. Nutrire il proprio bambino è una delle prime responsabilità richieste alla madre.
- Irritabilità, sbalzi emotivi, aggressività espressi dal 5%: “Sono aggressiva con mio marito, mi irrita perché lo vedo che non sa cosa fare”.
- Preoccupazioni rispetto alla propria salute nel 5 %: “Se mi succede qualcosa come farà mia figlia?”.
- Difficoltà nel prendere decisioni, 3%: “Non so cosa fare: mi domando in continuazione farò bene, farò male?”.
- Senso di disperazione dichiarato da una mamma.
- Senso di isolamento: il 5% afferma di non sentirsi più al centro dell’attenzione e di soffrire per questo. Una mamma mi racconta: ”Da quando è nato il mio bambino sento che non c’è più interesse nei miei confronti e io mi domando ma se sono sempre la stessa persona cosa è cambiato?”.
- Tristezza espressa dal 19% delle mamme. A volte il parto richiama alla memoria per-

dite del passato, quattro su sei di queste mamme mi hanno parlato di lutti (non elaborati) relativi a gravidanze precedenti o legati alle figure genitoriali. Una madre mi racconta: “sono arrabbiata con mio padre (il padre è morto sei mesi prima) perché mi ha preso in giro, non ha voluto aspettare e vedere mio figlio ”caso concreto”.

- Disorientamento nel 5%. “E’ uno sconvolgimento della vita. Difficile da pianificare”.
- Paura nel 9%, relativa al nuovo ruolo; si domandano “ Saprò fare la mamma?”.
- Sfiducia il 16% dichiara di provare un senso di fallimento relativo al parto. Cinque mamme mi hanno parlato della grande delusione che provano rispetto al parto e a come è andato e che le fa sentire fallite: “Non sono stata brava”, “Non ho parlato del parto con nessuno, con Lei è la prima volta. Non parlo con le altre mamme e non chiedo perché non voglio che chiedano a me “, “ “Ha visto come è andata a finire, non ce l’ho fatta?”.
- Inadeguatezza: sei mamme mi hanno raccontato di sentirsi inadeguate: “Mi sento una stupida”, “Mi sento un mostro”.

### Feedback del colloquio

Una delle domande conclusive del colloquio è la seguente:

“Fino ad oggi avete mai parlato con qualcuno di come vi state sentendo?”

Il 52% delle mamme ha risposto: “No, sto parlando di queste cose con lei per la prima volta”;

il 25% sì con la madre;

il 14% sì con il marito;

il 9% sì con una amica.

### Conclusioni

Questo lavoro rappresenta un intervento in via di sperimentazione che permette di fotografare la maternità dalla prospettiva della mamma utilizzando il filtro emotivo.

In questa fase di “lavori in corso”, dove è previsto anche l’utilizzo dell’EDPS (Edinburgh Postnatal Depression Scale), questionario di autovalutazione per lo screening della depressione postnatale da somministrare entro i sei mesi dalla data del parto, non sarebbe corretto trarre delle conclusioni.

Invece promuovere delle riflessioni su un disagio femminile che viene percepito ma troppo spesso negato perché arriva quando tutti, compresa la madre, si aspettano felicità.

*“Da fuori guardando dentro vedi un sorriso, e tutto va bene  
Però se osservi un po’ più da vicino  
Scopri il dolore in cui vivo”*

## 2.6 Solidea: l'istituzione di genere femminile e solidarietà come risposta al disagio femminile

*di Maria Grazia Passuello  
Presidente Solidea*

Promuovere la nascita di un'istituzione di genere femminile e solidarietà vuol dire innanzitutto accogliere finalmente le raccomandazioni delle Nazioni Unite, dell'Unione Europea e dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, che con sempre maggiore insistenza indicano la strada di una forte attenzione a metodologie innovative rispetto ai temi:

- della violenza contro le donne;
- delle maternità difficili;
- delle difficoltà sociali che vivono in numero crescente;
- delle emarginazioni femminili che si manifestano in forme nuove e impreviste.

Le raccomandazioni degli organismi internazionali sono sempre più pressanti perché sempre più evidenti appaiono i costi sociali, in termini economici e di vite umane, che da questi disagi femminili scaturiscono (in Italia nel 2004 è morta per mano del partner o di un parente stretto una donna ogni tre giorni. Dato Eurispes).

“Solidea” credo sia la prima istituzione di genere che nasce negli Enti Locali in Italia. E' un po' il risultato della sinergia che le donne dei partiti di centrosinistra e della società civile hanno messo in atto a Roma quando, in occasione delle ultime elezioni provinciali, si è trattato di costruire il programma e inserirvi un autorevole punto di vista di genere che prevede un attivo contributo volto a contrastare il fenomeno del disagio femminile e della violenza sulle donne.

“Solidea” focalizza e affronta a distanza ravvicinata i problemi più gravi della condizione femminile; non più con l'ottica assistenziale, ma con uno sguardo attento all'innovazione e con la volontà di essere un raccordo attivo tra le donne della politica e le donne della società civile, tra la

Provincia di Roma e le sue cittadine.

“Solidea” opera su tre piani:

- interviene con forza a sostegno delle donne che vivono ogni tipo di gravi difficoltà, con l'obiettivo di ricostruire le loro identità lese dalla violenza e dai disagi e di restituirle alla società come cittadine consapevoli ed attive. Questa azione si esercita attraverso il Centro antiviolenza e i due Centri per donne in difficoltà;
- interviene sugli enormi costi sociali che il disagio femminile produce, con pratiche innovative volte a ridurre i margini di questi costi, che sempre più spesso comprendono la vita stessa delle donne;
- interviene per intessere rapporti tra donne di paesi e continenti diversi poiché, come dice l'avvocata iraniana Shirin Ebadi, premio nobel 2004 per i diritti umani, “le donne sono un solo popolo disseminato ovunque nel mondo e hanno problemi uguali che attraversano e travalicano religioni, costumi, culture.” E nel villaggio globale nessuno può più

pensare che sia sufficiente una stanza tutta per sé. Non a caso nei nostri Centri attualmente il 50% delle ospiti sono di altri paesi.

“Solidea” ha un programma ampio e ambizioso, ma è soprattutto un punto di riferimento capace di captare le istanze e i bisogni delle donne e di elaborarli e trasformarli in risposte adeguate. Questo significa instaurare un forte rapporto con le donne e i loro saperi, senza perdere di vista l'intervento sul campo. Non a caso dal 1° gennaio il Centro Antiviolenza e i due Centri per le donne in difficoltà passeranno dalla Provincia a “Solidea”. Questi Centri sono un importante capitale di partenza che ci consentirà di disegnare un programma autorevole e innovativo, che parte da alcuni punti fermi: NO all'assistenza, SI' ai Centri come laboratorio sociale. No all'indifferenza della burocrazia, SI ad un Osservatorio che monitorizzi i problemi, renda fluida l'entrata in rete della realtà delle donne, consenta interventi efficaci alle istituzioni e che sia luogo di ricerca in collegamento con le Università, gli Istituti scientifici, i luoghi della comunicazione e gli spazi delle donne. “Solidea” si può porre l'obiettivo di mettere in rete le istituzioni che a livello nazionale hanno contribuito a far nascere i centri antiviolenza e avere con loro momenti di confronto e di verifica sui bisogni delle donne che subiscono violenza e sulla necessità di allargare la risposta attraverso nuovi centri.

## 2.7 L'identità femminile e i disturbi alimentari

### Il passaggio dall'adesione al ruolo materno verso la competitività e il successo

*di Olimpia Armenante  
psicologa, psicoterapeuta*

La moda della magrezza che si è diffusa presso la società occidentale nell'ultimo secolo e la modificazione delle aspettative sociali verso le donne dell'ultimo ventennio hanno determinato un incremento esponenziale del numero dei casi di persone affette da disturbi alimentari, tanto da poter parlare di epidemia sociale. Negli ultimi dieci anni si è infatti registrato un incremento del 200% dei casi di anoressia e bulimia, molto più della depressione.

Tre milioni di italiani – il 90% donne, il 10% uomini – sono colpiti da disturbi alimentari, 55mila nuovi casi l'anno di anoressia e 70mila di bulimia, con esiti di mortalità intorno al 10-15%. In crescita il fenomeno tra i bambini e gli over quaranta.

La bulimia nervosa è la patologia alimentare più diffusa in Italia. A soffrirne è il 60% - soprattutto adolescenti – del totale delle persone colpite da disturbi alimentari, contro il 30% dell'anoressia nervosa e il 10% del disturbo dell'abbuffata compulsiva, che colpisce in genere tra i 25 e i 30 anni. Sono in aumento i casi di donne che accanto al disturbo alimentare presentano depressione e abuso di sostanze alcoliche e di farmaci. Inoltre, sembrano aumentare i casi di donne che alternano fasi in cui la sintomatologia caratteristica è quella di tipo bulimico, a fasi anoressiche. Utilizzando sintomi diversi, la donna “risponde” alle richieste culturali che si alternano nel corso della stessa epoca storica e nell'ambito di popolazioni e culture diverse.

I disturbi del comportamento alimentare sarebbero quindi apparsi massicciamente con la prima generazione di donne dalle quali si attendeva una vita diversa da quella delle proprie madri, socialmente più rapportabile a quella del padre. Il paradosso interessante che si sta

verificando è caratterizzato dal tentativo delle donne di cercare di prendere le forme del corpo maschile e di identificarsi con il modello maschile, mentre gli uomini contemporaneamente si stanno identificando con il “femminile” ed il “materno”.

In questi nostri tempi, la mascolinità sta estinguendo la femminilità: un errore fatale per qualunque donna, in quanto solo l'acquisizione dell'energia maschile positiva, orientata allo scopo e al raggiungimento dell'obiettivo permetterebbe alla donna di perseguire la propria individualità e, paradossalmente, diventando più forte diventerebbe meno rigida e quindi più flessibile. La donna riuscirebbe così a mantenere la perfetta tensione tra una posizione solida e la resa alle forze creative del femminile interiore. Il potere maschile penetrativo inseminerebbe e permetterebbe la liberazione della creatività del femminile.

Il problema dell'identità femminile alla base dei disturbi alimentari è influenzato quindi da un particolare ideale tipicamente maschile: la perfezione.

Successo, indipendenza, competitività e produttività sono diventate le richieste del nuovo millennio, richieste alle quali viene imposto alle donne di uniformarsi. Tutto questo mentre ancora il tradizionale o “vecchio” modello sociale-educativo cerca di persistere, in quanto oggi alle donne viene chiesto comunque di assumere un comportamento che scoraggia lo spirito di iniziativa e l'autonomia. Forte è ancora la pressione verso la femminilità tradizionale che enfatizza bellezza, compiacenza e passività.

Le donne sono quindi impegnate a raggiungere un nuovo equilibrio tra gli attuali ideali di successo e le aspettative legate al tradizionale ruolo di madre e di moglie. I rituali privati con il cibo diventano, allora, il contesto privilegiato di espressione di sentimenti e bisogni personali, legati agli aspetti più dolci e vulnerabili della propria femminilità. Il disturbo alimentare comincia con quello che sembra essere un problema di peso in eccesso o in difetto.

Ruoli femminili che si intrecciano, si alternano e si sovrappongono: figlia, donna, madre, donna che invecchia, un corpo che cambia e si adegua alle nuove fasi del ciclo di vita. Un corpo che fa i conti con la propria storia in divenire e che riflette la fatica di trasformarsi.

Il cibo rappresenta lo strumento che scandisce il movimento ciclico di un contenitore, il corpo, che può essere lasciato in uno stato di cronica denutrizione (anoressia) o che viene riempito all'eccesso per poi essere svuotato con foga (bulimia). Oggi queste patologie, che sembravano caratterizzare l'adolescenza come periodo critico per eccellenza, interessano altre fasi critiche della vita della donna: la gravidanza e la menopausa.

Dopo l'adolescenza, momento carico di profondi mutamenti, ricco di emozioni e di sfide, la patologia alimentare ricompare spesso durante la gravidanza. Il corpo che muta e l'acquisizione del nuovo ruolo sociale, attribuiscono un ruolo centrale alla corporeità, soprattutto in chi già vi combatte da diversi anni. Anche se la maternità è stata desiderata, voluta e cercata, i cambiamenti di un fisico tenuto sempre sotto controllo vengono accettati a fatica e la gravidanza viene vissuta con un controllo maniacale verso il cibo. Queste donne arriveranno ad investire tutte le proprie energie nella preoccupazione continua del mantenimento della propria immagine, piuttosto che riflettere sul significato profondo della propria trasformazione. In questo caso la donna “uccide” la madre, e il figlio portato nel grembo diventa il proprio rivale piuttosto che costituire il proprio completamento.

Le donne che attendono un figlio e che sono il frutto di una generazione costantemente ossessionata dalla preoccupazione per il cibo utilizzeranno l'equazione cibo/affetto nei momenti di disagio e di cambiamento ed è naturale quindi che affiorino disturbi del comportamento alimentare.

La gravidanza, essendo il momento culmine dell'espressione della femminilità di una donna, ripropone, con maggiore forza e consapevolezza rispetto all'adolescenza, un ulteriore confronto con l'immagine materna. Con la propria gravidanza la donna rivive la gestazione della propria madre e quella delle donne delle generazioni precedenti. La menopausa rappresenta invece il momento della verità, quando si definisce il punto di quello che si è e di quello che si è fatto. Mangiare a dismisura permette di sfruttare la funzione compensatoria del cibo e di utilizzare l'adipe in eccesso per nascondere una personalità che non vuole più mettersi in gioco. La scelta di non mangiare in questa fase ha comunque un significato analogo in quanto determina la cancellazione delle forme. In entrambi i casi si perde totalmente la morfologia femminile. Si decide insomma di non essere più donne e di non competere più con se stesse, con gli altri e con le aspettative sociali.

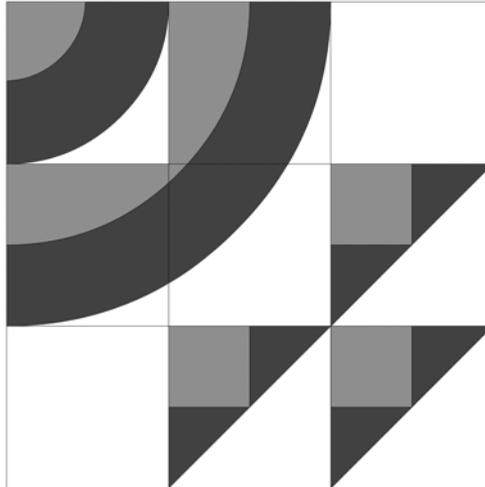
Intraprendere una dieta significa acquistare un senso di potenza e di indipendenza. Tali aspetti vengono sostenuti dalla cultura attuale dominante che accordando valore alle diete e alla magrezza, propone una risposta sociale positiva ad una soluzione del genere. L'essere magri è associato al potere maschile (razionale, perfezionistico, orientato allo scopo), l'essere grassi alla debolezza femminile (emotività e vulnerabilità).

Oggi l'ossessione per il cibo coinvolge quindi le donne di tutte le età e di tutte le estrazioni sociali. A 20, a 30, a 40, a 50 anni le donne tornano a scuola, si mettono in discussione, affrontano cambiamenti importanti di ruolo privato e professionale, si riappropriano dei loro desideri e cercano di soddisfarli aprendo attività, coinvolgendosi nel sociale. L'attivazione di questo processo produce cambiamenti significativi nel loro stile di vita e nel concetto di sé. Cambiano le loro relazioni familiari, affettive e sociali. Queste donne quando penseranno di aver raggiunto tutti i loro obiettivi, si nasconderanno dietro le loro vite riuscite: l'efficienza perfetta, un mondo perfetto, un corpo perfetto, relazioni perfette, finendo per essere invase dall'ideale della perfezione, tipicamente maschile. Per riempire il vuoto esistenziale che proprio il movimento verso la perfezione genera in loro, continuano ad esacerbare la lotta con se stesse e con il proprio corpo, utilizzando un cattivo rapporto con l'alimentazione per esprimere questa lotta interiore.

Una volta entrate nella spirale della perfezione, del pensiero tutto o nulla, queste donne diventeranno sempre meno consapevoli di quali sono i loro reali bisogni (fame biologica e mentale) in "figura" e quali sono quelli sullo "sfondo". Questa spirale porta le donne a rimanere intrappolate in un ciclo di insoddisfazione e svuotamento, un "far bene sentendosi male". Fanno "bene" ad adottare modalità comportamentali basate sulla compiacenza e sull'altruismo, modalità comportamentali che le portano, nello stesso tempo, a star male, in quanto non fondate sui propri bisogni e su obiettivi autonomamente scelti. L'immagine della "superdonna" è quella di una donna che ha tutto, che viene corteggiata ed ammirata dall'universo maschile per la sua femminilità, le sue capacità operative/pratiche e le sue qualità mondane. Questa versione moderna della "brava ragazza" è una distorsione degli ideali di uguaglianza femminile. Le anoressiche tenderanno ad interiorizzare questa ideologia distorta: l'ideologia femminista che per loro rappresenterà un'ulteriore richiesta esterna di perfezione a cui si sentiranno costrette ad aderire. Le bulimiche e le obese si conformeranno invece in modo eccessivo agli stereotipi della femminilità: si tratterà di donne estremamente compiacenti, passive e particolarmente sensibili alla critica ed al rifiuto maschile, per cui il desiderio di essere magre e la preoccupazione per l'aspetto esteriore saranno manifestazioni di un'adesione in forma estrema, più che di un rifiuto del modello culturale femminile.

Tuttavia il disturbo alimentare può essere letto anche come fenomeno che consente alla donna di arrestare il processo di cambiamento in atto: la donna si ritrae dalla vita sociale, da tutti i suoi interessi e dalle sue occupazioni per passare le giornate a studiare le tabelle delle calorie, pesando ogni alimento, misurando tutti gli ingredienti e facendo sport in modo da bruciare quante più calorie è possibile. In quest'ottica l'attuale epidemia di disturbi alimentari sembra coincidere con la profonda crisi di sviluppo in una generazione di donne ancora profondamente confuse, dopo due decenni di lotta per la liberazione femminile, su cosa significhi essere una donna nel mondo moderno. La transizione culturale in atto potrebbe definirsi di portata "mondiale" e riguarda l'intrecciarsi di culture tradizionali, locali e chiuse con culture "occidentalizzate" portatrici di messaggi di progresso, velocità, magrezza, flessibilità e dinamismo. Questa transizione culturale coinvolge le donne e le famiglie, e nel passaggio può generare criticismo da parte materna (leggi generazione precedente) e un certo disorientamento nell'identità e la paura di perdere il controllo da parte delle figlie (leggi generazione attuale). In questo clima prevalgono due forze culturali contrapposte che influenzano le donne: gli stereotipi femminili prevalenti legati ai ruoli di genere e il desiderio di essere donne moderne realizzate. Il processo di transizione culturale e di modernizzazione determina una tensione psicologica che contribuisce ad accrescere i livelli dei disturbi alimentari per frequenza, vastità e intensità del fenomeno. Per iniziare il processo di "guarigione" è indispensabile un cambiamento nel comportamento oro-alimentare e nella gestione del self-empowerment della persona. Ciò paradossalmente prevede che la donna faccia quello che è incapace di fare: mangiare di più o di meno, ignorando che questa condizione dipende proprio dall'incapacità di riuscire a controllare la propria alimentazione perché caricata di significati altri, oltre a quelli puramente fisiologici e nutrizionali. Non si può quindi pensare che la sola prescrizione dietetica possa essere sufficiente. Il percorso terapeutico tende a portare le persone alla padronanza di sé, per mezzo dell'introspezione, della ristrutturazione cognitiva e corporea, della sperimentazione profonda del processo di conoscenza di sé. Questo processo consente alla donna di aumentare la consapevolezza di sé, di acquisire la capacità di distinguere e la capacità di assumere impegni verso se stessa che permettano di equilibrare il principio maschile (razionale, perfezionistico, orientato allo scopo) con quello femminile (emotivo, creativo, nutriente). Trattandosi di disturbi che colpiscono sia il corpo che la mente, l'efficacia del trattamento sarà tanto maggiore quante più figure professionali (psichiatra, psicoterapeuta, nutrizionista) interagiranno tra loro. Con un trattamento integrato e multidisciplinare i risultati di guarigione sono infatti molto elevati: l'80% dei casi di anoressia sembra guarire completamente, mentre solo il 60% dei casi di bulimia guariscono completamente, a causa del forte rischio di recidiva dovuta ai disturbi associati.

# i giovani e il cibo



via Benedetto Croce, 50

sportello di

**Ascolto e Orientamento sul disagio alimentare  
il martedì dalle ore 16,00 alle ore 19,00**

Un **servizio di consulenza psicologica**  
sui disturbi dell'alimentazione

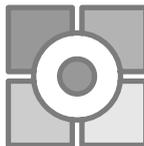
lo sportello é in rete con il **Segretariato Sociale**  
ed é rivolto ad adolescenti e famiglie,  
gestito in collaborazione con

**l'Assessorato alle Politiche Sociali del Municipio Roma 11**

l'equipe é formata da *psicologi* e *counselor*  
della cooperativa sociale di solidarietà A.S.P.I.C.



sportello@coopaspic.org tel. 0669611670 - 0654225060  
www.coopaspic.org – www.unicounselling.org – www.aspic.it



La cooperativa Sociale di Solidarietà ASPIC gestisce presso l'Ateneo della Città Universitaria del "La Sapienza" di Roma un servizio CAO - Centro di Ascolto e Orientamento per la prevenzione dei disturbi dell'alimentazione attraverso un servizio itinerante realizzato con l'uso di un Camper per l'analisi del bisogno degli/delle studenti/esse universitari. Il servizio offre uno spazio di accoglienza e valutazione del livello di disagio in relazione al rapporto con il cibo e, su richiesta, l'orientamento verso strutture specialistiche del territorio di riferimento dell'utente.

## 2.8 Vendute e comprate: la tratta delle donne

*di Manuela Moroli*  
*Presidente Associazione Differenza Donna*

Il mio intervento è in sostituzione di quello di Oria Gargano che è la responsabile del Centro Antiviolenza della Provincia di Roma, nonché direttore di “Differenza Donna”; Oria è un’assente giustificata che, su invito del Ministero delle Pari Opportunità e dell’Ambasciata Americana, in qualità di esperta sta facendo un giro per gli Stati Uniti proprio per visitare i centri antiviolenza sia negli Stati del nord che negli Stati del sud. Siamo molto onorati di questa iniziativa e attendiamo il suo ritorno per stilare un’ampia relazione di questa sua lunga esperienza.

Il titolo dell’intervento di Oria, “Vendute e comprate: la tratta delle donne”, affronta un tema molto importante che fa parte del grande dibattito che riguarda il tema della violenza sulle donne.

Il problema specifico della prostituzione - condizione di schiavitù che hanno spacciato per libertà sessuale per rovesciare la promessa della liberazione sessuale e ridurla alla triste licenza di sfruttare liberamente le donne - , fa sì che commentatori politici e opinione pubblica considerino la tratta delle donne il problema. Senza questo problema la prostituzione sarebbe da considerare un’attività concepita ed attuata in modo legittimo e normale perpetuando il criterio della doppia morale tra uomini e donne.

E’ inconcepibile che ci siano donne, che operano sia sul piano politico che nei vari progetti di accoglienza, che ritengono possibile considerare la prostituzione un mestiere in cui impiegare il corpo come risorsa, in virtù di una libera scelta legata all’emancipazione sessuale.

Uno dei temi fondamentali che coinvolge il Centro Antiviolenza fin dagli inizi degli anni Novanta è il fenomeno, del tutto impreveduto a quell’epoca e drammatico, della tratta di donne dai paesi dell’Est. Sia io che Oria ci siamo coinvolte, e travolte debbo dire; abbiamo cercato di trasmettere questa esperienza scrivendo io un libro *Schiave dell’occidente* e Oria *La sindrome del sultano*. Entrambe abbiamo vissuto, prima con incredulità, poi con orrore e alla fine con la determinazione di reagire e di combattere nel Centro Antiviolenza, con le prime vittime di tratta che riuscivano da sole a fuggire dalla trappola degli orrori.

In questi 14 anni debbo dire che molte cose nel mondo-incubo della tratta sono cambiate; quello che non cambia naturalmente è la crudeltà, la ferocia, l’agire disumano dei trafficanti di donne. All’inizio queste donne venivano dall’Albania con i canotti oppure attraversavano di notte confine dopo confine insieme alle loro guide, che poi le vendevano a bande organizzate che puntualmente le massacravano fisicamente e psicologicamente per ridurle ad uno stato di assoluta soggezione e quindi gettarle sulla strada.

All’epoca erano ragazzine di 15-17 massimo 20 anni che scappavano dalla loro vita e arrivavano al nostro Centro in preda al terrore di essere riprese, ritrovate; erano incapaci di raccontare cos’era loro accaduto e dovevamo lavorare molto molto per farci confidare la loro storia. Ciò che le accomunava era il desiderio di farla finita, perché non volevano sopravvivere all’umiliazione e alla violenza che avevano subito.

Attualmente le cose sono in parte cambiate e la maggior parte delle donne vittime di tratta oggi proviene dalla Romania, non sono più costrette sulla strada perché la strada è ritenuta

troppo controllata dalla polizia e vengono invece segregate in locali-bordelli. Queste ragazze arrivano al nostro Centro accompagnate dalla polizia, che di solito le ha liberate da locali-prigione oppure le ha viste arrivare nel cuore della notte nei loro uffici, terrorizzate perché per scappare ci vuole un grande coraggio.

Dai primi anni ad oggi, ogni cambiamento riguardo al modo di approcciare il problema della tratta delle ragazze è legato ai passi che ha fatto la politica sia nazionale che europea. Devo però dire che, se molti esponenti del racket ora sono in galera - e spero ci resteranno per molti anni -, è anche grazie a "Differenza Donna", che fra i primi con ostinazione e con la caparbia capacità del nostro ufficio legale ha trascinato nei tribunali molti sfruttatori: alla fine siamo riusciti a farli condannare e addirittura a far risarcire le vittime, e di questo io e Oria siamo molto orgogliose.

Il cambiamento è stato un riflesso di alcune scelte politiche: il vecchio flusso tragico delle ragazze provenienti dall'Albania rapite nelle scuole o vendute dai parenti o catturate con qualsiasi tipo di inganno, è durato tutto il tempo dell'indifferenza istituzionale, un'indifferenza terribile che noi toccavamo con mano tutti i giorni.

Poi finalmente l'Italia e l'Albania hanno stipulato accordi bilaterali contro la tratta delle bianche e la flotta dei canotti che facevano la spola tra Italia e Albania si è fermata; la polizia albanese ha cessato di essere connivente e ha rinunciato ai suoi guadagni quando lo Stato italiano ha chiesto e offerto controlli e collaborazione.

Il commercio delle giovani albanesi ha cessato di essere redditizio, soprattutto ha cessato di essere sicuro però i mercanti di donne non si sono fermati, si sono solo spostati più ad Est, oltre i confini della Comunità Europea, dove il disagio economico è ancora fortissimo. In questi paesi soprattutto influisce una visione femminile così misogina da essere disarmante, sentiamo delle storie che non sembrano possibili, invece sono la realtà quotidiana di tantissime donne.

Fra i due periodi, quello delle ragazze albanesi e questo attuale delle donne che vengono dalla Romania, si colloca, con tutti i suoi effetti benefici, l'articolo 18 della legge sull'immigrazione Napolitano-Turco.

La verità è che quando le prime donne fuggite al racket sono arrivate al Centro, a rischio della loro stessa vita, noi non avevamo nessuno strumento per intervenire, non c'era da parte delle istituzioni nessun ascolto, nessuna attenzione; non riuscivamo neanche a far ottenere alle ragazze il passaporto perché l'ambasciata le dichiarava indesiderabili, mentre la loro famiglia le considerava morte; non importava se era stato il fratello a venderle o una macchina le aveva rapite davanti al portone di casa, il fatto è che il loro corpo era stato oltraggiato, e ciò aveva intaccato l'onore della famiglia. Per questo erano considerate morte, pur essendo vive.

Anche in Italia nessuno voleva saperne di queste ragazze; anche nelle aule dei tribunali, dove trascinavamo ostinatamente gli sfruttatori malgrado le facili assoluzioni, all'inizio non si riusciva a vedere nelle vicende di queste donne il tassello di un tragico fenomeno epocale. Queste vicende venivano invece interpretate come scelte scriteriate di ragazze incoscienti.

Molto è cambiato con l'articolo 18, grazie al quale insieme ad una vera sensibilizzazione sul fenomeno, sono presenti strumenti per individuare e punire gli sfruttatori e soprattutto si è trovato il modo di dare alle vittime della tratta la possibilità di uscire con dignità.

Anche il nostro lavoro ha permesso un grande passo avanti, sebbene nei momenti più im-

barazzanti della politica italiana all'interno dell'Unione Europea abbiamo pensato più volte: "tutto è perduto". Oggi l'articolo 18 ci fa onore tanto, che nella Comunità Europea e nel Parlamento Europeo se ne parla come il miglior provvedimento rispetto a questo problema.

L'orrore di queste esperienze non è mai cambiato ed è sempre difficile restituire a queste donne la fiducia negli esseri umani e soprattutto la voglia di pensare al futuro, di riprogettare la loro vita perché vengono da un'esperienza sconvolgente.

Quattordici anni di interventi su questo problema ha fatto del Centro Antiviolenza della Provincia di Roma un luogo tra i più qualificati per uscire dallo sfruttamento sessuale ed è per questo che abbiamo chiesto alla Provincia di Roma di partecipare insieme a noi al bando del Ministero delle Pari Opportunità per ottenere un centro che ospiti le donne riuscite a fuggire dal racket della prostituzione o vittime di tratta. L'assessore Cecchini si è mostrato di grande sensibilità, abbiamo vinto il bando e ora stiamo allestendo un nuovo centro.

A questo proposito, voglio felicitarmi per la nascita di "Solidea", un fiocco rosa per la Provincia di Roma carico di aspettative in quanto possiede tutte le premesse per diventare il centro propulsore di grandi iniziative. In esso vivono l'esperienza, la sensibilità e l'intelligenza politica di Maria Grazia Passuello; inoltre, la struttura del centro ha l'autonomia necessaria per non restare impigliato nella tradizionale burocrazia degli Enti locali, c'è l'ottica al femminile che lo stesso presidente della Provincia ha voluto anche nel suo programma elettorale e c'è questo importante progetto che è l'osservatorio, che sarà in grado di offrire una fotografia critica e una risoluzione costruttiva per le donne che vivono nelle provincia di Roma. Ritengo che ci siano tutti gli ingredienti perché "Solidea" diventi un'istituzione femminile forte, propositiva e coraggiosa. Ad essa i migliori auguri.

## 2.9 La campagna di Amnesty International per i diritti delle donne

*di Annalisa Zanuttini  
Responsabile relazioni esterne Amnesty International*

Per Amnesty International è sempre molto importante essere presente in tutte le situazioni in cui si parla di diritti umani e, come in questo caso, di diritti delle donne.

Occuparmi come attivista per i diritti umani all'interno di Amnesty, in una campagna per la difesa dei diritti delle donne, mi emoziona e mi coinvolge in modo particolare perché le organizzazioni che si occupano di diritti umani, e tra queste anche Amnesty International, forse sono arrivate con un po' di ritardo a riflettere su questo aspetto molto particolare della violenza e della violazione dei diritti delle donne. Amnesty se ne occupa già da molti anni, e dapprima sembrava che la violenza sulle donne fosse un aspetto grave ma limitato alla sfera del personale, e che gli Stati e le Istituzioni pubbliche, tradizionalmente definiti difensori dei diritti umani, non fossero coinvolti.

Bisogna ringraziare essenzialmente le donne e tutti i movimenti che si occupano di difendere i loro diritti se finalmente è possibile compiere un lavoro tutti insieme. Non a caso questa campagna ha un titolo molto specifico: "Mai più violenza sulle donne"; è una grande campagna che durerà due anni, per tutto il 2004 e il 2005. Questo significa che circa un milione e ottocentomila soci di Amnesty nel mondo, in questo momento, si stanno occupando di questi problemi.

Purtroppo la realtà è dura, tutti i rapporti e tutte le denunce hanno riportato una cosa sola: la violenza sulle donne è la violazione più grave, più odiosa in questo momento nel mondo, è diffusa in tutti i paesi, non risparmia nessuna donna per classe, per religione, per etnia; e grazie al silenzio degli Stati, delle comunità e dei singoli individui, l'impunità è altrettanto diffusa.

Vorrei parlare di quale può essere l'apporto che un movimento come Amnesty, o chiunque si occupi di diritti umani, può offrire al grande lavoro e al know-how esistente già sui problemi della violenza contro le donne. Il contributo specifico può essere quello di proiettare il discorso nell'ambito più vasto dei diritti umani e del diritto internazionale.

Se si afferma che a monte di tutte le violazioni dei diritti vi è la discriminazione, anche la violenza sulle donne nasce da una discriminazione, una discriminazione di genere per cui, per il solo fatto di nascere tali, le donne non hanno le stesse opportunità degli uomini di godere di tutti i diritti umani. Essendo la violenza sulle donne una grave violazione dei diritti umani, non solo gli Stati, ma anche i singoli individui, gli attori non statali sono legati dai trattati internazionali al rispetto dei diritti umani. I trattati internazionali sono vincolanti per tutti, a cominciare dagli Stati che li hanno firmati e che hanno il dovere di difenderli e di farli rispettare per tutti i propri cittadini.

Quali sono i principali obiettivi di questa campagna? Innanzi tutto far sì che il discorso sulla violenza sulle donne emerga, perché purtroppo per abitudine, per cultura, per paura la violenza sulle donne è molto silenziosa, e il silenzio ha una conseguenza immediata: l'impunità.

I violatori dei diritti umani in genere hanno sempre contato sul silenzio e sull'impunità per potere continuare a commettere le violazioni, in particolare nel caso di donne perché non c'è quasi mai la denuncia per i loro abusi.

La nostra campagna dice basta a questo silenzio, la violenza deve venire allo scoperto, l'impunità deve finire, i violatori devono sapere che i loro atti avranno precise conseguenze giuridiche e penali.

Perché i grandi obiettivi della campagna non siano soltanto delle belle parole, credo fermamente che serva la denuncia e l'indignazione delle persone; la gente comune può dire basta, può scrivere, può impegnarsi perché siano abolite le leggi che permettono la violenza e la discriminazione contro le donne, perché vengano firmati i trattati o le convenzioni internazionali a difesa dei diritti umani e siano implementate e votate, anche con sforzi finanziari, le leggi che impediscono la discriminazione verso le donne.

Il primo problema di cui vorrei parlare è quello della violenza domestica, la forma di violenza più diffusa nel mondo. Una serie di studi dicono che una donna su tre ha subito nella vita un abuso sessuale o è stata costretta al sesso senza volerlo; il Consiglio d'Europa ha rilevato che per le donne tra i 16 e i 44 anni la prima causa di incidente o di morte è la violenza domestica, prima del cancro o degli incidenti automobilistici.

L'economista Amartya Sen riferisce che mancano all'appello, per aborto selettivo o per infanticidio, sessanta milioni di bambine. Infatti il rapporto naturale tra nati maschi e femmine è da 1 a 3, mentre in Cina è da 1 a 19. In questo paese si parla già di un grave divario tra maschi e femmine e le prime conseguenze sono i rapimenti di giovani donne, il matrimonio forzato, la prostituzione. Altri dati agghiaccianti: il 51% di omicidi femminili negli Stati Uniti sono causati da armi da fuoco utilizzate dal partner. Esistono purtroppo molte definizioni di violenza domestica: lo stupro sessuale da parte del partner, i matrimoni forzati, i

famosi omicidi d'onore.

Ecco alcune parole di una donna turca, fondatrice di un centro per le donne, un'organizzazione femminile sulla violenza domestica: "Viviamo nella paura dei nostri padri, dei nostri mariti, dei nostri fratelli, siamo terrorizzate perché subiamo la loro violenza. D'ora in avanti non vogliamo essere merce di scambio, non vogliamo qualcuno che non abbiamo mai visto in faccia, non vogliamo essere un regalo, non vogliamo rimanere analfabete, non vogliamo vivere nel terrore continuo di essere punite senza alcuna valida ragione...". Mi sembra che questa donna in poche parole abbia espresso la grande paura di circa il 50% delle donne turche che, secondo un recente rapporto di Amnesty, hanno subito minacce, abusi, violenze, percosse all'interno del loro ambiente familiare.

Si parla spesso di crimine d'onore; in Turchia si sono verificati pseudomicidi, donne che in apparenza si sono suicidate, ma in realtà sono state costrette al suicidio, punite all'interno della famiglia per aver rifiutato di sposare un marito imposto, o per aver deciso di vivere un orientamento sessuale diverso o una vita più libera.

In Giordania la maggior parte degli omicidi delle giovani donne sono omicidi d'onore, in Pakistan nel 1999 si è parlato di mille donne circa che hanno avuto il volto sfregiato con l'acido da pretendenti rifiutati o da mariti gelosi

In Spagna un istituto di ricerca ha calcolato che nel 2002 due milioni di donne in un anno sono state picchiate, abusate, o comunque maltrattate o a livello psicologico o a livello fisico dal partner, e nel 2004 ci sono stati 134 omicidi di donne.

Ci sono 154 guerre dimenticate nel mondo e, dalla Seconda guerra mondiale in poi, l'oggetto e le prime vittime delle guerre non sono più gli eserciti, ma i civili, e tra essi la maggior parte delle persone uccise o che hanno subito violenza sono bambini, anziani e donne, i più deboli.

La guerra nella ex Jugoslavia ha mostrato in modo eclatante come l'uso dello stupro di massa sia diventato un'arma di guerra, non più un fatto sporadico e accidentale, ma un preciso strumento per umiliare, distruggere e annientare la comunità.

La violenza, l'abuso, lo stupro nei confronti delle donne non nascono solo in una società in guerra; ci sono prima, durante e continuano anche a guerra finita. La militarizzazione delle società favorisce l'affermarsi di valori che possiamo chiamare con un termine un po' generico "maschili" o comunque di forza, di virilità e di disprezzo per i valori di sensibilità, di attenzione; diventa predominante la propaganda militare che insiste molto sul concetto di forza, di solidarietà tra uomini.

Nelle società in guerra vi è un'ingente allocazione di risorse per le spese militari a scapito di altri investimenti necessari per lo sviluppo dei paesi; inoltre, dall'11 settembre in poi, le politiche della sicurezza e della lotta al terrorismo hanno compresso fortemente i diritti umani anche in paesi come l'Inghilterra e gli Stati Uniti, in cui certe conquiste sembravano assodate da molti anni.

Nelle società in guerra le donne sono più esposte e pagano a lungo le conseguenze della violenza: in Ruanda si è calcolato che nell'aprile del 1994 ci sono stati tra i 250 mila e i 500 mila stupri, da cui è derivata una gravissima emergenza sanitaria, con il 70% di queste donne contagiate dal virus del HIV.

Nel Darfur lo stupro e l'abuso sessuale sono stati sistematici, testimonianze di donne hanno raccontato che in un villaggio venivano stuprate o abusate sessualmente circa 16 donne al giorno semplicemente perché dovevano uscire per andare a prendere l'acqua al fiume perché

gli uomini o non c'erano o avevano paura di venire uccisi.

Per tutte queste donne le conseguenze sono terribili, perché al dolore fisico e allo shock si aggiungono le malattie, la scarsa possibilità di accesso alle cure sanitarie, la vergogna e lo stigma sociale. Molte donne per il fatto di essere state violentate hanno offeso l'onore della famiglia e della comunità e vengono ripudiate dai mariti. Questo significa che per loro e per i bambini nati dalle violenze sessuali non vi sono speranze di vita: in un tipo di società dove le donne dipendono economicamente dal marito cacciarle dalla famiglia significa molto spesso condannarle a morte.

Tra le conseguenze non vanno dimenticate quelle economiche: si è calcolato per esempio che in India le donne che subiscono uno stupro o un abuso sessuale perdono 6-7 giorni di lavoro per riprendersi. Il dolore, la paura, l'insicurezza, la caduta dell'autostima sono tutte conseguenze che durano a lungo nel tempo.

Uno dei traumi causati da queste situazioni è quello che viene chiamato la sindrome di Sebrenica, un nome che suscita ancora orrore in molte donne non soltanto nella ex Jugoslavia, ma in molti paesi dove ci sono guerre di lunga durata. Queste donne non hanno più rivisto tornare i fratelli o i padri scomparsi; nessuno dirà loro ufficialmente che i loro cari sono morti, per cui oltre al dolore di non avere il corpo dei loro cari, di vivere nell'incertezza, molte donne non possono neanche provare a rifarsi una vita, poiché non si possono risposare finché non viene certificata la morte del marito.

Una nota positiva dopo tanti orrori: l'evoluzione della legislazione internazionale, che specialmente dagli anni Novanta nella ex Jugoslavia ha considerato lo stupro di massa un crimine contro l'umanità e il fatto che molte donne, superando odi e divisioni, hanno creato associazioni per gestire la pace dopo i conflitti confermando quello che le donne sanno da molto tempo: non c'è pace senza l'apporto delle donne.

## 2.10 La progettualità della Commissione delle Elette della Provincia di Roma

*Di Cecilia D'Elia  
presidente della Commissione delle Elette della Provincia di Roma*

La Commissione delle Elette che presiedo riunisce tutte le consigliere provinciali. Il ruolo della Commissione è quello di proporre alla Giunta e al Consiglio iniziative rivolte in particolar modo alla popolazione femminile. Il caso del progetto citato in questo convegno, "Cara mamma ti accompagno a casa", è significativo perché quel progetto realizzato con un finanziamento della Commissione delle Elette, ma la valutazione dell'efficacia, da quest'anno è finanziata dall'Assessorato alle politiche sociali, dall'assessore Claudio Cecchini. Quindi un progetto sostenuto dalla Commissione delle Elette è rientrato a pieno titolo nelle politiche sociali della Provincia di Roma. E' un esempio di come le donne possono incidere nell'azione amministrativa, partendo dall'autonoma individuazione di bisogni e dalla ricerca di strumenti d'intervento.

Dei discorsi fatti in questa giornata volevo sottolineare soprattutto un dato: abbiamo parlato di situazioni di disagio, di violenza e di emarginazione, dunque di situazioni di grandi difficoltà. Ne abbiamo però parlato all'interno di un contesto che tendeva a sottolineare la soggettività delle donne, la loro forza. Dunque anche in questi contesti difficili le donne non

possono essere viste solo come vittime. Infatti nel titolo del convegno si parla di sentieri. Il sentiero è qualcosa che si percorre, è un movimento del soggetto. Come è stato sottolineato, i disagi nascono anche dai mutamenti di questi anni. Dunque è vero che la realtà può essere molto dura, ma è altrettanto vero che esiste una forza femminile, una capacità di lavorare e di far fronte a quello che accade. Pensiamo al progetto di Firenze, che significativamente nasce da una psicologa che dopo la gravidanza ha conosciuto la depressione. Lavorando sul proprio malessere, elaborando il proprio vissuto con altre donne, ha poi potuto utilizzare la propria professionalità per promuovere una politica dell'ente locale a sostegno delle puerpere. Esistono un sapere e una competenza femminile che ci permettono di affrontare questi disagi con una padronanza che prima non avevamo. Dico questo perché credo che ci siano moltissime risorse nelle stesse "vittime", le quali possono fare del loro sapere sul disagio una risorsa. Da qui l'importanza delle pratiche, della relazione tra donne, dell'auto-aiuto.

Le trasformazioni dell'identità femminile comportano anche il superamento dell'idea del "femminile" come essenza dell'essere donna, ma il disagio può nascere quando la cittadinanza chiede alle donne di spogliarsi del proprio corpo, di diventare come gli uomini. Essere soggetti incarnati e quindi pensarsi con un corpo femminile, senza per questo mettersi in una posizione subordinata, sembrerebbe un risultato scontato dell'emancipazione, ma sappiamo che così non è. Al contrario, l'emancipazione può risolversi in un processo di assimilazione. Molti problemi che le donne vivono oggi, a partire da quelli legati all'esperienza della gravidanza e del parto, a me sembrano legati ad una sorta d'inciampo nel proprio corpo. L'esperienza della gravidanza in una donna emancipata, colta, trentacinquenne è spesso la scoperta di tempi diversi imposti da un corpo che improvvisamente pretende di essere ascoltato. Non sono i tempi del mondo del lavoro. Personalmente ho elaborato questo passaggio grazie a un gruppo di ostetriche. Nove mesi mi sembravano un tempo infinito rispetto ai tempi con i quali sono abituata a portare a termine i compiti lavorativi. Si trattava d'imparare che cosa è l'attesa, e scoprire che è il contrario del tempo morto. Penso che dovremmo mettere al centro della nostra riflessione il corpo, i suoi tempi, i suoi desideri. Rimetterci in gioco come soggetti incarnati. Farne un elemento di critica dell'organizzazione sociale.

Alcuni di questi temi sono entrati nelle politiche pubbliche grazie alle donne, che nelle istituzioni hanno saputo portare questa critica. Non a caso anche la riforma dell'assistenza è stata fatta da una donna. E nuove politiche pubbliche sono state attuate grazie al rapporto con le esperienze di movimento; pensiamo ai centri antiviolenza: dove funzionano si instaura un circolo virtuoso tra l'ente locale, che sceglie di darsi a una politica per sostenere l'autonomia delle persone e il loro benessere, e quello che l'esperienza di organizzazione sociale può offrire come capacità di risposta. Il pubblico deve tutelare i diritti e proporre politiche per quei diritti, affermare il bene comune da tutelare, sapendo però che nel privato sociale si esprimono anche delle soggettività, si organizza la cittadinanza. Questo rapporto rende partecipi i cittadini nella costruzione di una politica. Non a caso oggi sia l'assessore Cecchini che la presidente di Solidea Maria Grazia Passuello parlano di reti da attivare sul territorio. Da questo punto di vista l'istituzione Solidea, la prima di genere femminile della Provincia, è davvero una grande scommessa. L'istituzione si rivolge a tutti, coordina i centri, dialoga con l'associazionismo femminile che interviene su questi temi. Il pubblico deve tutelare i diritti e proporre politiche per quei diritti. La Provincia si è dotata di uno strumento capace di valorizzare il contributo del privato sociale, ma avendo la finalità pubblica di tutela e affermazione del diritto all'integrità del corpo femminile.

Mi convince, quindi, di questo convegno la scelta di mettere in rete le realtà e di valorizzare quelle esperienze che prestano attenzione alla soggettività dell'altro, il cosiddetto utente, per costruire politiche che, come diceva Roberta Agostini, aprono spazi di libertà. E' quello che pensiamo che le politiche sociali debbano fare, ma sappiamo che sono state anche, soprattutto nei riguardi delle donne, politiche di controllo delle scelte individuali. Anche questo le ha rese facili prede delle politiche liberiste. Sappiamo invece che sono un tassello essenziale della libertà. Per questo è importante, così come abbiamo fatto oggi, contribuire ad invertirne il segno.

## 2.11 L'importanza della rete nei comuni

*di Sergio Urilli*

*Assessore alle Politiche dell'Agricoltura e dell'Ambiente*

Vorrei parlarvi brevemente della mia esperienza come sindaco di Monteporzio Catone, carica che ho ricoperto per dieci anni; poi, per fortuna, la legge mi ha impedito di continuare, altrimenti sono sicuro che non sarei sopravvissuto a questa esperienza straordinaria, ma molto faticosa. Quello che ho notato negli anni dell'attività comunale è che esiste una differenza sostanziale tra Roma e tutti i centri dell'hinterland: mentre a Roma ci sono maggiori opportunità e risorse, nell'hinterland è tutto più difficile. Ad esempio, su 119 Comuni più della metà a tutt'oggi non hanno neanche l'assistente sociale, oppure devono dividerlo con altri due o tre Comuni: questo è un fatto di una gravità assoluta.

Però in qualcosa l'esterno ha qualche vantaggio nei confronti di Roma: c'è una comunità più unita, una comunità che un pò fa da salvaguardia anche se la privacy nei piccoli centri non esiste. Infatti, nessuno si sognerebbe di parlare al cellulare per strada perché il giorno dopo saprebbero tutti quello che gli è successo. Inoltre, nei piccoli centri il sindaco è un punto di riferimento e quindi vogliono parlare tutti esclusivamente con il sindaco. A Monteporzio ci sono diecimila abitanti, è un centro molto piccolo, ma per dieci anni, quando uscivo con mia moglie di casa per arrivare in piazza, non riuscivo mai ad arrivarvi insieme a lei, pur abitando a trenta metri dalla piazza. Per quanto riguarda la capacità di ascolto, ritengo che sia molto importante: molte persone venivano a parlarmi e al termine mi dicevano: "Sindaco, so che lei non può fare niente ma io la ringrazio perché mi ha ascoltato".

Ci sono alcuni problemi enormi di cui si parla in politica sempre in maniera troppo astratta, ma quando operiamo sul campo in quanto istituzioni comunali dobbiamo saper dare delle risposte. Penso ad esempio all'affido familiare, alle problematiche dei giovani, all'abbandono della scuola, e così via. La gamma di problemi a cui un comune deve dare risposte immediate è molto vasta. Come fare? Noi abbiamo cercato di mettere in rete le associazioni nella consulta, perché in questo modo riuscivamo a volte a bypassare leggi molto rigide che ci impedivano di aiutare concretamente chi aveva bisogno. In questo modo, dieci anni fa abbiamo sepolto un malato di AIDS di cui non si conosceva neanche il nome.

Abbiamo una casa famiglia per malati di HIV, una casa famiglia per donne vittime di violenza, una casa famiglia per disagiati mentali; diventa tutto molto difficile da gestire se non si sa ascoltare e lavorare insieme. Bisogna unirsi tra più Comuni, avere un'area, un territorio omogeneo per trovare le risorse per gestire queste case famiglia. A tal riguardo, non

posso non esprimere la mia gratitudine per Maria Grazia Passuello, che girando per tutta la provincia è riuscita a fare in modo che più Comuni si mettessero insieme per gestire queste realtà che altrimenti non avrebbero avuto le risorse necessarie.

Vorrei anche sottolineare che per un Comune le associazioni costituiscono un grande valore, perché permettono ai cittadini di essere cittadinanza attiva, consentono di conoscere immediatamente i bisogni e di tarare le azioni in base ai bisogni oggettivi e non a quelli teorici che possono venire da un funzionario a volte anche disattento.

Pensate che nella fascia che va da Frascati a Rocca Priora ci sono circa sette chilometri e cinque città di settantamila abitanti ognuna, con un linguaggio diverso, una mentalità diversa, problemi diversi. Eppure bisogna lavorare tutti insieme perché non si può essere un'isola felice in un mare di problematiche; la cooperazione e l'azione attiva dei cittadini riuniti in associazioni è una risorsa importante per i Comuni, che possono attuare gli interventi più idonei per migliorare la comunità di cui facciamo tutti parte.

## 2.12 La metamorfosi della sottoveste: nuovi approcci alla psicologia di genere

*di Attilia Lazzari  
psicologa, psicoterapeuta*

Questo progetto nasce dalla necessità di occuparsi di donne. Faccio riferimento ad un intervento che prenda in considerazione l'identità di genere ed il suo sviluppo indipendentemente dalle scelte e dall'identità sessuale. Questa, infatti, è prevalentemente caratterizzata dall'attrazione erotica ed affettiva, che implica scelte basate su preferenze emotive e responsabili.

Questo approccio in ogni caso utilizzabile ed auspicabile anche nel lavoro terapeutico con l'uomo, promuove una cultura di genere per la donna che tenga in considerazione le differenti culture, i diversi contesti e i cambiamenti storici che hanno caratterizzato l'evoluzione e la definizione di ruolo.

Partendo dalle diverse forme di psicoterapia che hanno riguardato la figura della donna, l'obiettivo è di riuscire a strutturare un modello integrato utilizzabile nella formazione dei *counselor* e degli psicoterapeuti, sia donne sia uomini, al fine di accogliere l'altro nel rispetto del proprio genere.

### Verso un approccio integrato

A mio avviso un approccio integrato alla psicologia femminile prende in considerazione questi elementi:

- deve saper dare un'immagine positiva della donna come esperienza unica non necessariamente in opposizione a quella dell'uomo;
- deve svilupparne competenze e potenzialità;
- deve utilizzare nuovi costrutti per la definizione della patologia al femminile in considerazione delle numerose variabili che influenzano la vita e la storia di ognuna di noi;
- deve poter stimolare la flessibilità e l'evoluzione del proprio genere, superando stereotipi e riconoscendo il linguaggio della donna;

- deve considerare nel definire il concetto di benessere, l'inevitabile relazione tra il mondo interno e quello esterno;
- deve tenere conto di come l'identità sociale, la nazionalità, l'orientamento sessuale, l'età, la razza, l'etnia ed il genere, siano fattori interconnessi.

### L'evoluzione del concetto di donna

Se si considera l'identità della donna da un punto di vista storico, attraverso la letteratura e le pubblicazioni scientifiche, si osserva come il processo evolutivo, psicologico e dell'identità, non solo sessuale ma anche di genere, sia stato definito come decisamente differente da quello dell'uomo. Ciò che colpisce è che sono stati considerati proprio i parametri basati sullo sviluppo dell'uomo per definire, in un processo per differenza rispetto a quello maschile, lo sviluppo e la complessità dell'essere donna.

Definire la donna in termini culturali, storici e psicologici, è stato un percorso caratterizzato da una continua crescita, che fortunatamente non si è arenato a definizioni ottocentesche ma si è evoluto costantemente nel tempo. In diversi periodi storici è stato posto l'accento su caratteristiche differenti, che hanno contribuito a definire una dimensione complessa, nella considerazione della donna, riconoscendo nella società e nella cultura influenze fondamentali.

Una su tutte ha dominato per molto tempo ed ancora oggi è fonte di discriminazione. Ancora nei primi anni del Novecento la contrapposizione tra uomo e donna era circoscritta alle evidenti differenze anatomiche e sessuali. Questi elementi sembravano essere in grado di influenzare anche le capacità intellettive e razionali, fisiche ed emotive della donna in relazione all'uomo.

Inoltre, da sempre è riconosciuto il ruolo che lo sviluppo ed il superamento della fase edipica comporta nella definizione dell'identità della donna. Il processo di differenziazione con il maschio consente alla bambina, in relazione alla mancanza del pene, di concentrarsi nell'identificazione con la figura materna sviluppando e riconoscendo il desiderio di sostituirsi a lei, nella relazione con il padre.

E' sempre alla madre che è riconosciuto il potere di segnare il cambiamento nelle fasi edipiche; questi passaggi sono caratterizzati, ad esempio, dalle concessioni legate al vestire e dunque capaci di definire il ruolo della bambina-donna nel mondo delle relazioni adulte.

### Identità donna

Ancora oggi nel linguaggio quotidiano sembra essere sempre presente l'identificazione dell'immagine della donna come femminile, come entità stessa della famiglia e fondamento nell'educazione e nella relazione con i figli. Nella nostra cultura, c'è ancora l'immagine stereotipata della donna che non fa altro che rinforzare generalizzazioni e banalità concettuali, quali ad esempio l'utilizzo di termini come migliore o peggiore, nel confronto con l'uomo.

Per comprendere pienamente il senso della complessità e dell'integrazione auspicabilmente armoniosa tra la dimensione sessuale ed il genere, è opportuno porre attenzione al concetto di identità.

Nella relazione troviamo la forma più completa attraverso la quale è possibile sperimentare il senso della propria identità.

Attraverso le regole apprese dalle relazioni primordiali, ossia il senso ed il vissuto legato alla propria identità, l'individuo può interagire nel mondo con tutte le sue specifiche caratte-

ristiche. Identità sessuale ed identità di genere si integrano attraverso l'identità del ruolo di genere. Ciò implica comportamenti stereotipati definiti rigidamente dalla cultura del tempo: il maschile ed il femminile, il maschio e la femmina, l'uomo e la donna. Di conseguenza c'è sempre il rischio di riferirsi esclusivamente all'uomo o alla donna come due categorie tipicizzabili.

Il risultato è che la donna è costantemente identificata con i ruoli sociali che sperimenta sin dalle prime relazioni nella sua quotidianità. Ella protegge e nutre: in questo processo la donna è identificata con il corpo, corpo sociale certamente. Sembra quasi che togliendo l'identificazione tra gruppo, pelle, corpo, donna e le identificazioni quali contenitori e categorie, non avrebbe più alcun senso lo scrivere sulla donna e della donna.

Le caratteristiche di eterogeneità delle attribuzioni fatte dalle donne per le donne sono in contrasto con l'omogeneità delle categorie usate dagli uomini per descrivere se stessi. Così, forse più dell'uomo la donna risente della velocità dei tempi e del rapido cambiamento dei ruoli e delle possibilità. Identità, intimità e senso morale sono fortemente legati tra loro nella psicologia della donna, che sembra riconoscere maggiormente come rilevanti i diritti delle persone in senso universale e la relazione che si struttura nel realizzare i propri diritti.

Le donne sono più coinvolte nel dilemma dei diritti e sul come esercitarli, sulla necessità di realizzarsi in maniera complessa in considerazione della propria famiglia, includendo anche le relazioni più complesse.

### La donna come essere interpersonale

Ciò che vorrei sottolineare è che la donna è un essere interpersonale. La responsabilità delle proprie azioni coinvolge anche gli altri. La donna dovrebbe ricordare che questo può avvenire anche senza sacrificare se stessa. La responsabilità, la cura, la forte correlazione tra il sé e la moralità sono elementi fondamentali che definiscono la donna nella relazione con l'alterità. La dimensione interpersonale della donna è definita anche nell'ambito della ricerca secondo dimensioni sociali ed interpersonali. L'elemento sociale è considerato una variabile fondamentale per sottolineare come l'interazione donna-società sia vitale per riconoscere la sua complessità psicologica.

La definizione di "io sono", come dichiarazione della propria esistenza, è possibile attraverso l'interazione con l'altro. Il conflitto tra concetti diversi come essere femminile, cooperare e anteporre gli altri ai propri bisogni e alle proprie necessità, la possibilità di accettare la competizione e l'indipendenza, possono essere spesso presenti nel vissuto della donna, guidandola nel percorso verso la propria autonomia e verso lo sviluppo ed il rinforzo della propria autostima.

La donna in maniera privilegiata costruisce la propria identità ed autostima attraverso lo sviluppo della rappresentazione cognitiva ed affettiva del proprio corpo. Quando lo sviluppo della relazione primordiale con le figure di attaccamento ha consentito di organizzare una base sicura, la donna è più facilmente competente nello sperimentarsi attraverso e con il mondo, rispetto alla complessità della propria esperienza e delle attribuzioni del proprio sé. Diversamente, donne che hanno sperimentato stili di attaccamento insicuro-evitante o ansioso, hanno maggiori difficoltà di affermarsi rispetto al mondo. Questo implica una limitazione anche nell'espressione della propria autostima. Situazioni in cui la relazione conflittuale con la madre può aver contribuito negativamente alla relazione con il padre, possono portare ad un iperinvestimento nella dimensione sessuale, rendendo la donna ipereccitabile

e alla costante ricerca della propria identità conoscibile e sperimentabile, solo attraverso la sessualità.

La mancanza di una rappresentazione di sé implica maggiori difficoltà nella definizione dell'identità corporea e, a livello psichico, di una propria rappresentazione. Autostima può dunque significare mantenere nella relazione e nella dipendenza un profondo senso di sé, che consente di sviluppare la propria identità, essere responsabile delle proprie scelte ed essere genuine nella relazione con l'altro.

## Conclusioni

Il cambiamento auspicabile sta nel focalizzarsi su un percorso per la costruzione della propria autenticità, in cui una donna è ricettiva, empatica, in cui ha intensamente compreso parti di sé e le utilizza concretamente per “stare nel mondo”.

L'autenticità della propria personalità significa andare verso i propri bisogni, le proprie aspettative, verso una integrazione delle parti del Sé. Attraverso un tale percorso evolutivo la donna si può appropriare della propria identità di genere e vivere in modo consapevole anche la sfera sessuale.

## 2.13 La depressione nella donna

*di Emilia Carla Croce  
psicologa*

La depressione è una malattia comune che può colpire chiunque.

Questa condizione si riscontra due volte più frequentemente nelle donne rispetto agli uomini. La depressione è un problema medico che può essere trattato.

Cos'è la depressione?

La depressione è un disturbo medico, come il diabete, la pressione sanguigna elevata e le malattie cardiache. E' molto più che sentirsi tristi per un breve periodo o sentirsi affranti dopo una perdita; questi sentimenti sono difficili da gestire, ma possono migliorare con il tempo.

La depressione sconvolge la vita quotidiana: intacca i pensieri, i sentimenti, il comportamento e la salute fisica. Non si tratta di una debolezza o di una colpa, infatti la depressione spesso non migliora senza aiuto. La depressione può avere molte cause; ad esempio, potrebbe essere presente uno squilibrio di sostanze chimiche nell'encefalo, oppure una storia familiare di depressione potrebbe significare una probabilità in più di andare incontro a questo disturbo; o ancora, la depressione può essere scatenata da altre malattie; circa il 10-15% di tutte le depressioni sono causate da altre patologie mediche – come le malattie della tiroide, il cancro o problemi neurologici - o da farmaci. Anche l'uso delle droghe o di alcool può causare depressioni. La depressione in alcune persone può insorgere anche se la vita procede senza alcun problema; in altre, condizioni come lo stress eccessivo o l'angoscia possono spingere alla depressione. Gli stress possono comprendere: cercare di allevare i figli e lavorare fuori casa, cercare di bilanciare i doveri lavorativi e domestici, avere un lavoro stressante, essere un genitore unico, avere problemi di denaro.

### Sintomi della depressione.

Il periodo in cui si hanno i sintomi della depressione viene detto episodio. Un episodio permane per almeno due settimane; spesso persiste più a lungo. Inoltre, le persone spesso hanno più di un episodio. I sintomi che vengono solitamente utilizzati per diagnosticare la depressione sono:

- ↳ mancanza di interesse nelle cose che solitamente piace fare;
- ↳ sentirsi tristi, abbattuti o di cattivo umore;
- ↳ sentirsi indegni o turbati;
- ↳ avere un cambiamento di appetito oppure perdere o guadagnare peso;
- ↳ avere pensieri di morte o suicidio;
- ↳ avere problemi di concentrazione, di memoria;
- ↳ dormire troppo oppure non riuscire a dormire;
- ↳ essere privi di energie o sentirsi sempre stanchi.

### Altri sintomi possono essere:

- ↳ il mal di testa o altri mali o dolori, problemi digestivi;
- ↳ problemi sessuali;
- ↳ sensazioni disperate o negative;
- ↳ preoccupazioni o paure prolungate.

Alcuni tipi di depressione sono lievi ma cronici, episodi che persistono a lungo o ricorrenti; anche se lievi, i sintomi cronici necessitano di un trattamento.

### Diagnosticare la depressione.

La depressione viene diagnosticata da un medico. Il medico prende nota della condizione fisica e mentale; può prendersi cura direttamente o inviare a uno specialista.

Per individuare le cause della depressione, il medico porrà delle domande riguardo ad altri problemi medici, all'uso di alcuni farmaci e all'uso di droghe e alcool.

Se riscontra che una di queste possa essere la causa della depressione, può curare la depressione con il trattamento di quel problema.

### Trattamento.

Occorre lavorare insieme col medico per cercare il trattamento migliore, che potrebbe comprendere farmaci antidepressivi, la psicoterapia od entrambi.

Alcuni tipi di trattamento funzionano meglio per alcuni disturbi rispetto ad altri.

### Antidepressivi.

Gli antidepressivi alleviano i sintomi in più della metà delle persone che li assumono; agiscono modificando l'equilibrio delle sostanze chimiche presenti nell'encefalo. La maggior parte delle persone che li assume iniziano a sentirsi meglio dopo poche settimane.

Esistono molti tipi di farmaci antidepressivi e tutti possono avere degli effetti collaterali. Circa la metà delle persone che ne fanno uso, presenta alcuni effetti collaterali nelle fasi ini-

ziali del trattamento – prime 4/6 settimane- dopo questo periodo gli effetti collaterali quasi sempre scompaiono.

Gli effetti collaterali possono comprendere: bocca secca, nausea, vertigini, stitichezza, rash cutaneo, sonnolenza o disturbi del sonno, prendere o perdere peso, irrequietezza.

### **Psicoterapia.**

Si lavora insieme ad un terapeuta. La sola psicoterapia aiuta circa la metà delle persone con depressione lieve o moderata. Oltre alla terapia individuale c'è la terapia di gruppo, con un terapeuta ed altre persone con problemi simili. Ci può essere una terapia familiare o di coppia, coi familiari o il coniuge.

La psicoterapia per la depressione spesso ha un tempo limitato, da 10 a 20 sedute.

Se la psicoterapia non funziona, potrebbe essere necessario un altro tipo di trattamento.

La psicoterapia spesso è associata all'uso di farmaci antidepressivi per trattare la depressione grave.



**master**  
in counselling aziendale

ing aziendale master in counselling aziendale

corso teorico pratico addestrativo

la sessualità  
nel ciclo di vita

# la potenza dell'identità sessuale e la gioia dell'unione

counseling dei sistemi intimi  
e identità di genere



scuola superiore  
europea



A.S.P.I.C. Soc. Coop.  
Sociale di Solidarietà a r.l.



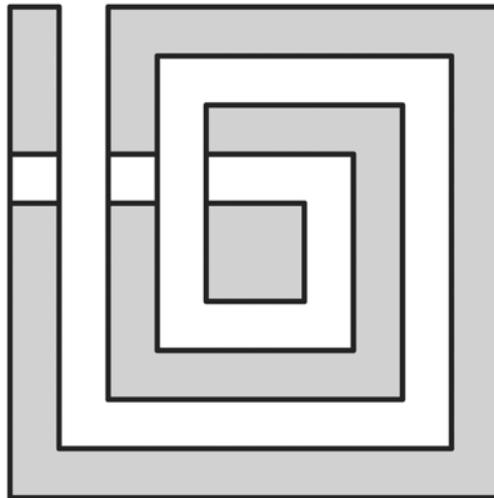
C.N.U.P.I.



Provincia  
di Roma

# COMUNICAZIONI SULL'AUTISMO E NELL'AUTISMO

il ruolo delle istituzioni, della ricerca e dell'associazionismo



accreditato ECM  
[6 crediti formativi]

**10 febbraio 2005**  
sala marconi  
CNR, p.le aldo moro, 7 - Roma

# Comunicazioni sull'autismo e nell'autismo. Il ruolo delle istituzioni, della ricerca e dell'associazionismo

3

## 3.1 Introduzione

*di Claudia Montanari  
Presidente della Cooperativa Sociale di Solidarietà ASPIC  
psicologa, psicoterapeuta, supervisore*

Mi è molto caro il tema della comunicazione, esso ci permette di affrontare molti temi e centrare l'attenzione sulle diverse forme di comunicazione che è possibile inventare e creare e che rispettino il principio delle differenze.

Il tema dell'autismo ci porta in una rete di servizi, istituzioni e organizzazioni che spesso costituiscono il principale ostacolo per le famiglie e per le persone che soffrono di questa sindrome.

Nella mia esperienza di supervisore di operatori che lavorano nel settore dell'autismo ho potuto constatare la difficoltà di questi ultimi nel selezionare e scegliere le migliori metodologie e i migliori strumenti di intervento. La figura del supervisore ha una grande responsabilità perché deve accompagnare l'operatore nel suo lavoro e deve garantire il miglior servizio possibile: egli è responsabile anche dell'utente oltre che del supervisionato.

Per questo motivo è fondamentale proporre momenti di ricerca e di riflessione collettiva, perché tutti possano continuare ad apprendere e aggiornarsi data la complessità dell'argomento.

Le famiglie delle persone affette da autismo hanno bisogno di sostegno e orientamento soprattutto in un momento storico in cui la scienza non è riuscita a dare risposte definitive sulle origini della malattia. Occorre essere umili, è inutile andare alla ricerca di cause e responsabilità che possono essere di aiuto nella prevenzione, ma è importante dare appoggio e sostegno alle famiglie.

Ringrazio molto la Provincia, sia nella persona del Presidente Enrico Gasbarra, che degli assessori Claudio Cecchini e Tiziana Biolghini, per il loro sforzo nell'appoggiare iniziative come questa in un momento di grave carenza di attenzione istituzionale per le parti deboli della società la quale è dominata e permeata dalla cultura dell'individualismo e dell'egoismo.

Sento l'obbligo politico e morale di dar atto del sentimento della solidarietà quando al-

berga nel cuore di chi oggi interpreta i ruoli istituzionali e che permette una democratica difesa delle persone più svantaggiate.

### 3.2 Le politiche per l'handicap della Provincia di Roma.

#### Il problema e i possibili interventi

*Tratto da INTEGRAZIONI. La Provincia di Roma e le Politiche per l'Handicap*

*di Tiziana Biolghini*

*Consigliera delegata alle politiche per l'handicap della Provincia di Roma*

*“Nostro figlio è un enigma per noi, quasi più di Dio, nel senso che entrambi questi misteri non sappiamo spiegarceli. Ma mentre Dio continua a nascondersi e noi confusi a cercarlo, nostro figlio è una presenza emozionante, intrigante, vitale, pressante, palese, a volte nuda nella sua drammaticità, di cui riusciamo a scoprire il senso solo un po' alla volta, solo se ci liberiamo dagli stereotipi del nostro secolo”*  
*(“La nostra vita con Jacopo” di Tiziano e Patrizia Gabrielli)*

L'autismo rappresenta una delle sindromi più complesse e difficilmente gestibili dell'età evolutiva. I bambini autistici non sanno comunicare con gli altri, si tengono in disparte, non sanno giocare, compiono gesti ripetitivi e senza senso. Se si guarda l'intero arco della vita si può affermare che:

#### **Autismo è**

- Incapacità a comunicare
- Incapacità ad esternare i propri sentimenti
- Incapacità a leggere i sentimenti altrui
- Incapacità a filtrare gli stimoli ambientali
- Mancanza di recettori sociali
- Ipersensibilità ai rumori
- Deficit dell'immaginazione
- Incapacità di giocare
- Attività ripetitive
- Deficit intellettuale spesso associato
- Una patologia che perdura fino alla vecchiaia

#### **Autismo non è**

- Timidezza
- Blocco psicologico
- Ripiegamento su se stessi
- Reazione al mancato amore materno
- Desiderio di rimanere chiusi nel proprio guscio
- Immersione in pensieri profondi e in ricche fantasie
- Patologia da cui si guarisce dopo l'infanzia

L'autismo è una disabilità che colpisce tre bambine su mille nella sua forma tipica e sei

bambini su mille in forme meno tipiche (Fombonne E. et al., 2003, "The prevalence of autism", JAMA, 28987-9). Nel Maggio del 2005 la Società Italiana di Neuropsichiatria Infantile ha pubblicato le linee guida per l'autismo che sono il riferimento centrale per la definizione e realizzazione delle prossime iniziative istituzionali della Provincia di Roma. In particolare mettiamo in evidenza due raccomandazioni contenute nel documento della Sinpia:

### **R 13**

La finalità a lungo termine del progetto terapeutico è quella di favorire l'adattamento del soggetto al suo ambiente, il migliore possibile in rapporto alle specifiche caratteristiche del suo essere autistico. Ciò al fine di garantire una soddisfacente qualità di vita al soggetto e all'intero sistema famiglia.

### **R 14**

- Non esiste un intervento che va bene per tutti i bambini autistici.
- Non esiste un intervento che va bene per tutte le età.
- Non esiste un intervento che può rispondere a tutte le molteplici esigenze direttamente e indirettamente legate all'autismo.
- Per contro, la continuità e la qualità del percorso terapeutico sono garantite attraverso.
- Il coinvolgimento dei genitori in tutto il percorso.
- La scelta in itinere degli obiettivi intermedi da raggiungere e quindi degli interventi da attivare.
- Il coordinamento, in ogni fase dello sviluppo, dei vari interventi individuati per il conseguimento degli obiettivi.

La verifica delle strategie messe in atto all'interno di ciascun intervento (le strategie, cioè, possono anche variare da servizio a servizio, ma vanno comunque periodicamente "controllate" in rapporto ad indicatori di qualità che devono essere comuni ai diversi servizi).

## **Nuovi progetti per l'autismo**

Facendo proprie le richieste che provengono dai genitori dei bambini affetti da autismo e più in generale da DPS, coerentemente con le raccomandazioni indicate nelle linee guida per l'autismo della Società Italiana di Neuropsichiatria Infantile, l'Ufficio Handicap della Provincia intende avviare il processo di costruzione della rete dei servizi (Asl, ente locale, scuola) per le patologie correlate ad Autismo e DPS. Come Ufficio Handicap siamo consapevoli di essere di fronte ad un quadro patologico nel quale il sistema di cura è fortemente legato e dipendente alla tenuta e qualità di servizi oggi completamente parcellizzati e non comunicanti. Si tratterà di affrontare con coraggio, insieme a tutte le agenzie istituzionali coinvolte, un processo di riorganizzazione dei servizi per l'Autismo e i DPS che parta proprio dai modelli di Presa in Carico individuati e suggeriti dalla Sinpia. Una particolare attenzione sarà rivolta al rapporto tra famiglie e servizi. Bisognerà pensare con coraggio al ruolo che le famiglie dovranno svolgere nell'ambito della organizzazione dei servizi, si dovrà passare dal considerare le famiglie esclusivamente segnalatori di problemi al divenire protagonisti nei processi di programmazione e gestione del servizio. Per attivare questo processo l'Ufficio Handicap intende promuovere:

1. Prima Conferenza Provinciale sulla organizzazione dei Servizi Terapeutici, Educativi

e Sociali per bambini affetti da sindrome Autistica e DPS. Saranno chiamati al tavolo della conferenza l'Anci, l'Assessorato alla Sanità della Regione Lazio, il MIUR (Dsr – Csa), la Sinpia, e le Associazioni dei Genitori). La Conferenza avrà il compito di definire un modello di accordo di programma che avrà come obiettivo quello della realizzazione dei centri di riferimento dei servizi integrati per l'autismo ed i DGS (Disturbi Generalizzati dello Sviluppo).

2. Attivazione di un processo di formazione di tutti gli operatori già impegnati con bambini autistici: educatori, insegnanti, psicologi, operatori sportivi (di concerto con neuropsichiatri e psichiatri), genitori ed altri familiari di pazienti autistici, nell'ottica di una strategia educativa che faccia riferimento ai modelli di presa in carico attualmente riconosciuti dalla Sinpia. (TEACCH –LEAP – UCLA Young autism project – Denver model – TED –Development intervention model at the Gorge Washington University school of medicine.)

### 3.3 Caratteristiche della comunicazione e visualizzazione nell'autismo

di Flavia Caretto

Psicologa Clinica, consulente Università di Tor Vergata

*“Non sapevo veramente che le persone potessero intendere le cose in modo diverso da come le dicevano.” (Gerland, 1999, 178)*

Per autismo si intende un insieme di sintomi, ovvero una sindrome. Questi sintomi, secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, possono essere raggruppati in tre aree, che riguardano: la compromissione qualitativa dell'interazione con gli altri, la compromissione qualitativa della comunicazione, e un repertorio di comportamenti ristretto, con difficoltà nell'immaginazione.

L'autismo viene definito un disturbo pervasivo, ovvero riguarda tutto lo sviluppo della persona: tutte le aree dello sviluppo e tutta la vita. Il semplice gesto di salutare è già comunicazione, come giocare a mamma e figlia o fingere con un'amica di essere due signore che prendono il tè: per quanto semplici, queste attività richiedono immaginazione, e l'immaginazione è una funzione compromessa nella sindrome autistica.

Quella della comunicazione è una delle tre aree, per definizione, compromesse nell'autismo. Ma cosa si intende per comunicazione? La comunicazione si definisce: uno scambio, fra emittente e ricevente, di un contenuto, che avviene attraverso un canale e la condivisione di un codice. Per quanto riguarda noi, il nostro “codice” è la lingua italiana. “Comunicazione” è diverso da “espressione”. Tutto quello che una persona fa – il modo in cui si veste, balla, disegna, ecc... - è una nostra espressione, non necessariamente intenzionale. Nella comunicazione devono essere riconoscibili le componenti descritte ed un carattere intenzionale. Bisogna inoltre distinguere tra comunicazione espressiva (produzione) e comunicazione recettiva (comprensione).

Voglio richiamare l'attenzione sui genitori che convivono con figli con autismo e vivono in prima persona le difficoltà prodotte dall'autismo. In alcuni bambini con autismo le particolarità della triade sintomatologica si manifestano sin dalla nascita e le madri che hanno avuto

già altri figli non affetti da questa sindrome si accorgono subito che c'è qualcosa che non funziona come dovrebbe. In alcuni casi, invece, i comportamenti caratteristici dell'autismo cominciano a manifestarsi fra i 15 e i 24 mesi. Immaginate un neonato che mostra difficoltà ad essere preso in braccio, a guardare verso l'adulto, a guardare ciò che viene mostrato, e immaginate le difficoltà che questo pone all'adulto, anche se bisogna considerare che quando si tratta della sindrome autistica è necessario tenere presente che esiste una grande variabilità. Crescendo, i piccoli a cui verrà poi diagnosticato l'autismo, mostrano altri comportamenti disorientanti per gli adulti, ad esempio non usano il tipico gesto indicativo e preferiscono condurre l'adulto verso un oggetto che desiderano. Alcuni bambini con autismo parleranno, altri no: le percentuali sono variabili nelle differenti ricerche, generalmente si afferma che circa metà delle persone con autismo impara a parlare. I bambini con sviluppo tipico ad una certa età cominciano a combinare parole per esprimersi, mentre i bambini autistici alla stessa età, se parlano, lo fanno in maniera bizzarra. Hanno un modo di parlare ecolalico, cioè ripetono le parole degli altri (cosa che avviene anche nei bambini con sviluppo tipico, ma viene da questi ultimi presto abbandonata).

Il linguaggio orale dei bambini con autismo che sono in grado di parlare riflette il loro sviluppo cognitivo diverso:

- la funzionalità del linguaggio è molto deficitaria;
- la prosodia è molto particolare;
- vi è una difficoltà nella comprensione del linguaggio metaforico;
- si possono presentare alcune forme linguistiche comprensibili solo alla persona autistica o dalle persone che vivono quotidianamente con loro;
- l'uso pragmatico, ovvero il senso sociale del linguaggio è molto compromesso, in particolare per gli aspetti non letterali;
- vi può essere inversione pronominale (le persone autistiche vi dicono “vuoi mangiare?” oppure “vuoi andare a letto?” per dire che loro vogliono mangiare a o andare a letto).

Nel linguaggio delle persone non autistiche esiste tutta una serie di significati che rimangono impliciti, e che una persona autistica non è in genere capace di cogliere. Anche nel linguaggio, però, possono essere individuate “isole di abilità”, come iperlessia (alcuni bambini con autismo possono imparare a leggere molto precocemente, magari senza cogliere il senso di quanto stanno leggendo); possono saper tradurre una parola in tantissime lingue; possono imitare in maniera perfetta gli altri accenti... In ogni caso, anche le persone con autismo che hanno buone capacità verbali non riescono a usare in maniera corretta il linguaggio per fini sociali, comunicativi, o a implicarsi in una conversazione al pari di persone senza autismo. In alcune persone, per quanto strano questo possa sembrare, le capacità verbali possono essere maggiori di quelle di comprensione. Le capacità di comprensione possono essere facilitate da una chiarificazione, che avvenga tenendo presenti i punti di forza delle persone con autismo.

Una modalità per chiarificare in genere ritenuta attualmente adeguata per l'autismo è la visualizzazione. “Vedere” è, per le persone con autismo, la “lingua madre”, e in genere aiuta a comprendere molto più che ascoltare spiegazioni.

Per illustrare il senso della visualizzazione nell'autismo, vi parlerò di una persona, che

chiameremo Emanuele. Ve ne parlo con il consenso dei suoi genitori, e ricordo sempre e ringrazio con affetto suo padre, che ha fatto e fa tanto per lui, e Emanuele, che ha fatto tanto per me.

All'epoca di cui vi parlo, Emanuele era un giovane adolescente, poco più che un bambino, anche se fisicamente era grande e grosso. La sua famiglia veniva da un paese non europeo, ma da tempo risiedeva in Italia. La mia prima esperienza con lui è avvenuta all'interno di un soggiorno estivo, quindi lui si trovava per la prima volta lontano dai suoi genitori, e ne soffriva visibilmente.

Da un punto di vista linguistico, era quello che si definisce “scarsamente verbale”, perché pronunciava, con una prosodia particolare, poche parole di cui non potevamo capire il senso se non chiedendolo ai suoi genitori. Ad esempio, diceva ripetutamente la parola “Mercurio” intendendo con ciò di voler disegnare. Poteva ripetere le parole che gli venivano dette, ma non sembrava coglierne il senso. All'epoca era in cura farmacologica per attacchi d'ira: era un ragazzo generalmente tranquillo e appariva collaborativo, ma poteva aggredire l'interlocutore. A quel tempo non ci era chiaro che cosa innescasse questo comportamento.

Un giorno io ed Emanuele lavoravamo sulle abilità di autonomia: gli insegnavo a spazzare. Come ho detto, Emanuele era collaborativo, e io gli stavo chiedendo di mettere le sedie sui tavoli per poter spazzare per terra. Lui mise le prime sedie, e poi si fermò. Lo esortai a continuare, indicandogli la sedia seguente. Ma lui si rifiutò, dicendo “no sedia!” indicando la nuova sedia. Si trattava di una sedia di un materiale diverso dalle precedenti e di un altro colore, ma era pur sempre evidentemente una sedia. Io insistetti un po', ma lui continuava a rifiutarsi e io capii che avrebbe potuto arrabbiarsi. Perché non riconosceva una sedia come tale? Cosa stava succedendo?

Prima di parlarvi di come si risolse la faccenda, devo dirvi ancora qualcosa. Le persone come Emanuele non sono capaci di categorizzare gli oggetti in base alla loro funzione, ma si attengono strettamente all'informazione percettiva, sensoriale; ad esempio se per noi è naturale considerare un bicchiere di plastica e un bicchiere di vetro pur sempre un bicchiere, per le persone affette da autismo essi sono due oggetti completamente differenti. A livello comportamentale si spiega così il fatto che molte persone con autismo debbano bere sempre e soltanto dallo stesso bicchiere, perché sanno che solo quel bicchiere serve per bere. Le attività ripetitive e stereotipate tipiche delle persone con autismo possono essere spiegate, anch'esse, in virtù di questa caratteristica.

Gunilla Gerland, una persona autistica con un alto funzionamento, che ha scritto un'autobiografia dal titolo *Una persona vera*, racconta che quando era piccola pensava che sua sorella sarebbe tornata a casa solo se si fosse presentato uno scenario sostanzialmente identico a quello del giorno prima.

Le persone con autismo hanno anche forti disturbi percettivi relativi a tutti i sensi, ma i disturbi uditivi possono ostacolare la comprensione e l'espressione verbale: la voce umana può risultare molto fastidiosa. Una persona con autismo con alte capacità ed una buona comprensione verbale, riuscirebbe a comprendere il mio discorso parlato solo se parlassi molto molto lentamente, mentre potrebbe non avere alcuna difficoltà di comprensione se lo leggesse. Un'altra donna con autismo con alto funzionamento ha detto: “Le parole nella mente delle persone autistiche arrivano veloci come un treno, si fermano poco nella mente e prima che tu abbia capito quelle, ne arrivano altre che si accavallano e non permettono la comprensione”.

Inoltre, le persone con autismo colgono innanzi tutto il significato letterale delle frasi e si perdono tutti i significati impliciti suggeriti dal contesto. Gunilla Gerland scrive di sé: “Se qualcuno mi faceva una domanda indiretta io rimanevo in silenzio. Ad esempio qualcuno mi diceva: - mi servirebbe il tuo numero di telefono – e io, nel migliore dei casi rispondevo: - Ah – come se quella del mio interlocutore fosse una constatazione, non capivo che fosse una domanda implicita. Quando, dopo qualche secondo mi chiedevano: - posso avere il tuo numero di telefono? – rispondevo: - Sì – però il silenzio si ripeteva, e solo quando qualcuno mi chiedeva direttamente: - qual è il tuo numero di telefono? – io rispondevo dicendo il mio numero di telefono”.

Inoltre, le persone affette da autismo non riescono a generalizzare, cioè non sanno utilizzare in contesti differenti un apprendimento avvenuto in una certa situazione; anche questa particolarità deriva dalle difficoltà di categorizzazione.

Si dice che le persone con autismo manchino anche di una “teoria della mente”. La “teoria della mente” è la capacità di intuire le emozioni, le motivazioni, gli stati d'animo, le aspettative, i pensieri, ecc. delle altre persone. I nostri ragazzi non riescono a formarsi una teoria della mente e per questo si sentono estranei. Un altro aspetto che complica le relazioni con gli altri è la difficoltà a riconoscere le espressioni del viso e tutte le altre routine sociali che invece chi non ha l'autismo non ha mai dovuto faticare per apprendere. Se non sai cosa vuole da te il tuo interlocutore, difficilmente riuscirai a rispondere adeguatamente.

Tutte queste difficoltà conducono a comportamenti problematici: se non vieni compreso, se non puoi esprimerti, se tutti intorno a te parlano “una lingua straniera”, come puoi rispondere? I comportamenti problematici, in genere, sono messaggi (non tutti, ma questo è un altro argomento).

Ci sono molte incomprensioni sulla comunicazione sull'autismo ad esempio:

- le persone con autismo non sono motivate a comunicare;
- hanno una fondamentale difficoltà ad articolare le parole;
- insegnando alle persone con autismo a parlare permetteremo loro di comunicare.

Le cose, almeno per la comunità scientifica internazionale, non stanno così. Attualmente si pensa che:

- le persone con autismo sono interessate a comunicare né più né meno che tutte le altre persone;
- non sanno, però, come comunicare;
- può esserci un problema fono-articolatorio, ma non è quello centrale;
- l'autismo è fondamentalmente un problema di comunicazione;
- comunicare è molto più che parlare; si può comunicare anche senza parlare e non è sufficiente parlare per comunicare.

Passiamo, però, a parlare dei punti di forza delle persone con autismo: il pensiero visivo. Dice Temple Grandin, che è una persona con autismo molto dotata: “per le persone autistiche è difficile riuscire a comprendere cose per le quali è difficile pensare per immagini. È per questo che le persone autistiche non hanno problemi con i sostantivi in quanto essi rappresentano direttamente delle immagini... io penso per immagini, per me le parole sono

una seconda lingua.” Temple Grandin ci dice che lei comprende ciò che vede. E questo dà indicazioni apparentemente facili sul trattamento: basterebbe mostrare. Ma Temple, come Emanuele, non vede esattamente quello che vedo io, perché vedere è una funzione attiva: significa dare senso, ed Emanuele mi dice che, se una sedia non è identica ad un'altra, non è assolutamente una sedia. Devo quindi trovare una sorta di comune denominatore visivo, qualcosa che mi aiuti a far capire, appunto, attraverso il vedere. Tornando alla storia di Emanuele, suo padre ci aveva spiegato che Emanuele poteva leggere brevi parole, e che spontaneamente tendeva a chiamare gli oggetti con il nome che c'era scritto su un'etichetta. Decisi così di “etichettare” gli oggetti. Scrisi “sedia” su alcune etichette adesive che incollai ad ognuna delle sedie. Cominciò a chiamarle toccandole, e sembrava felice. Nei giorni seguenti etichettammo ogni cosa. Successivamente, tutto il Centro venne etichettato! Emanuele era entusiasta: leggeva le parole e mostrava le scritte come se si trattasse di una conquista personale. I suoi attacchi d'ira diminuirono e poi scomparvero. Successivamente venne sospeso il trattamento farmacologico e non fu più ripreso. Con il tempo, Emanuele imparò a leggere delle frasi precedentemente preparate per lui, utilizzandole in senso espressivo. Fece poi a meno del supporto visivo, ma questo avvenne dopo molto tempo. Ancora oggi, Emanuele non fa conversazione, ma può esprimere i suoi bisogni.

Per le persone con autismo comunicare è difficile. Imparare a parlare, come avviene naturalmente per le persone senza autismo, pone problemi che non verranno mai superati, neanche dalle persone con autismo più dotate, quelle che si serviranno comunque del linguaggio verbale nella relazione con gli altri: parlare sarà per sempre “una seconda lingua”.

Per comprendere, la “madrelingua” utilizzata da un bambino con autismo sarà il “vedere”. Per insegnare ad un bambino con autismo è dunque necessario “mostrare”. Ma l'atto del mostrare porta a comprendere solo se è accompagnato dalla profonda consapevolezza dell'educatore di come la persona con autismo “vede”. Insegnare, partendo da ciò che il bambino con autismo “vede” del nostro mondo significa ripensare radicalmente concetti che abbiamo appreso senza fatica – o con una fatica dimenticata – e riproporli in una lingua che non è la nostra.

E se anche, come educatori, riusciremo a far comprendere, questo non produrrà, per semplice conseguenza, un miglioramento della capacità di esprimersi del bambino. Per comunicare, non importa con che forma, il bambino con autismo dovrà aver colto il “potere” della comunicazione. Solo se sapremo organizzare le condizioni che permettono al bambino con autismo di trovare “utile” la comunicazione, il bambino riuscirà a farci vedere di cosa ha bisogno, a indicare, a richiamare la nostra attenzione sugli eventi che sollecitano la sua.

Oggi sappiamo che la pratica della visualizzazione per le persone con autismo ha un senso confermato dalle ricerche sperimentali. L'insegnamento delle capacità di comunicazione occupa un posto centrale nell'intervento per l'autismo, ha una sua peculiare valutazione e delle sue modalità di intervento, che non sono l'oggetto della presente relazione.

Solo alcune persone con autismo hanno la capacità di leggere, ma non è della lettura che vi sto parlando: vi parlo di insegnare ad andare, in un modo o nell'altro, oltre la percezione, oltre l'informazione data, verso un linguaggio enormemente astratto, come è quello di noi non autistici, ma traducibile. Per “tradurre” dobbiamo accettare che la nostra non è l'unica lingua possibile, dobbiamo uscire da noi stessi e guardare il mondo con gli occhi di Emanuele e di tante altre persone, non come “una versione guasta” del nostro mondo, ma solo come una versione diversa. Vi ringrazio.

### 3.4 La ricerca scientifica sull'autismo: aspettative, risultati, limiti

*di Costantino Salerno*  
*Professore ordinario di Biochimica Clinica presso la facoltà di*  
*Medicina dell'Università di Roma "La Sapienza"*

Le alterazioni pervasive dello sviluppo del bambino, e in particolare l'autismo, costringono i genitori a confrontarsi con quadri sintomatologici fortemente invalidanti per i quali non sono noti, nella grande maggioranza dei casi, le cause scatenanti, i meccanismi fisiopatologici alla base delle manifestazioni cliniche, nonché i metodi per una cura efficace. Il più delle volte i sintomi si mantengono costanti per il resto della vita, richiedendo un'intensa azione di supporto da parte della famiglia, della scuola e della società. L'affezione stessa, limitata prevalentemente o esclusivamente alla sfera del comportamento e non riferibile in modo chiaro ad alterazioni di natura organica, appare ai genitori difficilmente paragonabile alle altre comuni malattie che colpiscono l'infanzia.

Le difficoltà intrinseche nel campo della ricerca neurofisiologica e la scarsa diffusione di risultati anche importanti della ricerca di base fra il vasto pubblico contribuiscono ad avvolgere il disturbo autistico in un alone di mistero.

Numerose teorie sono state elaborate per spiegare l'autismo e per anni si sono fronteggiati due diversi schieramenti: da un lato gli psicoanalisti, secondo i quali la causa era da ricercarsi in un grave disturbo affettivo dovuto a un cattivo rapporto con la prima figura di attaccamento (generalmente la madre) nelle prime fasi di vita, dall'altro lato gli organicisti che affermavano l'origine biologica dell'autismo.

Le tesi sostenute dagli psicoanalisti, in particolare da Bruno Bettelheim, hanno avuto soprattutto in Italia un grande successo negli anni Settanta e Ottanta e hanno portato alla colpevolizzazione della figura materna, castigata con la malattia del figlio a causa del suo comportamento poco amorevole, in linea con una tradizione che ha percorso la storia fino ai nostri giorni, secondo la quale la malattia è una forma di punizione nei riguardi di colui che ha praticato uno stile di vita errato. Malgrado diversi psicologi preferiscano tuttora ignorare la realtà dei fatti, le teorie psicoanalitiche sull'autismo non hanno trovato un riscontro obiettivo, suscitando nel contempo una crescente avversione nei genitori, ingiustamente resi responsabili di una colpa non commessa.

Lo studio sistematico delle possibili basi biologiche dell'autismo ha rappresentato una reazione alle inconcludenti teorie psicoanalitiche sulla malattia e le iniziali osservazioni e scoperte hanno suscitato grandi speranze nelle famiglie. Tuttavia, l'idea ampiamente diffusa fra la popolazione e fortemente sostenuta dai mass media che ogni problema medico può o potrà in breve termine essere facilmente risolto mediante l'uso delle moderne tecnologie ha portato a sottovalutare le difficoltà inerenti al lavoro scientifico. L'analisi critica dei risultati è stata ostacolata dal comportamento disinvolto di alcuni ricercatori con pochi scrupoli che, innamoratisi di ipotesi di lavoro prive di una seria validazione sperimentale, sono passati direttamente a proporre terapie sprovviste di efficacia, spacciandole per buone, approfittando così dell'effetto placebo suscitato nel vuoto di conoscenza. Spesso le famiglie sono state irretite, attraverso i mezzi di comunicazione di massa, da truffatori che fanno leva sulla disperazione dei genitori per carpire la loro buona fede ed ottenere facili guadagni con la promessa di mirabolanti interventi diagnostici e terapeutici. La sempre maggiore disponibilità

di strumenti informatici presso il largo pubblico ha contribuito alla diffusione di false notizie ed ha indotto molte famiglie ad intraprendere costosi “viaggi della speranza” presso istituzioni pseudoscientifiche straniere. L'unica prova che i sostenitori di tali nuove terapie portano a documentazione della loro efficacia è la soddisfazione di alcuni genitori. Il rapporto di tipo privatistico che si instaura fra il terapeuta ed il paziente contribuisce ad impedire una seria verifica della validità dell'intervento: chi è soddisfatto per essere migliorato (oppure chi crede di essere migliorato senza esserlo) resta fedele al trattamento, mentre chi crede di non avere avuto risultati non torna più a pagare lo specialista e si rivolge altrove. Nessuno dice mai quanti hanno provato la cura e quale percentuale ne ha tratto beneficio.

Malgrado queste difficoltà, la ricerca scientifica sull'autismo ha compiuto ugualmente enormi progressi in questi ultimi anni. I maggiori successi sono stati ottenuti nello studio delle forme di autismo secondarie ad alterazioni di natura metabolica, recentemente individuate, che riguardano il 5-10% dei pazienti con alterazioni pervasive dello sviluppo. Le ricerche in questo campo sono numerosissime e si riferiscono generalmente alla malattia di base, che è stata analizzata in dettaglio sotto il profilo genetico, biochimico e fisiopatologico. Bisogna ricordare a tale proposito gli studi sulla genetica della sindrome di Rett e della sindrome dell'X-fragile e le ricerche biochimico-metaboliche sui difetti congeniti del metabolismo purinico ed aminoacidico, che costituiscono tuttora dei modelli estremamente utili per la comprensione della fisiopatologia della sindrome autistica. Gli studi, che si riferiscono ad un sottogruppo di soggetti autistici ed interessano perciò solo una minoranza di casi, sono ancora sconosciuti in Italia e, anche a ragione delle limitate risorse economiche e della profonda crisi organizzativa e strutturale in cui versa il sistema sanitario, ben poco è stato fatto per uno screening sistematico della popolazione al fine di programmare interventi mirati di prevenzione attraverso consultori genetici e di assistenza attraverso terapie mirate già disponibili.

### 3.5 La comunicazione nell'autismo: problema degli autistici, delle loro famiglie e dei mezzi di comunicazione di massa

di Carlo Hanau

*Direttore della rivista “Il Bollettino dell'Associazione Nazionale dei Genitori Soggetti Autistici”*

*Docente di programmazione ed organizzazione dei servizi sociali e sanitari  
Corso di laurea in scienze dell'amministrazione dei servizi sociali e sanitari*

*Facoltà di scienze della formazione  
Università di Modena e Reggio Emilia*

La sindrome autistica è una delle più gravi che possano colpire un bambino, sia per la sua durata, che normalmente coincide con la vita intera, sia per la riduzione della qualità di vita. Non si deve assolutamente confondere l'autismo con il mutismo elettivo.

L'autismo è un problema di comunicazione, non di verbalizzazione. Le persone con mutismo elettivo sono persone che non vogliono comunicare, mentre le persone con sindrome autistica non sanno comunicare, avendo lesi i meccanismi cerebrali del linguaggio.

L'importanza di questa distinzione emerge nel momento in cui ci troviamo di fronte a

delle persone che, per motivi che mi sfuggono e che non desidero indagare, vogliono essere considerate autistiche pur non essendolo.

È importante mettersi d'accordo sui termini, altrimenti organizzazioni come l'ANGSA fanno molta fatica a delimitare il loro campo di azione e quali devono essere i suoi associati. Ci sono persone che pur considerandosi autistiche, hanno un livello di autonomia che rasenta la norma: la nostra associazione non vuole occuparsi di questo gruppo di persone.

La nostra associazione si chiama Associazione Nazionale Genitori Soggetti Autistici, proprio perché raccoglie i genitori di quelle persone la cui sindrome impedisce loro di rappresentarsi da soli; non intendiamo rappresentare chi ha la capacità di rappresentarsi da solo. Sarebbe molto deleterio accogliere i genitori di soggetti in grado di rappresentarsi da soli, perché permetteremmo a questi genitori di comprimere le potenzialità di autonomia di quanti, pur essendo definiti autistici, hanno possibilità molto più alte.

L'ANGSA, per definire il suo campo di azione, considera autistici sia i soggetti con ritardo mentale sia quelli alla "Rain Man", con isole di abilità e capacità di parlare, ma non di comunicare. Invece il soggetto rappresentato nel libro "Lo strano caso del cane ucciso a mezzanotte" è un esempio di ciò che consideriamo un soggetto con sindrome di Asperger, abbastanza capace di rappresentarsi da solo. In questo libro il ragazzo ha paura che il padre lo uccida perché riesce a scoprire, con un'acuta indagine sugli indizi, che il padre ha ucciso il cane della vicina di casa. La sua patologia non gli consente di capire la differenza fra l'uccisione di un cane e quella di un figlio e perciò scappa e raggiunge da solo la madre, che abita molto lontano da casa sua. Tutte queste facoltà non sono compatibili con una diagnosi di autismo, mentre si adattano bene a quella di Asperger.

Ci sono sul territorio nazionale due associazioni che rappresentano, invece, i soggetti che noi escludiamo (Asperger e sindrome da ipercinesia e disattenzione continua ADHD).

Per gli autistici ANGSA chiede che siano abilitati (o riabilitati, per quei pochi soggetti che hanno cominciato a parlare e poi sono regrediti verso disturbi comunicativi e pervasivi tipici dell'autismo) con la logopedia, all'interno di una strategia precoce, globale ed intensiva, che usi i metodi cognitivo-comportamentali che hanno dato prova della loro validità nei tempi lunghi.

Non bisogna disperare: abbiamo casi in cui bambini hanno cominciato a pronunciare parole a 8-9 anni, quindi è importante che i genitori mantengano la speranza, così come è importante che la logoterapia venga fatta quanto prima. Già a 18 mesi molti autistici possono essere diagnosticati e presi in carico.

Si chiede che le istituzioni scolastiche svolgano un'opera assidua e costante per tutto il tempo che si può e che si deve, generalmente 30-40 ore la settimana, in collaborazione con genitori ed educatori.

Quali le modalità della presa in carico? È innanzitutto importante cominciare puntando in alto, cercando di portare il bambino autistico a parlare. Ovviamente potremmo ritenerci soddisfatti se l'uso del linguaggio raggiunge livelli che consentono al soggetto di esprimere, almeno, le sue elementari esigenze. Il primo vero problema delle persone autistiche è quello di non poter esprimere neanche le più elementari esigenze, poiché il linguaggio è assente nella metà dei casi ed è non comunicativo (per ecolalia, ossessività etc.) nella restante parte.

Se non si riesce a insegnare al bambino autistico a parlare, è fondamentale comunque provare a insegnargli a scrivere. Abbiamo visto però che per la persona autistica è difficile passare dal segno scritto astratto (la parola) al suo significato.

Se non riesce a scrivere è importante provare a insegnargli a comunicare attraverso le figure, ad esempio con il metodo PECS (Sistema di comunicazione basato sullo scambio di figure). Si vuole che, se una persona autistica ha voglia di mangiare, deve poter comunicare che ha voglia di mangiare e cosa vuole mangiare!

D'altra parte bisogna stare attenti a non puntare troppo in alto, perché altrimenti non si porta a casa nessuna preda. È quindi importante saper riconoscere quando è necessario abbassare il tiro delle aspettative nei confronti del nostro soggetto autistico.

Se poi, e non ho paura di essere polemico, si vuole far credere che un bambino autistico ha imparato a scrivere, quando invece è il facilitatore a scrivere per lui, allora si commette un errore, perché in questo modo l'autonomia possibile del soggetto in questione viene di fatto compressa, con la sola contropartita di favorire la nascita di un'illusione negli operatori e nei genitori.

Di recente abbiamo avuto trasmissioni radiofoniche e televisive che hanno fatto molto male rispetto alla comprensione dei problemi delle persone autistiche, così come di quelli dei loro genitori. Mi riferisco a quelle trasmissioni televisive di RAI 2 in cui un soggetto con un problema di cecità e di spasticità è stato presentato come autistico: quanto siamo lontani dalla descrizione di Kanner di bambini apparentemente sani, ma con gravissimi difetti del sistema nervoso non rilevabili strumentalmente!

Alcuni comportamenti autistici sono comuni a molte persone, che non per questo vanno considerate autistiche. Il primo errore di linguaggio venne commesso da Kanner che etichettò come "autismo infantile precoce" la dozzina di bambini del suo ospedale, utilizzando un termine che in psichiatria era già stato usato per altra patologia da Bleuler, che aveva definito autistica la fase di ripiegamento su sé stesso del malato con disturbo bipolare.

Un soggetto che ha la sindrome da X-fragile e il comportamento autistico deve essere classificato come affetto da sindrome di X-fragile, tutt'al più aggiungendo la dicitura "con comportamento autistico".

Man mano che la scienza va avanti, si escludono dalla diagnosi di autismo tutti quei quadri sintomatologici nei quali, pur essendovi un comportamento autistico, si possono individuare alterazioni organiche precise che provocano tale comportamento, che è comunque tale da non consentire una vita di relazione minimale. Ad esempio, i media hanno spesso presentato all'opinione pubblica Donna Williams come autistica, generando grande confusione: la Williams dice: "io sono autistica, ero autistica", ma per sua fortuna la sua vita è completamente diversa da quella dei soggetti autistici di cui si occupa ANGSA, i quali non possono neppure sognare di condurre una relazione con un partner, come ha fatto lei.

La nuova classificazione statistica internazionale ICD-10 non riprende l'aggettivo pervasivo (della classificazione americana DSM IV) nella definizione del disturbo autistico, ma definisce pur sempre la categoria F84, Sindromi da alterazione globale dello sviluppo psicologico, all'interno della quale esiste la sottocategoria F84.0 Autismo infantile, F84.1 Autismo atipico insieme alle altre ivi comprese, fino ad arrivare all'Asperger. Occorre che ci si accordi sui termini, altrimenti si finisce per discutere sul nulla.

Se ci si trova di fronte a persone che sono in grado di condurre una vita matrimoniale, non posso ritenere queste persone autistiche e soprattutto non devo trattare queste persone come se fossero autistiche.

È importante rivisitare le tesi errate degli autori che hanno trattato il problema dell'autismo. Ad esempio, Kanner ha fondato la tesi secondo cui la causa della sindrome autistica è

la carenza di amore della madre su un campione molto limitato di casi, la sua prima clientela, formatasi subito dopo la sua prima descrizione della sindrome autistica. Il reclutamento della sua clientela si fondava su un errore sistematico: tutte le famiglie che si erano rivolte a lui erano di ceto sociale elevato, sia culturalmente che economicamente, spesso con la madre in carriera. Questo aveva spinto Kanner a ritenere che l'autismo fosse diffuso soltanto fra le classi sociali elevate, ove la madre era meno disponibile per il figlio. L'errore, tipico di molti medici, consiste nel ritenere che la propria clientela sia rappresentativa dell'intero universo dei malati. Non ha tenuto conto che soltanto le classi sociali più elevate possono conoscere quello che aveva scritto uno specialista su una rivista specialistica, e che soltanto un reddito elevato poteva consentire di accedere al famoso ospedale in cui Kanner lavorava, provenendo da tutta l'America del Nord.

È incontrovertibile che ci troviamo di fronte ad un grave errore statistico, che 12 anni dopo è stato riconosciuto dallo stesso Kanner, che ne fece ammenda davanti ai genitori, e che nominò il Prof. Schopler suo successore nella guida della rivista da lui fondata, il Journal of Autism. Purtroppo questa tesi errata, quella dell'autismo indotto da una carenza affettiva nella relazione fra madre e bambino, venne ripresa e pervicacemente mantenuta da molti psicanalisti psicodinamici, Bettelheim, Tustin e infine anche dai Tinbergen: la madre venne giudicata fredda (tossina psicologica, madre frigorifero, kapò) tanto da essere equiparabile alla privazione di amore dei bambini nei campi di concentramento nazisti. In realtà uno studio su molti bambini reduci dai campi di concentramento nazisti, condotto da Anne Freud nel 1952, aveva già dimostrato che questa esperienza, pur essendo ai limiti della sopportazione umana, non determina la sintomatologia tipica dell'autismo.

Un altro esempio eclatante di disinformazione sull'autismo è una notizia Ansa del 10.4.2003, riferita al cromosoma 7, "nel quale si nascondono almeno 360 geni associati a malattie, tra le quali l'autismo...". Si è forse scoperto il gene dell'autismo? In realtà la professoressa Elena Maestrini, che da un decennio si occupa di ricerca genetica sull'autismo, ora all'Università di Bologna e prima ad Oxford, ha scritto per il Bollettino dell'ANGSA n. 2/3 2003 che questa notizia è solo parzialmente vera: in una ricerca sul cancro si sono individuati 3 soggetti autistici con traslocazioni cromosomiche a carico del cromosoma 7, ma siamo ben lontani dal poter affermare, come fa la stampa sensazionalisticamente, di aver trovato il gene dell'autismo.

Ancora, Famiglia Cristiana ha dichiarato che esistono nuove speranze per le persone autistiche in virtù dell'utilizzo della comunicazione facilitata, del protocollo DAN! e della delfinoterapia. Quando un giornale che ha una tiratura di un milione di copie pubblica una notizia del genere, l'impatto sui genitori dei ragazzi autistici è fortissimo, aumentando le aspettative verso la ricerca e verso la stessa ANGSA.

Una persona normale, seppur in certi limiti, ha libertà di scegliere le forme di cura che gli sono più congeniali. Ma quando una persona è disabile, debole, malata inguaribile, questi messaggi illusori inducono la persona e/o i suoi parenti anche a svenarsi pur di avere una possibilità di salvarsi.

Il problema è che queste nuove tecniche non vengono divulgate per quello che sono, cioè ipotesi di ricerca, ma per vere e proprie terapie come se la loro efficacia fosse stata comprovata; in sostanza, vengono commercializzate prima che venga dimostrata la loro validità terapeutica.

Un esempio è il caso della secretina. Tempo fa venne pubblicato, su tutti i giornali (non

sulle riviste specialistiche, come dovrebbe essere) che questa proteina aveva portato un netto miglioramento in un bambino affetto da autismo, il quale era quasi guarito. Di conseguenza migliaia di persone con figli autistici si lanciarono nella corsa all'acquisto della secretina con immancabili speculazioni. Solo diversi anni dopo ripetuti studi hanno dimostrato che la secretina non fa bene agli autistici, come da noi ricordato nel capitolo 3 del recentissimo libro: *Autismo: che fare* (Vannini editrice, Brescia). Eppure ci sono ancora molti genitori, come Bernard Rimland dell'ARI, che ritengono la secretina una valida cura.

Esiste anche una drammatica carenza di formazione circa l'autismo persino nel personale medico, pediatri compresi. Una nostra ricerca condotta in Emilia Romagna (Dossier 103/2004 dell'Agenzia Sanitaria Regionale e della Regione Emilia Romagna: Assistenza alle persone affette da disturbi dello spettro autistico) e un'altra in Veneto (condotta dalla Prof. Paola Facchin dell'Università di Padova) hanno evidenziato che tra l'allarme dei genitori e la diagnosi dei pediatri sono intercorsi mediamente due anni prima di effettuare una diagnosi di autismo.

Ancora oggi si vendono migliaia di copie del libro *“La fortezza vuota di Bettelheim”* e vi sono docenti universitari che seguono gli errori di questo mostro sacro, insegnando gli errori del falso maestro agli studenti di Psicologia e di pedagogia. È per questo che ci sentiamo in obbligo di fare informazione e controinformazione. L'ANGSA ha pubblicato decine di migliaia di copie di Calimero e l'amico speciale (G.Ippolito et al.), che non ha pretese scientifiche, ma vuole proporsi come una fiaba didattica che conduca i bambini a riconoscere la condizione reale dei loro compagni affetti di autismo, come soggetti disabili che devono essere compresi ed aiutati, nonostante la loro innata ed oggettiva difficoltà a comunicare ed a rapportarsi con gli altri. Questa è la modalità di comunicazione che ci sembra utile e corretta.

### 3.6 L'autismo delle istituzioni

*di Carmela Cerqua  
vice presidente dell'A.N.P.A.M.M.*

Con questo intervento intendo mettere in evidenza l'amara e triste realtà in cui si trovano i soggetti definiti autistici perché presentano iperattività, autolesionismo, problemi prassico-motori e sensoriali con conseguente difficoltà di comunicazione e di interazione con l'ambiente.

Alcuni casi dimostrano che le cause di questo stato vanno ricercate in patologie metaboliche rare, ma le istituzioni, e i medici in genere, rifiutano la ricerca di tali cause con argomenti ed interventi che escludono l'origine organica dello stato di questi soggetti che, con un termine più letterario che scientifico, definiscono “autismo”.

Non avendo una diagnosi sulle cause, tali soggetti continuano a soffrire per la mancanza delle conseguenti cure specifiche per la patologia di cui sono affetti e per la mancanza di specifici aiuti finalizzati a una migliore qualità della loro vita e all'utilizzazione delle loro facoltà intellettive.

La convinzione generalizzata che si tratta di soggetti insufficienti mentali, come spesso vengono gratuitamente diagnosticati, non permette un adeguato inserimento nell'attività

scolastica, malgrado siano persone capaci di apprendere.

Esiste cioè verso questi soggetti una chiusura e un'indifferenza da parte di medici e istituzioni che, calpestando il diritto alla salute costituzionalmente garantito, assumono irresponsabilmente quel comportamento di chiusura e di mutismo che viene attribuito a tali soggetti.

Per questo si può parlare di autismo delle istituzioni.

Anziché diagnosticare ai soggetti artistici le patologie che causano i loro disagi, si prescrivono psicofarmaci ed interventi psicologici, perché si ritiene che la causa sia psicogena, e anticonvulsivanti quando si manifestano crisi convulsive, anche se i soggetti sono farmaco-resistenti. Inoltre, si preferisce allontanare i ragazzi dalla famiglia e dalla scuola per chiuderli in istituti dove il totale abbandono e l'abbruttimento in cui versano, oltre a provocare un enorme spreco della spesa pubblica, impedisce un aiuto sostanziale per migliorare la qualità della loro vita.

Per migliorare la qualità della loro vita non bastano gli aiuti che le amministrazioni regionali, provinciali e comunali decidono in favore di pochi e non di tutti, mediante operatori il cui intervento consiste spesso soltanto nell'agevolare le operazioni pratiche della loro vita. Occorre innanzitutto trovare le cause della disabilità, come premessa necessaria per far prevenzione e terapia, per programmare adeguatamente il l'inserimento nella scuola, per stimolare le facoltà intellettive e suscitare l'entusiasmo all'apprendimento, essenziale per la loro vita.

Sporadici aiuti, in situazione di estrema gravità, non danno la gioia e lo stimolo a vivere con gli altri e non diminuiscono la loro continua sofferenza esistenziale e quella delle loro famiglie.

Con tali aiuti le istituzioni, pur sostenendo un'enorme spesa, è come se fossero comunque assenti, poiché questi soggetti vanno continuamente stimolati, mancando in autonomia ed essendo costretti a vivere e ad apprendere solo attraverso gli altri.

Il problema va risolto con diagnosi, cure e operatori scolastici competenti nelle varie discipline scolastiche per favorire l'apprendimento e per migliorare effettivamente la loro esistenza.

Mancano però specifiche strutture sanitarie per le diagnosi e le cure delle malattie metaboliche rare, mancano iniziative e personale scolastico idoneo per l'effettivo inserimento nella scuola e per agevolare l'apprendimento del programma di classe, con il conseguente abbandono a se stessi anche nella scuola dove spesso vengono affiancati, quando viene assegnato, da personale di sostegno non adeguatamente preparato ad aiutarli ad apprendere.

Si è in presenza quindi di un sostanziale autismo delle istituzioni, cioè della loro chiusura e del loro mutismo con il rifiuto a dare, con cure che potrebbero essere risolutive, un effettivo aiuto a tali soggetti mediante l'istituzione di specifiche strutture sanitarie per le diagnosi e le cure adeguate relative, ad esempio, ai casi di alterazioni del ciclo delle purine e delle pirimidine, e con la preparazione di personale scolastico di sostegno valido per l'apprendimento. Solo così può essere migliorata la qualità della vita di queste persone e delle loro famiglie.

Non è quindi un titolo provocatorio quello dato al mio intervento, ma l'amara constatazione di una realtà, immutata dopo venti anni di lotta intrapresa con dolore e sofferenza per far luce sulla verità: sono costretta ancora a confrontarmi con i rifiuti e le preclusioni delle istituzioni che continuano ingiustificatamente ad ostacolare mia figlia Francesca.

Mia figlia, che ha venti anni, è affetta da una patologia metabolica rara gravissima, la "ca-

renza enzimatica di adenilsuccinatoliasi". La diagnosi arrivò nel 1992 dal prof. Costantino Salerno, allora primario del Servizio Speciale di Enzimologia Clinica presso il Policlinico Umberto I di Roma e unico esperto di tale malattia, dopo anni di pellegrinaggi da un centro all'altro nel disperato tentativo di dare una risposta scientifica ad una diagnosi di "autismo" che mi sembrava, come già affermato, più un termine letterario che una definizione di una patologia di cui vedevo i sintomi devastanti.

Dopo vent'anni continuo a lottare con le istituzioni che vorrebbero reinserire mia figlia nel calderone dei soggetti con diagnosi generica di autismo, pur conoscendo la gravità della sua malattia metabolica rara che la pone a rischio di vita in ogni momento. L'hanno abbandonata privandola dell'assistenza medica adeguata di cui ha bisogno.

Il citato Servizio di Enzimologia Clinica, che rappresentava una struttura d'eccellenza per la malattia di mia figlia e per tutte quelle che potrebbero essere causate da un'alterazione del ciclo delle purine e delle pirimidine, aveva iniziato anche cure sperimentali per la carenza di adenilsuccinatoliasi, ma è stato immotivatamente chiuso nel 1997.

Da allora mia figlia non ha avuto più un'assistenza sanitaria, né specifica né generica, e si limita, in base agli studi del Prof. Salerno a seguire una dieta suggerita da tali studi.

Nonostante i ripetuti interventi presso le istituzioni (Ministero della Sanità, Istituto Superiore di Sanità, Regione Lazio, Policlinico Umberto I), il Servizio di Enzimologia Clinica non è stato finora riattivato, pur essendo l'unica struttura specialistica in Italia per la malattia di Francesca. Al contrario sono stati istituiti centri per altre malattie rare con delibera n. 1324 in data 5 dicembre 2003 della Regione Lazio, ma in essa non figura alcun centro di riferimento per la patologia di Francesca.

Risulta evidente una chiusura, un'indifferenza e quindi un reale autismo delle istituzioni nei confronti di mia figlia e degli altri soggetti con sintomi analoghi che potrebbero avere patologie del ciclo delle purine.

Anzi, dopo tanto mutismo ed indifferenza, un funzionario della regione ci ha comunicato che nella citata delibera è indicato l'ospedale Bambin Gesù quale centro per mia figlia, mentre l'ospedale smentisce di occuparsi di tali patologie. Siamo di fronte ad una grave mistificazione dei fatti e della realtà da parte delle istituzioni, che ancora una volta sono incuranti della vita di tanti innocenti.

Dopo numerosi interventi come vice presidente dell'A.N.P.A.M.M., un esperto di malattie metaboliche nel convegno annuale promosso dall'Istituto Superiore di Sanità nel 2003 ha pubblicamente affermato che non bisogna dare false speranze ai genitori di ragazzi che presentano sintomi che vengono definiti "autistici", senza considerare che un genitore comunque cerca in qualsiasi modo di far migliorare la qualità della vita del proprio figlio anche rivolgendosi alla medicina alternativa. Dunque, non si fanno diagnosi su tali patologie perché si ritengono incurabili, ma contemporaneamente si continua a proporre l'integrazione nella scuola di bambini malati e a presentare progetti per l'autismo che non serviranno né ai ragazzi né ad aiutare realmente le famiglie.

C'è poi chi, è il caso di un ricercatore del C.N.R. di Monterotondo, dopo il mio intervento in un'intervista radiofonica asserisce che la ricerca genetica, essendo genetiche le malattie causate dal ciclo delle purine, sarà la risposta a tali malattie rare dal momento che potranno essere riprodotte sui topi. Purtroppo però questo ricercatore non ha considerato che le malattie causate dalle alterazioni del ciclo delle purine non potranno mai essere riprodotte sui topi, essendo il ciclo dell'urea prettamente umano e che pertanto per queste patologie la ricerca

non può essere separata dalla clinica applicata. Si parla anche di un possibile intervento con le cellule staminali su patologie delle quali non si fanno tuttora le diagnosi, dando in tal modo informazioni inesatte, e non si parla invece della possibilità di cure per la riattivazione della funzionalità degli enzimi che possono essere attuate.

Negli Stati Uniti la F.D.A. ha definito giustamente incurabile l'autismo, perché come precedentemente affermato non esiste l'autismo, ma una serie di patologie rare, non ancora diagnosticate, che danno i sintomi sopra elencati.

Le istituzioni che conoscono da anni questo gravissimo problema persistono nel loro mutismo. Non ci può essere alcuna prospettiva per questi ragazzi se non si interviene in modo adeguato. Al contrario ci può essere solo la chiusura in un istituto o il momentaneo parcheggio nella scuola per relegarli alla fine ugualmente in un istituto.

E' sempre più evidente che i problemi metabolici non curati possono creare alterazione della percezione sensoriale e della risposta all'ambiente esterno, con malesseri improvvisi che, se non capiti e adeguatamente affrontati, innescano dei comportamenti anomali che facilmente saranno classificati come disturbi del comportamento.

La scuola, pur nei suoi limiti, è l'unica istituzione che ha accolto questi bambini gestendo da sola con grandi difficoltà problematiche così gravi, trovandosi spesso al centro di diatribe su contrapposti metodi di intervento che tentano di mettere in discussione la validità del metodo della Comunicazione Facilitata. Tale metodo serve ad aiutare i ragazzi con difficoltà prassiche a comunicare e, come ogni metodo, deve essere usato da insegnanti preparati. Immersi in tale diatriba, ci si è dimenticati dei reali problemi della scuola per garantire il diritto allo studio di tali ragazzi, problemi che sono organizzativi e di formazione del personale, che deve conoscere i vari metodi di comunicazione per poter interagire con ragazzi che non possono parlare, quali:

- ✚ l'organizzazione adeguata dell'ambiente scolastico in funzione della patologia;
- ✚ la copertura totale dell'orario scolastico con insegnanti esperti delle varie tecniche di comunicazione, capaci di intervenire in modo adeguato sin dal primo giorno di scuola;
- ✚ la possibilità di non lasciare mai l'alunno senza l'adeguato intervento didattico anche in casi di brevi assenza dell'insegnante di sostegno;
- ✚ la continuità didattica degli insegnanti;
- ✚ la presenza di insegnanti di sostegno delle aree scientifiche nelle scuole superiori che ne richiedono la presenza;
- ✚ la possibilità di eseguire i compiti a casa;
- ✚ il coinvolgimento della famiglia e dei compagni in un'azione educativa di alto valore umano protesa ad aiutare chi nella vita è stato meno fortunato.

Le famiglie che hanno condiviso in questi anni le battaglie mie e dell'A.N.P.A.M.M. rifiutano ogni generica diagnosi di autismo e affermano invece il diritto alla salute negato ai propri figli, i quali non hanno alcuna speranza di vita senza diagnosi vere e senza le conseguenti cure appropriate.

Esiste la comoda ipocrisia delle istituzioni che probabilmente hanno anche il loro tornaconto nel considerarli "insufficienti mentali" poiché questo li assolve dall'aver loro negato il diritto alla salute e all'istruzione. Esiste la complice omertà della comunità medica che dovrebbe ammettere di aver distrutto tante persone e tante famiglie.

Da venti anni lotto per far luce su questo problema di mia figlia e di quelli che presentano i suoi stessi sintomi. In tanti anni ho conosciuto bambini immersi in un'immane sofferenza, famiglie distrutte dal dolore e dall'impotenza di non poter garantire una qualità di vita migliore ai propri figli, famiglie che non sanno cosa fare, altre che si sono arrese con dolore di fronte a muri di gomma inscalfibili della burocrazia, altre che disperatamente tentano di lottare fino all'estremo delle loro forze per avere una risposta per i propri figli.

Su tanto dolore e tanta sofferenza aleggia immutato l'unico vero autismo che in tutti questi anni ho conosciuto: l'autismo delle istituzioni.

### 3.7 La formazione in ASPIC mediante il *Counseling* espressivo per gli stati autistici nei bambini e adulti

*di Enrichetta Spalletta  
psicologa, psicoterapeuta A.S.P.I.C., supervisore*

Negli ultimi anni si è assistito ad un aumento esponenziale del numero di casi diagnosticati come autismo. Ciò sembra dovuto da una parte all'ampliamento delle categorie diagnostiche che fanno rientrare sotto l'etichetta di autismo diversi quadri sintomatologici. Il DSM IV TR, diversamente dalle precedenti edizioni, include soggetti con QI normale o superiore alla media, con grave disabilità nella comunicazione, nell'interazione sociale, nella flessibilità comportamentale. D'altra parte, è possibile attribuire l'aumento effettivo dell'incidenza dell'autismo a cause di diversa natura, tra cui anche l'ingente innegabile impatto dei fattori tossici ambientali.

L'autismo comprende dunque uno spettro di disturbi causati da danni ambientali e iatrogeni a bambini con particolarità funzionali genomiche, come squilibri gastrointestinali e neuroimmunitari.

L'incremento dei fattori di stress tossici e immunologici porta a un incremento dei deficit dello sviluppo.

A tutto ciò va aggiunta l'ampliata divulgazione informativa sulla patologia e sui servizi disponibili, con la maggiore facilità di accesso da parte della famiglia alla diagnosi e alla cura.

Per contribuire alla realizzazione di risposte significative gli organismi internazionali per la cura e per la ricerca stanno aumentando il livello di attenzione rispetto a questa sindrome.

Il Progetto Europeo per l'Autismo propone una piattaforma di servizi dedicata a:

- identificazione dell'individualità genomica, funzionale e nutrizionale
- individuazione di potenziali cause ambientali e iatrogene
- formulazione di protocolli di trattamento personalizzati
- formazione dei familiari per la migliore assistenza
- creazione di una Rete Internazionale di centri medici per l'autismo

Nel dicembre del 2004 l'American Psychological Association (Div. 33, Mental Retardation and Developmental Disabilities) ha promosso la costituzione di un forum che accolga

gli psicologi provenienti dalla genetica, dalle neuroscienze, dalla psicofarmacologia o dalla ricerca clinica che operano nell'ambito dell'autismo, invitandoli alla partecipazione e all'offerta del proprio contributo per formare una rete di condivisione di informazioni su un fenomeno così complesso qual è l'autismo.

Tre sono le caratteristiche principali dell'autismo:

| <b>A<br/>GRAVI ALTERAZIONI<br/>QUALITATIVE DEL-<br/>L'INTERAZIONE SO-<br/>CIALE</b> | <b>B<br/>ALTERAZIONI QUALI-<br/>TATIVE NELLA COMU-<br/>NICAZIONE</b>        | <b>C<br/>RISTRETTO REPERTO-<br/>RIO COMPORTAMEN-<br/>TALE</b> |
|---|---|---|
| Compromissione dei comportamenti non verbali regolatori dell'interazione sociale.   | Ritardo o assenza del linguaggio verbale non compensato.                    | Interessi e attività stereotipate ripetitive.                 |
| Incapacità a formare relazioni con i pari.  | Grave alterazione della capacità di iniziare o sostenere una conversazione. | Manierismi.   |
| Mancanza di ricerca spontanea di condivisione.                                      | Conversazione stereotipata.   | Rituali non funzionali.                                       |
| Mancanza di reciprocità.  | Mancanza di giochi spontanei di finzione.                                   | Preoccupazione persistente relative a parti di oggetti        |

ABC = SINDROME AUTISTICA  
 2 ELEMENTI: FORMA AUTISTICA PARZIALE  
 1 ELEMENTO: TRATTI AUTISTICI

Una persona affetta da autismo non solo soffre di un ritardo nello sviluppo, ma ha anche uno sviluppo diverso. Non solo ha bisogno di semplificazione ma anche di chiarimenti. Ha bisogno di un approccio di sostegno, argomentativo, di uno stile educativo con molto supporto senso-motorio. Dedizione e intuizione sono necessari, ma non sufficienti, per aiutare qualcuno che è speciale in modo tanto speciale.

Essendo l'autismo un problema pervasivo dello sviluppo, le persone che ne soffrono hanno fortemente bisogno di protezione per tutta la vita, di aiuto a diversi livelli e di una continuità dei servizi:

- servizi diagnostici precoci;
- servizi domiciliari per interventi educativi tempestivi;
- servizi educativi e spazi integrativi per l'abilitazione, la socializzazione, l'apprendimento;
- spazi di sollievo, svago, relax per persone affette da autismo e per le loro famiglie (specialmente durante le "vacanze" e i periodi critici, di evoluzione, crescita, trasforma-

zione del figlio e della famiglia stessa nel suo insieme);

- strutture per lavorare e vivere per adulti affetti da autismo;
- programmi e interventi di sostegno (*counseling*) e di sviluppo (*empowerment*) per la famiglia, la scuola, la comunità.

I trattamenti per i diversi disturbi dello spettro autistico dovrebbero essere costruiti su misura per lo specifico bambino, piuttosto che sulla sua diagnosi (APA, dic. 2004).

Nel panorama degli interventi possibili abbiamo trattamenti focalizzati:

**a) SULLA RIPARAZIONE** di interruzioni e blocchi emotivo-relazionali nello sviluppo (indipendentemente dalle cause all'origine dei blocchi):

- terapie Integrate, Artiterapie, Terapie psicomotorie, Play Therapy e Filial Play Therapy
- approcci psicodinamici (Mahler, Tustin)
- metodo Etodinamico (Timbergen), Attivazione Emotiva e Reciprocità Corporea (Zappella)
- floortime (Greenspan)
- pet-therapy

**b) SULL'ABILITAZIONE/RIABILITAZIONE** sensoriale, comportamentale. linguistica, sociale:

- metodo Delacato, Training di Integrazione Uditiva, approccio audio-psico-fonologico di Tomatis
- AAC-Augmentative Alternative Communication, NAL-Natural Aided Language
- programmi UCLA-Lovaas
- TEACCH - Treatment and Education of Autistic and Communication Handicapped Children
- ABA - Applied Behavior Analysis, PRT-Pivotal Response Training
- comunicazione Facilitata
- TED-Therapie d'Echange et Developpement

**c) SUL SOSTEGNO** al contesto di vita: famiglia (scuola, gruppi di pari, comunità):

- *counseling* e *Parent Training*
- interventi Psicoeducativi Integrati
- programmi di Empowerment familiare, di gruppo e di comunità

**d) SUL CONTENIMENTO** di danni neurobiologici, deficit immunitari, disturbi gastrointestinali, disturbi dell'umore, stereotipie, irritabilità, aggressività:

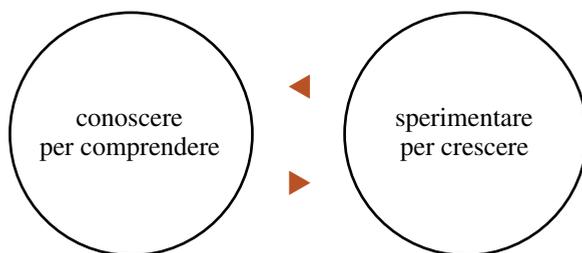
- supporti farmacologici (neurolettici, antiepilettici, ansiolitici-ipnotici, antidepressivi, stabilizzatori dell'umore, antagonisti degli oppioidi)
- composti vitaminici specifici (Dimetilglicina, vit. B6)
- dieta priva di glutine e caseina (sperimentale)

Ogni tipo di intervento deve tener conto che raggiungere una **normalità funzionale** (QI e livello di scolarità normale) non corrisponde alla guarigione dall'autismo, anche se migliora

la qualità della vita del bambino, della famiglia e della comunità di appartenenza. Acquisire la parola e l'uso intenzionale del linguaggio, l'educazione comportamentale e l'acquisizione di abilità sociali migliorano la gestibilità della sintomatologia autistica e il livello di adattamento. Opportunità significative e durevoli dell'esperienza si fondano sulla costanza della motivazione a vivere cicli di contatto e ritiro con un ambiente rispettoso, favorevole, accogliente.

**Il progetto formativo ASPIC** è condotto all'interno del Master in *Counseling*, Psicologia e Relazioni nello Sviluppo, e nel Master in *Counseling* Espressivo, (ASPIC per la SCUOLA, Via A. Macinghi Strozzi, 42/A, Roma)

Il progetto è finalizzato a favorire la padronanza nella realizzazione di interventi integrati pluralistici, ovvero individualizzati e contestualizzati, cioè centrati sulle risorse soggettive e collettive.



Le caratteristiche dell'operatore formato per prendersi cura dei soggetti con autismo:

Alta motivazione

### **Curiosità**

Essere attratti dal diverso, “**esploratori mentali**”

Avere un’**immaginazione vivace**, energie creative

**Flessibilità** mentale affettiva e comportamentale

**Ricchezza affettiva:** saper dare senza ricevere in cambio secondo i parametri usuali, esplorando e trasformando la delusione per la mancanza di reciprocità in opportunità di conoscenza

Alta **capacità autoriflessiva**

Essere motivati ad **adattare** il proprio stile naturale di comunicazione e di interazione sociale

Avere il **coraggio** di lavorare sentendosi “da soli nel deserto”

Tener conto sempre della **saggezza dell'esperienza** dei genitori dei bambini autistici

Disponibilità a lavorare in **équipe**

**Il progetto formativo** è focalizzato su attitudini e controattitudini dell'operatore rispetto ai settori di intervento (non tutti sono adatti e vocationalmente orientati a tutti i tipi di intervento).

Come nel lavoro con gli utenti, anche la formazione è individualizzata.

**Il lavoro sul controtransfert dell'operatore nei confronti dell'autismo** prende in considerazione:

- l’“**autismo quotidiano**”;
- il valore del ritiro autistico come strategia di sopravvivenza;

- il contrasto tra autismo e la logica socio-culturale efficientista e centrata sul risultato tangibile, sempre in contatto (in rete, raggiungibile, connesso...) ma non-contatto;
- l'accettazione del sentirsi in un processo di supporto, rispettoso delle caratteristiche dell'utente;
- l'operatore alla ricerca disperante dell'oggetto cui l'autistico ha rinunciato, può tentare di riempire il tempo dell'incontro con il FARE rinunciando (in parte) ad ESSERE pienamente.

**Il progetto formativo in *Counseling* Espressivo per l'autismo si basa su diverse competenze:**

#### **A- COMPETENZE TRASVERSALI DEL *COUNSELOR***

Psicologia dei processi di sviluppo sano e patologico

Psicologia dei processi comunicativi, sensoriali, psicocorporei, espressivi verbali

Fattori comuni e specifici applicati nella gestione progressiva e nella cura empatica della relazione di aiuto

Psicopedagogia della diversità

Psicologia di Comunità

#### **B- COMPETENZE SPECIFICHE**

Padronanza di metodologie e strumenti delle espressioni verbali e non verbali: sensoriali, motorie, grafiche, musicali, mimiche...

Training nelle applicazioni selezionate di procedure a mediazione artistica come supporto educativo, abilitativo ed emotivo-relazionale.

Lettura psico-relazionale del segno, del colore, della forma.

Sviluppo di sincronie con l'ambiente nel movimento di integrazione tra diversità.

Integrazione delle dimensioni intellettive, sensoriali e affettive verso un'ecologia mentale consapevole.

I tre ambiti focus sia dell'intervento formativo, sia di quello riabilitativo: il bambino, i genitori, la comunità di appartenenza

#### **Il lavoro con il bambino è:**

➤ centrato sulle risorse;

➤ considera la varietà con cui i sintomi vengono espressi e si configurano in ogni singolo soggetto nel corso del ciclo vitale;

➤ è centrato sulla ricerca dei canali motivazionali soggettivi dell'esperienza.

Lavora per mantenere viva la motivazione a fare qualcosa (comunicare) che al bambino autistico resta molto faticoso;

➤ è primariamente focalizzato sullo sviluppo di precursori comunicazionali quali il contatto dello sguardo, la comunicazione gestuale, l'indicare dichiarativo, l'attenzione congiunta, ecc.

Tutto ciò che abbiamo a disposizione oggi, derivante dai risultati della ricerca e della clinica che possa sostenere nel bambino autistico la motivazione a costruire e mantenere il filo di connessione tra sé e il mondo va conosciuto e utilizzato secondo un'individualizzazione del piano di intervento.

L'uso di immagini, le facilitazioni comunicative, la tecnologia, gli addestramenti comportamentali sono strumenti utili e necessari all'interno di un **contesto relazionale significativo, accogliente, disponibile, attento.**

Un altro ambito della formazione è destinato all'addestramento al lavoro di *counseling*

con i **genitori** di bambini artistici, intervento che deve preparare ad affrontare **problemi pratici, problemi emotivi e problemi interpersonali**.

Di solito le problematiche pratiche più comuni riguardano il confronto e la costruzione di interventi efficaci coordinati con i servizi educativi, scolastici e della comunità; riguardano inoltre la ricerca di fonti di finanziamento specifiche per coprire i costi speciali legati alla gestione dell'autismo. In questo ambito il *counseling* svolge un ruolo di orientamento nella rete di servizi socio-sanitari ed educativo-ricreativi della comunità.

La gravità e la cronicità di una difficoltà di gestione emotivo-relazionale nella famiglia con un componente autistico deve essere valutata per orientare l'intervento verso un percorso di *counseling* o verso un invio specifico.

In questo contesto il **Counseling espressivo** utilizza strategie ludiche come fattori di regolazione emotiva e facilitazione comunicativa attraverso l'esperienza di canali espressivi divergenti.

La presenza di un bambino autistico in famiglia può generare problemi interpersonali: difficoltà di accettazione soprattutto da parte di fratelli e di altri familiari. Ma anche un bambino con molte difficoltà può portare dei contributi estremamente positivi, come aiutare a comprendere l'amore, la pazienza, l'accettazione e la discriminazione tra gli aspetti importanti e quelli irrilevanti della vita.

Il *Counseling* espressivo, in questo contesto, viene focalizzato sul riconoscimento e l'esplorazione delle **diversità come ricchezza**.

Il **lavoro con la comunità: la scuola, i pari, il territorio**. A questo livello l'operatore riceve una formazione che lo mette in grado di individuare risorse (formali/istituzionali e informali spontanee), ricercare e attivare reti di servizi integrativi, creare connessioni tra gli elementi/risorse della rete e procedere alla realizzazione di reti attive.

### 3.8 Autismo e arteterapia

*di Isabella Piombo  
direttrice del Master in Counseling espressivo e Arteterapia*

E' utile e possibile utilizzare l'Arteterapia per il trattamento e la riabilitazione di soggetti che presentano disturbi dello sviluppo psico-mentale?

Vediamo innanzitutto cos'è l'Arteterapia.

L'Arteterapia, e con essa il *counseling* espressivo, include l'insieme delle tecniche e delle metodologie che utilizzano le attività artistiche visuali come mezzi terapeutici. E' un intervento di aiuto e di sostegno a mediazione non verbale attraverso l'uso dei materiali artistici che vengono offerti in modo mirato rispetto ai problemi presentati dai soggetti.

L'Arteterapia è ad un tempo un'arte, una scienza, ed un processo interpersonale: in quanto arte, è legata alla soggettività, all'individualità, alla creatività e alla bellezza; in quanto scienza, è legata all'obiettività, alla riproducibilità, alla verità; come processo interpersonale unifica l'empatia, l'intimità, la comunicazione, l'influenza reciproca e la relazione di ruolo.

In ogni caso, va precisato che ogni definizione di Arteterapia si scontra con un grosso problema, il fatto cioè di essere transdisciplinare per sua natura; è molto difficile quindi dar conto sinteticamente delle sue differenti componenti e articolazioni. In altre parole, l'Artete-

rapia non è una disciplina singola con limiti ben definiti, come la fisioterapia o la logopedia, ma risulta piuttosto dalla dinamica combinazione di molte discipline attorno a due grandi aree: l'uso di una o più arti e la terapia.

Tra le discipline collegate all'Arteterapia si possono citare, ad esempio, la storia dell'arte, l'educazione artistica in una o più arti; la psicologia, la psicofisiologia, la psicoterapia, il *counseling*, la psichiatria, l'educazione speciale, ecc..

L'ArteTerapia è dunque una professione combinatoria che nasce dall'interazione e integrazione di diverse discipline. A ciò va aggiunto che sia l'Arte che la Terapia hanno di per se stesse delimitazioni non sempre ben definite: ci sono cioè diverse filosofie e correnti artistiche e diverse teorie; ad esempio, l'uso della musica come strumento terapeutico sarà considerato in modo molto diverso se ci si colloca in un'ottica psicoanalitica o in una cornice comportamentista o in una visione ispirata alla psicologia umanistica.

Anche gli scopi sono molteplici e ciò rende l'intervento ancor più complesso da definire in modo sintetico: possiamo avere infatti obiettivi educativi, ricreativi, riabilitativi, preventivi, oppure psicoterapeutici; e tali interventi possono essere adattati ai bisogni fisici, emotivi, intellettuali, sociali o esistenziali, mentre i metodi di trattamento possono basarsi prevalentemente sull'ascolto, possono essere individuali o di gruppo, possono integrarsi con tecniche di massaggio, movimento, danza, disegno, teatro, psicodramma, ecc.

Distinzione fondamentale su cui riflettere è quindi quella fondata sul diverso ruolo assegnato all'arte: un ruolo centrale, come fondamentale strumento terapeutico, "arte come terapia" oppure un ruolo più marginale, come oggetto intermediario, come facilitatore della relazione, che è considerata il vero strumento terapeutico, "arte in terapia".

Questa premessa è stata necessaria poiché in Italia attualmente le due anime sono compresenti, e ciò comporta, come vedremo, notevoli differenze di vedute circa la formazione erogata e la professionalità che ne consegue.

Su questa linea, cioè sull'esigenza di rendere credibile l'ArteTerapia nella comunità scientifica, si inquadra tutta una serie di ricerche svolte negli Stati Uniti, dirette a verificare gli effetti dell'ArteTerapia su diversi gruppi di clienti. Tali ricerche hanno iniziato ad esplorare ogni possibile cambiamento, misurato sulla base di precisi indici fisiologici: metabolismo, respirazione, battito cardiaco, riflesso pupillare, livello di attenzione, livello di affaticamento, riflessi muscolari, conduttività cutanea, ecc.

Ricerche rigorosamente controllate dimostrano gli effetti dell'Arteterapia in un ampio ambito di comportamenti e abilità, come l'apprendimento della lettura e della matematica. Sono state altresì svolte ricerche che hanno dimostrato l'influenza nel ridurre i comportamenti aggressivi, le stereotipie, l'iperattività, i comportamenti disadattivi.

È importante ricordare che, rispetto al paradigma scientifico, molti terapeuti nell'utilizzo dell'arte per la terapia si sono accostati alla psicologia umanistica, conosciuta anche come "terza forza", tra i due pilastri della psicoanalisi e del comportamentismo, abbracciandone pienamente l'obiettivo di aiutare gli individui a realizzare le loro potenzialità.

Fondamentale è stata l'influenza di Carl Rogers, che individua nell'empatia, nella congruenza, nell'accettazione incondizionata e nella genuinità le tre condizioni base di ogni relazione di aiuto.

La prospettiva umanistica ha aiutato l'ArteTerapia a sviluppare strategie alternative alle rigide impostazioni comportamentista o psicoanalitica, aprendo il campo alle ricerche e alle metodologie pluralistico-integrate.

In questa ottica l'*Artcounselor* o l'Arteterapeuta mette la sua professionalità artistica al servizio della relazione, mentre il risultato estetico passa in secondo piano; ciò non significa che l'aspetto estetico non sia importante, ma che non costituisce mai un obiettivo in sé, bensì diventa un mezzo per costruire e facilitare la comunicazione.

Le scuole che si ispirano ai modelli psicoanalitici, invece, sottolineano soprattutto il ruolo regressivo svolto dagli interventi artistici, il recupero che essi inducono di esperienze fetali o comunque molto primitive in termini genetici (Benenzon, 1982), il suo ruolo di contenitore dei vissuti proiettivi e la sua funzione catartica e riorganizzatrice (Manarolo, 1986).

Le scuole che si ispirano alla psicologia umanistica – che in Italia, e ancor di più all'estero, sono la maggioranza - pur non escludendo le funzioni sopra indicate, pongono l'accento soprattutto sugli aspetti comunicazionali: l'arte è intesa come strumento facilitatore di una comunicazione empatica profonda che avviene, nel "qui e ora", tra arteterapeuta e cliente.

L'ArteTerapia si è sviluppata circa sessanta anni or sono, dapprima proprio come strumento di sostegno nelle cure psichiatriche: infatti psichiatri e/o psicologi osservarono che la persona introversa, che ha difficoltà a comunicare e con la quale è difficile parlare, spesso riusciva ad esprimersi meglio con il corpo o con i gesti, magari modellando la creta o ballando o raffigurando nei disegni le proprie angosce; da allora gradualmente si sono strutturate modalità di intervento terapeutico a diversi livelli.

Attualmente l'ArteTerapia trova applicazione in ambito sia di salutogenesi che di patogenesi.

Le esperienze oramai numerose giustificano ampiamente l'utilizzo delle attività artistiche e di *counseling* espressivo proprio per le caratteristiche relazionali implicite del metodo e per il massiccio uso della comunicazione non verbale che mette in atto una strategia globale che dà luogo ad una trasformazione generativa attraverso la quale il soggetto scopre nuove vie di comportamento relazionale, idonee a contenere le angosce derivanti dal contatto interpersonale. È possibile offrire l'esperienza anche a pazienti con deficit organici e ritardo mentale classificabili in tre sottogruppi: soggetti con alterazioni cromosomiche (es. Sindrome di Down); soggetti con ritardo mentale generico; soggetti con ritardo mentale e psicosi d'innesto, autismo e psicosi infantile.

E' dunque oggi possibile offrire l'esperienza anche a pazienti autistici; va però specificato in premessa che l'ArteTerapia non può avere obiettivi terapeutici in relazione alla tipologia del disturbo autistico, che non permette evoluzioni tali da poter sperare in un processo di guarigione, bensì come metodo integrativo e parallelo ad altri interventi più tradizionali che favoriscano un cambiamento possibile tale da migliorare la qualità di vita del soggetto.

Osserviamo i possibili "pro e contro" relativi all'uso delle strategie espressive.

#### ↳ I vantaggi:

↑ le attività grafico-espressive con il colore, la manipolazione, i materiali, il collage, ecc. offrono solitamente la possibilità di contenere ed esprimere le tensioni emotive, di verificare in che misura queste incidano nel rendere difficile la percezione corretta della realtà già sperimentate in ambiente manicomiale fin dagli anni Sessanta anche in Italia;

↑ l'analisi di una sequenza di disegni può essere estremamente utile per avere una idea chiara dei processi mentali che intervengono nella organizzazione del "sistema rappresentazionale" che, nell'autistico, è quasi sempre distorto e del tutto soggettivo;

† lo studio del tratto, della pressione, nella sua forza e nella scioltezza, può dare informazioni sul senso di sé, sull'autovalorizzazione e sulle dinamiche interpersonali;

† il tenere in mano la matita o il pennarello, la modalità di tracciare linee e/o riempire di colore gli spazi del disegno è un allenamento all'autocontrollo e al rispetto dell'altro e dei suoi elaborati.

↘ I limiti:

† l'uso del colore a volte può determinare tensioni interiori profonde che arrivano anche a destrutturare un Io particolarmente debole (perdita temporanea della struttura adattivo-contenitiva dell'IO), generando una disorganizzazione della forma e della rappresentazione oggettuale;

† il contenuto del disegno ha sicuramente un valore ontologico sul significato del pensiero, anche se in un bambino autistico il processo simbolico è molto deficitario e, quindi, poco significativo.

È certo vero e ben noto che molte terapie si fondano sulla relazione, che è proprio l'elemento atto a rompere l'isolamento che questi soggetti stabiliscono, anche se essa si sviluppa in forma del tutto asimmetrica; ma nell'ArteTerapia diventa centrale il compito del terapeuta o del *counselor* ad orientamento espressivo, di colmare il divario e dare tutte le possibilità perché questi pazienti possano uscire dal quel mondo che percepiscono come "orrorifico".

Ogni risultato positivo si fonda sulla relazione, come ci hanno insegnato, aprendo un cammino per capire meglio l'autismo, Melanie Klein e la Mahler per affrontare con uno spirito pragmatico e con l'obiettivo di recuperare questi bambini alla vita sociale, per ridare loro quelle possibilità nascoste, poco riconosciute, che talora si intravedono negli occhi sbarrati, nelle crisi emotive, nelle espressioni di terrore, di agitazione e incontinenza motoria che spesso costellano il tempo dell'autistico.

### Danza movimento terapia e autismo

Il modello terapeutico di Danza Movimento Terapia (DMT) fonda il suo intervento nel recupero che, partendo dal motorio, investe in modo forte e contemporaneamente la base psico-fisica della mente: l'emotività, l'affettività, le capacità cognitive residue.

La DMT permette infatti al terapeuta di entrare in relazione col paziente, il cui Sé è ancora totalmente corporeo, attraverso una modalità corporea, empatico-cinestesica e soprattutto non verbale.

La Danzaterapia utilizza il movimento per perseguire l'unità psicocorporea. L'unione di movimento e di musica, ad esempio, ha un grande potere evocativo e ci permette di mettere "in scena" le emozioni.

Queste esperienze permettono dei benefici nell'area cognitiva, nell'apprendimento scolastico, nell'astrazione e nell'area motoria (rilassamento, movimenti inusitati, scioltezza, tentativi di superamento del deficit fisico) ma il contributo maggiore riguarda la sfera relazionale: difficoltà di comunicazione, aggressività, depressione vengono affrontati e talora risolti.

Parlare attraverso il corpo e metterlo in gioco significa offrire al bambino autistico la possibilità di accedere allo spazio potenziale nella modalità più primitiva e più vicina alla sua realtà arcaica; riattualizzare o stimolare il processo di de-fusione e simbolizzazione che non essendosi evoluto ha caratterizzato l'arresto dello sviluppo psicologico.

Lo sviluppo mentale o psico-mentale normale si basa prima di tutto sulla presa di coscienza delle proprie capacità o delle capacità intrinseche relative alle esperienze sensoriali, sensitive e motorie. Da questo punto di vista, quindi, l'approccio iniziale con un bambino autistico è senza dubbio motorio; infatti questi soggetti, apparentemente normali, in realtà dimostrano un disordine psicomotorio ed una alterazione delle loro capacità di sviluppare movimenti coordinati complessi che, a volte, diventa estremamente difficile superare. È come se sentissero, percepissero o vivessero che i loro movimenti o le loro azioni portano alla distruzione degli oggetti, delle persone che li circondano e, di conseguenza, rinunciasero ad ogni movimento. Un'azione motoria non è solo una fatica di muscoli e articolazioni, ma coinvolge il piacere di muoversi e di vedersi in relazione allo spazio, la sensazione di occupare uno spazio. Il movimento infatti acquista un valore affettivo nel momento in cui è fatto con qualcuno o qualcosa che procura piacere, un altro da sé con il quale abbiamo stabilito un rapporto di simpatia affettiva. In ogni approccio di ArteTerapia, quindi, si osserva molto per poi creare interventi che coinvolgano il corpo, il cuore e la mente; si propone poi un modello di sostegno terapeutico globale, in cui la persona viene accompagnata e ogni suo vissuto è valorizzato e ri-giocato all'interno di una relazione di fiducia.

Sono necessari più operatori e/o coterapeuti o *counselor*; possono essere coinvolti i familiari o altri pazienti che, attraverso queste modalità condivise nel tempo, creeranno una relazione d'aiuto. La formazione mira ad "insegnare" tecniche e/o esercizi, ma soprattutto ad acquisire uno stile comportamentale basato su un'accettazione incondizionata, sull'empatia e, soprattutto, sul rispetto per l'utente.

Si prevede un feedback che, non potendo essere verbale, sarà non verbale, utile ed empatico: l'occhiata, il sorriso, l'espressione stupita, l'esplosione di allegria, un battimano incoraggiante, una carezza sulla spalla sono segnali che il *counselor* espressivo può e deve offrire; utile sta per capace di stabilire un contatto valido e di costruire "ponti" sui quali poi forse succederà qualcosa.

Il lavoro si svolge spesso con l'ausilio della musica, che viene utilizzata dal conduttore per accompagnare, stimolare, rallentare, trattenere, consolare in base alle situazioni che vengono a crearsi nel setting.

Si stabilisce così un profondo processo di mutamento del deficit e della struttura psichica del bambino autistico che, come è ormai riconosciuto e come riteniamo, si è fermata nei suoi momenti iniziali di sviluppo e quindi ha portato ad una fragilità dell'Io, se non addirittura ad un Io incapace di affrontare la realtà.

Il blocco psico-mentale, caratteristico dell'autismo, si può leggere come un meccanismo inceppato in cui emotività, affettività e capacità cognitive non riescono più ad integrarsi; il compito è di rimettere in marcia questa "spirale" su di un piano che richiede la partecipazione coordinata della famiglia, della scuola, del gruppo terapeutico e dell'ambiente sociale.

### Fasi di intervento

Attraverso un ideale ciclo del contatto gestaltico, si cercherà di creare una serie di micro-gestalt che andranno a formare una gestalt maggiore.

↳ Osservazione del paziente: si tiene conto di sensazioni, sentimenti, sogni, intuizioni, atti più o meno impulsivi, anche incomprensibili e/o assurdi, che in realtà propongono una lettura che, spesso, li sposta dall'inconscio alla formulazione conscia attraverso una

lettura psicodinamica.

- Costruzione di una ipotesi d'equipe dell'intervento: un programma per accompagnare soggetti autistici ad un miglioramento dell'autonomia psico-mentale e a un recupero funzionale al fine di favorire l'inserimento sociale, scolastico e di fruire di relazioni interpersonali più soddisfacenti.
- Costruzione della relazione: per ricostruire le funzioni dell'Io, in una pedagogia dell'autovalorizzazione e dell'autoriconoscimento che, per potersi sviluppare, necessita di un contenimento delle crisi emotive e delle fantasie distruttive legate ai momenti più primitivi della proto-psiche del bambino che, in molti soggetti, non si sviluppato neppure un Io parzialmente strutturato.
- Valutazione della risposta: il momento più importante, proprio perché solo attraverso la verifica della risposta si possono determinare le successive scelte utili al raggiungimento degli obiettivi terapeutici e modulare l'intervento sulla crescita e sulle disponibilità psico-mentali.
- Correzione eventuale dell'intervento: solo l'osservazione dei risultati evidenzia, nei bambini autistici, incapaci di stabilire buone relazioni con gli oggetti, sia animati che inanimati, come gli oggetti diventino oggetti interni più definiti, meno parziali, per evitare che vagando nell'inconscio provochino angoscia e disagio.
- Consolidamento del cambiamento: si notano comportamenti per cui gli oggetti diventano fissi, permanenti, comprensibili e, soprattutto, intercambiabili, scambiabili con altri, usati da altre persone, portando il paziente a strutturare quelle dinamiche psico-mentali primitive che permettono di modificare la realtà e le esperienze, in modo tale che gli oggetti diventano non più persecutori, ma fruibili.
- Valutazione dei risultati: è nella relazione, quindi, che si fonda la possibilità di un recupero, di uno svolgersi, di un riprendere quello sviluppo psico-mentale che questi soggetti hanno interrotto, ove il "potersi fidare" è creare un contatto ed una dimensione relazionale attraverso quei ponti in cui c'è stato uno scambio di oggetti, di "piccole cose" come uno sguardo, un tocco di mano, un abbraccio con i quali il vuoto mentale autistico comincia a riempirsi ed a strutturarsi.

## Musicoterapia

La musicoterapia si propone anch'essa la presa in carico della persona con disagio/disabilità ai fini della sua evoluzione e, attraverso un approccio integrato, istruisce la famiglia e quanti si occupano del paziente (operatori, volontari, parenti, amici, conoscenti) per strutturare un programma a carattere educativo-preventivo-riabilitativo.

La pratica musicoterapica risulta utile in soggetti affetti da: autismo ma anche da grave cerebrolesione; paraplegie/paresi; ipo e non vedenza; ipo e non udienza; disabilità psichiatrica; difficoltà di motricità; tossicodipendenza; stadio terminale; coma.

Si opera con stimolazioni che agiscono sulle parti sane del disabile utilizzando:

- i parametri del linguaggio sonoro-musicale: intensità, suono, ritmo;
- le frequenze comprese nelle bande dell'udibile;
- il corpo come cassa di risonanza;
- la relazione tattile-corporea, laddove il canale visivo e/o verbale uditivo risulta gravemente compromessi (handicap multisensoriali);

- la voce come strumento naturale per eccellenza ai fini prelinguistici, nonché espressivi, comunicativi e relazionali;
- l'organizzazione di un setting ai fini della relazione, cioè strutturazione degli spazi, arredi, sussidi e strumenti specifici: pianoforte, apparato strumentario Orff, voce, materiali poveri con cui costruire strumenti.

Il terapeuta, in Musicoterapia come in altre modalità d'intervento terapeutico, considera la patologia come una richiesta di aiuto, di adattamento all'ambiente relazionale e ove possibile, di evoluzione e di crescita per il soggetto e per chi se ne fa carico.

Da sempre alla musica è stato attribuito un potere magico e curativo. Una funzione religiosa e terapeutica le è stata riconosciuta da antiche culture come quella egiziana e assiro-babilonese; sciamani e stregoni hanno utilizzato il canto e il suono del tamburo per accompagnare la somministrazione di medicinali naturali. Già nel Rinascimento si è cominciato a studiare l'effetto della musica sul ritmo respiratorio, sulla pressione arteriosa sulle pulsazioni cardiache e sull'attività, ma è soltanto negli ultimi decenni che la ricerca ha studiato gli effetti fisiologici e psicologici della musica. Alcuni ricercatori sostengono che l'impiego della musica faciliti il ripristino dei ritmi fondamentali dell'organismo e della loro sincronia.

L'utilità del suo impiego nelle più diverse età e patologie è ormai un dato di fatto: buoni risultati sono stati ottenuti nei nati prematuri, così come negli anziani, nei soggetti con deficit cognitivi e psicomotori, ritardo mentale, autismo, nel morbo di Alzheimer e in altre forme di demenza, nel dolore cronico, nelle malattie cardiovascolari, nel cancro.

La musicoterapia può essere praticata secondo due metodologie: quella attiva prevede che sia lo stesso paziente a creare ed emettere suoni e rumori con l'impiego di semplici strumenti musicali; quella passiva o recettiva, invece, è legata essenzialmente all'ascolto di brani musicali scelti dal conduttore.

### Musicoterapia attiva

L'obiettivo principale della musicoterapia attiva è quello di attivare la comunicazione: attraverso il mezzo sonoro l'individuo scopre, infatti, la possibilità di esprimersi, di sentirsi accettato e integrato nel gruppo. L'applicazione più interessante di questo metodo riguarda i bambini autistici (che vivono isolati in un mondo impenetrabile e si esprimono solo attraverso grida, rumori e un dondolamento ritmico costante), i bambini sordi o ipoacusici, i soggetti con handicap motori o cerebrolesi.

### Musicoterapia passiva o recettiva

Attraverso l'ascolto di brani musicali la musicoterapia passiva o recettiva si propone le seguenti finalità:

- l'induzione di reazioni affettive;
- la distensione e il primo stadio del rilassamento;
- la scomparsa dei disturbi del pensiero;
- il risveglio dell'immaginazione;
- l'aumento delle capacità d'attenzione e d'ascolto;
- l'attenuazione dell'aggressività;
- il recupero dei ritmi biologici.

La relazione madre-bambino può essere vista e interpretata come una sorta di sinfonia o di danza ai confini dell'Io in cui i partecipanti sono coinvolti in un progetto espressivo comune, quindi sono necessariamente accordati tra loro, sincronizzati, sintonizzati (Scardovelli, 1986). I bambini molto piccoli si sincronizzano infatti con micromovimenti, al linguaggio parlato della madre. Questa sincronizzazione sembra generare un senso di tranquillità nella donna, che in qualche modo si sente in relazione con il bambino, anche se a livello conscio non sa perché. Se questa sincronizzazione viene a mancare, la madre entra in allarme. Così accade con i bambini autistici: non si sincronizzano e appaiono staccati, isolati. Si è scoperto che, in realtà, anche i bambini autistici si sincronizzano: ma tale sincronizzazione avviene con un ritardo di qualche secondo, ossia avviene fuori tempo, e quindi essa non può in alcun modo essere riconosciuta, neppure a livello subliminale o inconscio.

Ad ogni segnale del bambino, la madre risponde all'interno dello stesso schema temporale, e in tal modo costruisce un "frame", una cornice, in cui i segnali del bambino, in origine casuali, acquistano pian piano un significato relazionale. Dapprima è la madre, quindi, che si sincronizza sui segnali del bambino, ma ben presto è il bambino stesso che diventa esperto in questo gioco, imparando a sintonizzarsi a sua volta. Alla fase dello pseudodialogo, asimmetrica, in cui la madre svolge principalmente un ruolo di sostegno e accompagnamento adattandosi alle variazioni del bambino, segue ben presto la fase del dialogo, in cui entrambi i partner, su un piano di parità, si influenzano vicendevolmente (Schaffer, 1977; Stern, 1985, 1986).

In sostanza, quindi, la madre funge da specchio biologico, in grado di rispondere in modo efficace ai segnali del bambino, rispecchiandoli, amplificandoli, variandoli, modulandoli. Qualunque comportamento espressivo del bambino non è lasciato cadere e quindi squalificato, ma viene considerato, ripreso e inserito in un contesto relazionale. Il bambino si rende conto così che i suoi comportamenti provocano una risposta e questo lo stimola a proseguire nell'esplorazione condivisa. Via via che la competenza del bambino cresce, la madre inserisce nella relazione segnali sempre più complessi e articolati, che conducono il bambino alla naturale acquisizione del linguaggio parlato.

Inoltre, all'interno di questo rapporto privilegiato il bambino trova la sua base sicura, che gli consente di attivare il suo comportamento esplorativo nei confronti del mondo esterno, da una parte, e del suo mondo interno, e quindi dei suoi vissuti emotivi, dall'altra (Bowlby, 1979, 1988; Liotti, 1994).

L'esperienza dell'improvvisazione musicale fornisce parallelamente una chiave di comprensione estremamente interessante di questo fenomeno. Di fatto, anche nell'improvvisazione i musicisti coinvolti debbono necessariamente accordarsi tra loro, condividere il tempo-ritmo e il livello energetico, risponderci in qualche modo, ricalcandosi e rispecchiandosi vicendevolmente. Ripetizione, variazione, modulazione, trasformazione sono tutte tecniche che essi adottano per costruire un progetto musicale condiviso; tali tecniche, tipiche della pratica compositiva, sono straordinariamente simili a quelle adottate nella coppia madre-bambino. Armonia, bellezza, espressività, coinvolgimento si accompagnano naturalmente ad ogni forma di comunicazione produttiva, indipendentemente dai mezzi specifici utilizzati: musica, danza, movimento, parola. Il musicista allenato ad improvvisare in gruppo è un esperto nella capacità di valorizzare e sviluppare ogni contributo dei compagni, cogliendone l'aspetto temporale, energetico, timbrico, dinamico. Il musicoterapeuta utilizza questa capacità al servizio della relazione con il bambino o adulto disabile. Là dove la madre o altre

figure significative si sono fermate, in conseguenza dei deficit del bambino, là dove il filo della comunicazione si è spezzato, lì il musicoterapeuta può riagganciarsi, facendo ricorso alle sue sofisticate abilità di ricalco, rispecchiamento, sintonizzazione (Scardovelli, 1986).

La comunicazione musicale, lo abbiamo già detto, consente di essere non solo calibrata sui messaggi del bambino, ma anche non invasiva, morbida, accogliente e nello stesso tempo stimolante e seducente. I bambini, tutti i bambini, prima o poi vengono letteralmente sedotti dalla bellezza del suono e della musica costruita per loro (Cremaschi, 1996, Alvin, 1965)). E' veramente affascinante e commovente assistere a sedute di musicoterapia in cui bambini da tempo chiusi nei confronti del mondo esterno cominciano a riaprirsi, a comunicare, a gioire del ritorno alla vita di relazione. Questo accade anche con bambini gravissimi, come i prematuri, sordi e ciechi; all'inizio appaiono fermi o impassibili come dei vegetali, ma poi, attraverso il nutrimento dei suoni prodotti per loro, gradualmente si aprono e interagiscono: compare il sorriso, compare la voce, non rifuggono più, ma cercano il contatto e ne provano evidente piacere.

Con bambini particolarmente gravi, il musicoterapeuta all'inizio si trova nell'impossibilità di avviare un dialogo sonoro: sono bambini totalmente ripiegati su se stessi. A differenza di un neonato, essi neppure si muovono o si esprimono in alcun modo. Ma il loro cuore continua a battere e i loro polmoni a respirare. Nell'avvicinarsi al loro mondo, il musicoterapeuta può trovare in questi ritmi naturali una porta di ingresso. Il bambino non è in grado di rispondere, ma è in grado di ricevere. I suoni letteralmente nutrono il suo sistema nervoso, lo caricano, lo stimolano, come una sorta di dinamo (Tomatis, 1990). I suoni, come onde di pressione, attraversano tutto il suo corpo, tutte le sue cellule, e svolgono una sorta di massaggio che pian piano scioglie le tensioni e i blocchi che il bambino ha costruito per difendersi dal dolore, per diventare insensibile (Lowen, 1975).

Il musicoterapeuta crea con i suoni una specie di contenitore, di grande utero che protegge, rassicura e nutre il bambino. Il dialogo potrà iniziare, dapprima come pseudodialogo, solo quando compariranno i primi segnali espressivi.

In sintesi, e semplificando al massimo, si possono distinguere quattro livelli di intervento, che corrispondono a quattro livelli o funzioni genitoriali:

1. livello di nutrizione/stimolazione, corrispondente alla funzione materna nei confronti del feto. Questa funzione può essere esercitata dal musicoterapeuta ad esempio nei confronti di bambini prematuri, gravemente ritardati o autistici: come abbiamo detto, il bambino è avvolto dai suoni costruiti apposta per lui, ne viene letteralmente nutrito, energizzato, stimolato. Attraverso il fenomeno della risonanza, tutto il corpo viene sottilmente massaggiato, le tensioni si riducono, la respirazione si fa più profonda, compaiono i riflessi di orientamento, il bambino inizia ad essere recettivo nei confronti del mondo esterno. In questo stadio di lavoro il bambino rimane "passivo", cioè non è in alcun modo stimolato ad agire o a fare qualcosa di diverso da quello che fa solitamente. L'attenzione dell'adulto, attraverso la calibrazione dei segnali non verbali, comunica una sua piena accettazione e accoglienza;
2. livello dello pseudodialogo, corrispondente alla funzione materna neonatale. Il musicoterapeuta, superata la fase precedente, e cioè ottenuta l'apertura e l'attenzione del bambino, prende spunto da ogni suo segnale espressivo e lo sviluppa in senso musicale, inserendolo e variandolo nel contesto dell'improvvisazione. Il bambino percepisce la

piena accettazione e valorizzazione di ogni sua azione che, dapprima casuale e inintenzionale, acquisisce gradualmente significato relazionale;

3. livello del dialogo, corrispondente alla funzione materna nei confronti del bambino dopo i sei mesi circa. Il musicoterapeuta valorizza sempre più i contributi del bambino, stimolandolo nel contempo a prendere l'iniziativa. Il bambino non si limita più a proporre, ma a sua volta comincia ad imitare in qualche modo e a seguire ciò che viene proposto dal musicoterapeuta;

4. livello di educazione/socializzazione, corrispondente in qualche modo alla funzione paterna. Il musicoterapeuta coinvolge il bambino nell'apprendimento della musica e del linguaggio. Da questo punto in poi la musicoterapia inizia sempre più a sconfinare nella pedagogia della musica. Il bambino è inserito appena possibile in piccoli gruppi ove l'apprendimento delle abilità musicali si accompagna sempre più all'apprendimento di abilità comunicative e sociali.

La musica può essere definita come “organizzazione umana dei suoni”, o come “scultura sonora” (Bunt, 1984, p. 71). E' naturale pertanto che, come esseri umani, noi troviamo una forte risonanza nelle sculture sonore fatte a nostra somiglianza. La musica può essere vista come una variazione dell'energia nella dimensione temporale; in questo senso essa è strutturalmente omologa alla nostre variazioni fisiologiche, e in particolare ai nostri processi emozionali (Alvin, 1966). La musica, più di ogni altra arte, è in grado di adattarsi alle variazioni del nostro vissuto emotivo in tempo reale. Ascoltare una musica che si accorda con il proprio mondo emozionale diventa pertanto una significativa esperienza di riconoscimento e comprensione profonda, che induce chi la riceve ad aprirsi ed andare verso la sorgente di questa comprensione.

E la stessa cosa possiamo osservare sistematicamente nei gruppi di formazione, ove accade regolarmente un fenomeno molto interessante: la persona ricalcata/rispecchiata si sente dapprima sostenuta e facilitata nella sua espressione, e successivamente avverte un senso di straordinaria apertura e di gratitudine nei confronti di chi ha interagito per lei. Nel giro di pochi minuti si instaura un rapporto intenso e coinvolgente tra le due persone.

La musica diventa quindi un mezzo privilegiato per esprimere emozioni e sentimenti, anche quelli che più temiamo o di cui siamo poco consapevoli e che non sapremmo descrivere a parole (Alvin, 1966, p. 80).

Quando un bambino scarica la sua rabbia urlando, battendo i piedi per terra o battendo le mani su un tamburo, il musicoterapeuta non impedisce questa espressione, anzi la permette e la incoraggia; ma nel contempo crea una cornice sonora in cui quei colpi “irrazionali” e istintivi diventano parte integrante di un brano musicale. La furia di quei colpi, originariamente cieca, diventa parte essenziale di un progetto condiviso. La distruttività si trasforma in creatività. Il bambino impara a trarre piacere, molto più piacere, dal creare insieme piuttosto che dal distruggere da solo.

In altri termini, impara gradualmente che esiste una terza via tra il bloccare e reprimere le emozioni negative o scaricarle impulsivamente e senza controllo: impara cioè la via della trasformazione costruttiva. Le emozioni, da oggetti pericolosi, da fantasmi o nemici interni da temere e da cui guardarsi, si trasformano in potenti alleati nel processo di crescita e di socializzazione (Assagioli, 1965, Pierrakos, 1987).

Ma, secondo una legge ben nota in psicoterapia, ogni trasformazione presuppone una

previa accettazione (Rogers, 1961, 1980): da qui il fondamentale compito del musicoterapeuta di accogliere e accettare il mondo emozionale del bambino, senza timori e pregiudizi, rimanendo genuino, autentico ed empatico. Questa capacità interiore e relazionale si traduce in precisi comportamenti musicali, che veicolano accettazione e comprensione, da una parte, e che immettono via via spunti creativi e trasformativi, dall'altra. Accettato e compreso a livello profondo, cioè a livello delle espressioni più direttamente collegate con il suo vissuto emotivo e viscerale, il bambino impara progressivamente a comprendere se stesso, a fidarsi di sé e ad aprirsi sempre più all'altro e al mondo esterno.

Questa consapevolezza e attitudine di base sono il corpo centrale della formazione in *art-counseling* che effettuiamo con i nostri allievi. Naturalmente occorre di volta in volta adattare l'intervento alla specifica problematica del bambino consentendo l'instaurarsi di una qualche forma di interazione. Avvengono in genere cambiamenti apparentemente piccoli, ma di per sé significativi nella direzione di una migliore qualità nella vita di questi bambini così gravemente colpiti. Per documentare in modo attendibile questo lavoro, e per una ricerca controllata, è bene utilizzare videoregistrazioni delle sedute e sottoporle ad un debriefing di equipe per cogliere i pattern più significativi nell'interazione terapeuta-bambino. Più in generale, il lavoro musicoterapico può essere molto utile in quanto consente di stimolare le capacità espressive spontanee, riattivare la respirazione, sciogliere le tensioni croniche, stimolare l'uso della voce, sbloccare la capacità di provare ed esprimere emozioni.

### Bambini autistici

Sono state sviluppate diverse modalità di lavoro con bambini autistici, basate su differenti quadri teorici. Ad esempio Benenson (1981), psichiatra di impostazione psicodinamica, nel suo lavoro pionieristico con questi bambini, ha creato una tecnica musicoterapica che ha il compito di agganciare il bambino sui suoi vissuti regressivi durante la vita prenatale: vengono utilizzati suoni d'acqua, suoni filtrati, ecc. Trovato un canale di comunicazione, il musicoterapeuta inizia a ricalcare in qualche modo il vissuto attuale del bambino, attraverso l'improvvisazione con gli strumenti e con il canto.

Nordoff ha utilizzato l'improvvisazione pianistica; era un maestro in quest'arte ed era in grado, osservando attentamente il bambino, di porsi al suo livello e di sviluppare con lui, dall'interno, una comunicazione a carattere melodico o ritmico (Nordoff, Robbins, 1965).

Su questa linea si colloca anche il lavoro svolto in Italia da Giulia Cremaschi, anch'essa eccellente pianista e improvvisatrice. In genere i bambini autistici rifuggono ogni contatto: pertanto nella fase iniziale di lavoro con loro, la Cremaschi, come Nordoff, prende spunto da qualunque cosa faccia il bambino in seduta, e lo traduce in suono, ritmo, melodia, adattandosi istante per istante alle variazioni del bambino. Anche nei casi più difficili questo crea un ponte tra la musicoterapeuta e il bambino: in qualche modo essi si collegano attraverso il suono e la musica. Nel tempo questo produce un forte impatto nel bambino: egli si sente accolto, e nello stesso tempo non invaso, cosa da cui fuggirebbe (Timbergen, Timbergen, 1984). Pian piano comincia a fidarsi e ad aprirsi. A questo punto può iniziare una seconda fase di lavoro: la Cremaschi invita il bambino a sdraiarsi sul pianoforte, ove una sua collaboratrice inizia un delicato lavoro di massaggio. Il bambino rilascia le sue tensioni e impara ad abbandonarsi e a trarre piacere dal contatto e dalle vibrazioni sonore che riceve (Cremaschi, 1996).

## Chi può praticarla? Quale formazione occorre?

Chi sono gli *ArtCounselor* e gli *ArteTerapeuti*? Dove e come si formano? In Italia, a differenza di altri paesi come l'Austria, l'Inghilterra o gli Stati Uniti, queste due figure non sono ancora riconosciute e la legge non prevede ancora un iter formativo ufficiale. La situazione è simile a quella degli psicoterapeuti, prima della costituzione dell'albo: ciascuno era libero di scegliere il percorso di formazione personale.

In Italia esistono alcune scuole di formazione che forniscono un titolo non riconosciuto a livello legale, ma riconosciuto di fatto dalle istituzioni private e talvolta anche dalle istituzioni pubbliche.

Varie sono le associazioni professionali di *ArteTerapeuti/ArtCounselor* presenti sul territorio che tra i propri fini propongono, tra l'altro, proprio il riconoscimento legale del titolo, a seguito del superamento di alcuni standard formativi.

La definizione di tali standard formativi è però ancora oggetto di discussione. E qui giocano un ruolo determinante le due anime dell'ArteTerapia di cui si è parlato all'inizio di questo scritto: c'è chi vede le cose dal punto di vista dell'artista e chi prevalentemente dal punto di vista del professionista dell'aiuto, sia esso medico, *counselor*, psicologo, psicoterapeuta o psichiatra. In linea generale possiamo dire che la prima delle due posizioni sottolinea l'importanza in primo luogo di un'eccellente specifica formazione in campo artistico (diploma di accademia, conservatorio, elevate capacità creative), a cui va aggiunta una buona formazione nel campo della pedagogia dell'arte. Questa visione ricalca pienamente quella della scuola anglosassone. La seconda impostazione, la nostra, pone in primo piano la competenza relazionale, e quindi sottolinea la necessità di un rigoroso percorso formativo sulle proprie dinamiche relazionali ed emotive, ed è talvolta disposta a chiudere un occhio sulle competenze artistiche strettamente intese ma dà uno spazio esperienziale ampio e molteplice; le persone hanno scelto questa professione la esercitano solitamente per passione/vocazione, e quindi sono quasi tutte impegnate a continuare e ad aggiornare la loro formazione seguendo corsi, seminari, supervisioni, una formazione in progress di cui il primo livello prevede 450 ore formative in 3 anni.

Gli allievi in formazione possono utilizzare all'interno della loro professione preesistente le competenze acquisite, ad esempio di insegnante, di educatore, di fisioterapista, infermiere, logopedista, ecc.; ma debbono essere affiancati da un terapeuta, che è sempre responsabile e supervisore del progetto terapeutico quando si lavora con pazienti gravemente compromessi.

## Prospettive future

Quali sviluppi futuri attendono il *Counseling* espressivo e l'ArteTerapia? In quali direzioni?

In primo luogo, si nota una tendenza ad esplorare nuovi campi di applicazione sia nel settore della patogenesi che della salutogenesi. Ad esempio ci sono lavori molto recenti con pazienti con problemi neurologici, come il morbo di Parkinson o la Corea di Huntington (Bunt, 1994). Altre esperienze recenti, cui già abbiamo fatto cenno, sono quelle con i comatosi, i malati terminali di AIDS (Ghiozzi, 1998) e i malati di cancro (Bunt, 1994).

Un'altra tendenza che emerge è il tentativo, spesso riuscito, di creare legami e sinergie con altri approcci o tipi di terapia. Così è sempre più frequente la collaborazione di terapeuti con esperti in altre terapie creative ed espressive, come anche la frequenza di corsi integra-

tivi specifici per i terapeuti espressivamente orientati.

In tal modo la competenza professionale di alcuni pionieri ha arricchito la pratica nella totalità dei linguaggi, apportandovi una sua specificità. D'altra parte è vero anche il contrario: alcune tecniche o spunti tratti dalla grande varietà dei linguaggi artistici sono diventati patrimonio comune a molti nostri *ArtCounselor*. In realtà queste forme di integrazione riflettono le antiche tradizioni di terapia, ove i guaritori facevano simultaneo e pieno utilizzo di danza, musica, arte e teatro. E inoltre riflettono alcune tendenze dell'arte contemporanea, ove in taluni casi si nota un ritorno ad un approccio più globale, che superi i tradizionali confini tra le correnti e discipline artistiche.

Uno dei temi aperti, verso cui occorrerà cercare in futuro nuove soluzioni, è quello del limite cui può spingersi un *ArtCounselor* e un *ArteTerapeuta*. In realtà esiste un'alternativa che è già stata esplorata con successo, cioè la stretta collaborazione con uno psicoterapeuta; ma è evidente che questa alternativa non è affatto facile, in quanto i costi delle sedute aumenterebbero notevolmente, per tacere della difficoltà di trovare uno psicoterapeuta davvero disponibile ad integrare il suo lavoro con un tipo di approccio che generalmente non conosce, che talora svaluta o che è poco comprensibile nei metodi e nelle finalità.

Per concludere, l'ArteTerapia, essendo una disciplina transdisciplinare, e per di più ancora molto giovane, è aperta a molti futuri arricchimenti, ampliamenti, trasformazioni, non tutti certo prevedibili. L'auspicio è che, attraverso il contatto e l'integrazione con altre pratiche e discipline, possa diffondere il suo contributo più essenziale: l'ascolto profondo, la capacità di contatto e autentico rispetto per l'essere umano anche più svantaggiato, e l'intensa fiducia nel potenziale delle sue risorse creative del processo artistico.

Particolarmente nel paziente autistico, ove l'oggetto interno non si è mai formato completamente, si tenterà di ri-tessere, di restaurare ciò che è mancato, fondando l'intervento sul ponte della relazione con il terapeuta, attraverso il piacere e la gioia che, durante la terapia, nasce come "immagine buona di sé", ove per rispecchiamento si può ammirare mentre si muove il proprio corpo finalmente mirabile!

L'ArteTerapia si offre come un "appoggio vivo" fatto di "ludici" momenti "insieme" e di piacevoli momenti di distacco, nei quali l'autistico può cominciare "a pensare", ossia "a rappresentarsi", seppur in modo parziale.

### 3.9 Autismo e MusicArterapia nella Globalità dei Linguaggi

*Stefania Guerra Lisi*

*Ideatrice e caposcuola della "Globalità dei Linguaggi" e del Master in MusicArTerapia nella Globalità dei Linguaggi, Università di Roma Tor Vergata*

L'ascolto profondo di ciò che è ascosto nell'apparente silenzio è quella facoltà di intensa partecipazione con l'ambiente (spesso per apprensione difensiva cioè funzionale alla sopravvivenza) che porta a sviluppare un iperudito, rivolto sia al proprio interno che all'esterno, perché in uno stato regressivo primario c'è una fusionalità totale.

Nello stato autistico paradossalmente ciò che viene visto come separazione, incolumabile distanza è la straordinaria aderenza della persona a una luce, a un minisuono, nel minicon-tatto con un pezzetto di carta, alla vibrazione sui denti di un oggetto metallico, a un odore

non contraffatto culturalmente di una parte del corpo, alla metafora di un bicchiere di vetro lanciato e riafferato ritmicamente con una precisione di intervalli da sospendere il respiro di chi guarda, l'abilità ripetitiva dimostra che non cadrà, non si distruggerà perché ogni volta tempestivamente accolto.

La concentrazione è quindi l'azione psicofisica con il centro del respiro, il punto che permette l'orientamento. Primariamente l'esperienza della caduta e del peso nella fuoriuscita della nascita nel mondo aereo nella gravità, è stato registrato come vertigine e disorientamento possibile in un ampio spazio; perciò abbandonarsi nell'ascolto del peso del corpo riattiva queste sensazioni. La musica spesso evoca questo spazio infinito e la sensazione di attraversarlo (Odissea nello spazio e masse siderali) o di planare in esso (Sogno di Schumann) o di traiettorie precipitanti e il tono muscolare e la respirazione involontariamente reagiscono. L'ascolto è allora di tutto l'essere psicofisico: l'uomo è un orecchio globale che attraverso la musica riattiva la facoltà intersensoriale di ascolto di tutta la propria essenza in comunicazione con l'ambiente, come nel sogno si riequilibrano fattori emotivi, rimasti in sospenso perché rimossi per difesa dalla sofferenza, ma attivi nell'inconscio e riattivanti.

### Incorporazione del mondo

Tutto questo e ancor di più sottintendono i giochi di apnea, iperventilazione, inspirazioni come sorsate olfattive profonde su oggetti o nell'aria, fiutare l'aria, così frequenti nei comportamenti autistici. Un'incorporazione del mondo che sospenda il flusso delle immagini, che ritualizzi un arresto. "La causa di tale arresto è dovuta alla coscienza precoce e brusca della separazione dal seno... Il bambino si sente minacciato di annientamento e reagisce con l'incapsulamento autistico... Sia Bich che Melzer hanno scritto sugli stati infantili precoci in cui le frontiere del Sé corporeo (body self) del bambino sono fluide e cercano di definirsi... Il bambino autista preme le superfici del corpo (interne e esterne) contro la superficie di oggetti-me ("me"-objects) facenti parte del proprio corpo... hanno la natura di un amuleto magico". (F.Tustin in *L'autismo infantile. Bilancio e prospettive*, Quaderni di Psicoterapia Infantile, n°14, Borla, Roma 1986).

Anche l'inspirazione trattenuta fa percepire i confini del corpo, e così tutti i rituali di autocontatto o dondolamento, e lo strofinamento di oggetti su oggetti, in particolare della schiena contro pareti. Come è stato rilevato, i nati prematuri attivano questo automassaggio, che per le ricerche della GdL sulle memorie del corpo rievocano quello del liquido amniotico contenitivo.

La Tustin osserva: "il piccolo autista abitualmente fabbrica tracce-sensazioni partendo dalle proprie sostanze corporee come le feci molli dell'ano, l'alimentazione nella bocca e nella gola, il moccio al naso, la saliva ecc; così come le fabbrica anche con gli equivalenti di sostanze corporee quali la sabbia, la creta, ...produttrici di tracce" (op.cit.); ora, in un mio scritto in quello stesso quaderno confrontavo queste teorie con la ricerca esperienziale della GdL, spiegandole con l'attitudine primaria alle "tracce propriocettive", come scie autoplastiche e scarabocchi cinetici rappresentati mentalmente già nel liquido amniotico. Riporto alcuni stralci di quel mio testo:

"Nei riti di iniziazione l'identità sociale viene conquistata con un simbolico rientro nella madre ed una rinascita, vissuti però corporalmente. Si può dire che nell'antichità era profondamente capita l'azione pedagogico terapeutica di questo ripercorso corporeo-sensoriale, che mette in gioco le incancellabili memorie del Corpo, determinando la ricapitolazione, come

presa di coscienza della propria individualità percettiva, quale rinforzo e sviluppo della Persona. Il ricongiungimento col punto di partenza è indispensabile per la conquista di sé; il filo (filogenesi) di Arianna serve per tornare indietro, ed è teso fra l'entrata e l'andare. Se il filo si spezza, il già percorso da noto diventa caotico e irricognoscibile.

La follia è caos, perdita dei riferimenti. Ogni processo terapeutico, infatti, si affida al ricongiungimento dei fili, che sono le memorie percettive, l'essenza stessa del sogno, e affiorano nella veglia attraverso il vissuto cinestesico sensoriale e nelle esperienze creative. La stimolazione all'espressione globale facilita la reintegrazione della personalità: guarire è reintegrare, ridare integrità. L'educazione dovrebbe fungere da prevenzione a questo eventuale rischio di frammentazione fisica e culturale, traducendosi in conquista dei prerequisiti all'apprendimento, nella strutturazione dello schema corporeo e dell'orientamento spazio temporale, e soprattutto in coesione associativa interdisciplinare delle conoscenze.

La possibilità di espressione globale che connette la musicoterapia, l'espressione corporea, l'arteterapia, è la condizione per la conquista della parola attraverso i linguaggi non verbali. Per Jung è il gioco irrazionale (spontaneo creativo) analogo ai riti religiosi, che permette di "discernere il mio stesso mito".

La memoria corporea traumatica più profonda, da recuperare in una dimensione ludica rassicurante che garantisca una vera riappropriazione, è la separazione, poiché tutte le possibilità di sviluppo e autonomia della persona sono basate sulla sua inconscia accettazione: la prima doglia espulsiva alla base dell'arco dorsale, deve trasformarsi da tradimento alle spalle (che permane in tutte le culture) in incoraggiamento e aiuto alla vita. «Separazione» è da intendersi psicocorporeamente come finalizzazione vitale del Sé all'agire, ed il primo sforzo attivo di un tono muscolare, non più provocato o assecondato dai movimenti del liquido amniotico, è contemporaneo allo svuotamento delle acque e quindi alla prima sensazione di peso del proprio corpo, non più tutt'uno con l'altro, ma in « attrito » con l'altro.

E' importante notare come utilizziamo, senza averne più coscienza, metafore riferite a queste prime sensazioni di distacco: «il peso della vita», «l'attrito», come sviluppo di aggressività verso l'ambiente, che è stata così necessaria allo strisciamento verso l'uscita. Il peso del corpo determina l'indispensabile aderenza a terra e l'indispensabile scarica aggressiva nei piedi, abbinata al puntellamento di scapole o clavicole, in una propulsione ritmica crescente, assecondata dalle contrazioni estensioni dell'ambiente, sempre più intense.

Per tutta la vita ogni sensazione di sconforto, di difficoltà, si tradurrà corporeamente in un inconscio abbassamento ripiegamento della schiena ('Io non vorrei essere e cerco la condizione primaria di non scissione in un rannicchiamento che mi riporta alla posizione fetale'). E viceversa ogni sensazione di vitalità, di percezione dell' «Io sono», in corrispondenza alla disponibilità, al piacere, alla fiducia nelle proprie possibilità di agire sull'ambiente, in raddrizzamento dalla base della schiena.

Allo stesso modo ogni direzionamento di sé verrà percepito e materializzato nell'impostazione delle scapoleclavicole (le chiavi del movimento) nelle quali si è espresso il primo «movimento direzionato», nello strisciamento senza ausilio degli arti anteriori, lungo il canale vaginale. Anche quando l'uomo sarà eretto, e per tutta la vita, ogni impulso di orientamento nello spazio fisico e psichico, determinerà un'impostazione di questi punti: si può dire che si cammina o si decide cosa fare, a partire dalle clavicole. Se volessimo mimare un uomo che va privo di obiettivi, senza precise volontà, dovremmo ruotare gli omeri verso l'interno: quanti bambini in diniego si scherniscono chiudendo le clavicole e incurvando le spalle!

Se nella base della schiena è localizzata l'individualità fisica, l'«Io sono», nelle clavicole è localizzato l'«Io voglio», la naturale volontà di avanzamento, di nascita, di vivere. Da un punto di vista filogenetico, dalla vita prenatale alla nascita, si attuano le metamorfosi da pesce ad anfibio, i passaggi da galleggiamento a sforzo dinamico per attrito, da simmetria radiale a

simmetria bilaterale: l'essere primario, con pulsione ritmica dal centro alle appendici (cullato nello spazio e nel tempo materno) nell'attraversamento del canale vaginale, scandisce e imprime per la prima volta, il tempo della propria scarica di energia vitale, trasformandosi in «attraversante». L'Essere percepisce il proprio destino esistenziale dell'andare, nell'attivazione del campo anteriore e da questo momento il tempo unico si differenzia per sempre in passato (lasciare dietro di sé), presente (sentire intorno a sé), futuro (come proiettare il corpo avanti a sé). La massima memoria percettiva di protensione verso la vita (futuro) è vissuta nell'estensione del collo: simbolicamente, ogni volta che l'uomo sarà assalito dal dubbio e dall'ansia, reagirà estendendo il collo, dimenandolo da una parte all'altra, come istintivamente nell'annegamento, nel delirio, sulla base di questa profonda memoria. Denominiamo questi sentimenti «angustie» senza più capire il riferimento allo spazio angusto da cui ci dovemmo liberare con l'azione della testa. Il momento di estrema contrazione per la propulsione dell'uscita, passando sotto la rigidità della sinfisi pubica in un inevitabile atto di sottomissione, pena la morte, è inconsciamente perpetuato nel trattenere il vinto con la testa a terra (nelle forche caudine, nell'inchino ...), viene registrato (corporeamente) con il sollevamento delle scapole verso l'alto (proprio come quando dobbiamo raccogliere le energie per un grande sforzo) e il contatto del mento con il petto, con successivo sollevamento della nuca in un primo contatto visivo con la luce. Il «viso» di chi vede per la prima volta la luce vitale, viene percepito come tale a contatto con il mondo, con l'aria; e l'estensione muscolare dal diaframma alla bocca è la prima ispirazione, a cui succederà il primo atto creativo nell'espiazione sonora.

Il bambino per nove mesi immerso, plasmato nel suono, nelle vibrazioni interne della voce materna, associate alle risonanze del liquido amniotico nelle minime variazioni muscolari, nell'attimo della nascita sente abbinare, allo sforzo muscolare, la prima sonorità. Il superamento da parte dell'eroe alla fine del suo faticoso viaggio, delle prove dell'acqua (pericolo di ingoiamento) e del fuoco (sensazione di bruciore nell'assunzione dell'ossigeno), ha come premio la conquista dell'identità nell'emissione timbrica del «Sé prometeico», unico ed irripetibile.

I due elementi nuovi, mai sperimentati sensorialmente, sono appunto il fuoco dell'ossigeno che l'eroe riuscirà a possedere e dominare con la respirazione, e la forza di gravità che più progressivamente riuscirà a dominare per opposizione, nei processi psicomotori della deambulazione e dell'erezione. Questo recupero delle memorie del Corpo, la localizzazione dei loro meccanismi inconsci nella Mappa Corporea, le reazioni tonico muscolari o gli atteggiamenti riferiti ad essi, ci possono aiutare a capire i percorsi simbolici nella «Globalità dei Linguaggi», che intenzionalmente chiamo di «iniziazione corporea sensoriale», avendo come obiettivo, sia in pedagogia che in terapia, la conquista della propria storia individuale e la reintegrazione come unificazione consapevole alle proprie origini. La «Persona» assume così capacità di nascere, di distaccarsi e riunirsi senza paura, in ogni momento della sua vita. E' evidente che, in tutti i casi, l'unico vero obiettivo è la conquista della «sicurezza di sé», da cui derivano tutte le capacità di apprendimento, di recupero e di riabilitazione.

Il principio di piacere, e soprattutto la scoperta del proprio piacere, è l'unico a guidare queste esperienze corporee in cui vengono sollecitati stimoli vissuti in modo individuale, contrariamente a proposte di riabilitazione, psicomotricità indotte e spesso coercitive, in modo da far identificare il piacere con lo sforzo e il successo con la competitività. Credo che per l'adulto (genitore, insegnante, terapeuta...) sia fondamentale, per rispettare l'individualità della persona, rivivere la propria corporeità negata, scoprirne e superarne i punti di ansia per riuscire a «lasciarsi andare», sentendo quanto sia importante e scoprendo quanto sia difficile. Questo lo aiuterebbe a sostituire la rigidità delle regole o tecniche educative e riabilitative, corrispondenti al suo bisogno di sicurezza, con una plasticità psicofisica che si tradurrebbe in capacità di accettare l'incertezza, il dubbio, proprio come un corpo che gioca a provocare la gravità, accetta di cadere assecondandola, imparando a sfruttare la spinta dell'impatto, per risalire.

Inoltre la coscienza delle memorie del corpo, della loro localizzazione fisica, permetterebbe di avere occhi nuovi per l'osservazione dei comportamenti psico-senso motori. I definiti «linguaggi non verbali», così importanti per la comprensione di chi non può o non vuole parlare, che tanti autori (Morris, Hinde, Hall, Lowen, ecc. ) hanno codificato in gesti, posture, cinesica, prossemica, bioenergetica... verrebbero osservati con un interesse più specifico per il « tono muscolare » che è l'elemento che può differenziare all'infinito lo stesso gesto, così come il tono della voce, gli intervalli, gli accenti, nel linguaggio verbale. Tutto questo è prosodia dell'esprimersi emotivamente, con l'uso inconscio di questi elementi che possono variare il senso delle stesse parole, degli stessi gesti. L'acquisizione della lettura di questa musicalità del linguaggio corporeo, che riduce il rischio interpretativo degli atteggiamenti simbolici codificati, è possibile solo a chi è abituato a percepire il proprio corpo. Nella nostra cultura si può vivere una vita senza avvertire di avere un corpo, se non in caso di dolore. L'empatia necessaria per comprendere veramente (prendere con sé, in sé, nel proprio corpo) l'altro, è di tipo tonico muscolare ed è sempre latente e recuperabile perché è stato il linguaggio universale primario, acquisito nel grembo materno, che ha preceduto e anticipato la parola, e che al di sopra delle censure e delle maschere a cui questa si presta, seguita a trasmettere, anche se culturalmente non considerati, i messaggi incontrollabili delle nostre vere emozioni ed intenzioni.

Solo guardare l'altro significa percepire, a specchio, le sue spalle, l'impostazione della schiena (il punto di vita), delle clavicole, percepire la tensione alla base della nuca, nelle labbra, nelle mani, nello sguardo, nell'appoggio a terra dei piedi... e indovinare, per le corrispondenze toniche nelle varie parti del corpo, le tensioni del suo diaframma, della sua mascella, dei suoi genitali ... ; dalla Gestalt visibile all'invisibile, per indovinare soprattutto i suoi bisogni, per poter «inventare» dei mezzi individualizzati, appropriati, di comunicazione corporea sensoriale con tutti i linguaggi espressivi, di cui il corpo è medium. Quello che conta, in questo modo di sentirsi educatore educato dall'altro, è la certezza di avere entrambi la capacità innata di comunicare. Solo questa certezza può dare la perseveranza della ricerca anche di fronte all'autismo”

(S.Guerra Lisi, “Vicissitudini del corpo e processi cognitivi”, in L'autismo infantile. Bilancio e prospettive, Borla, Roma 1986).

### 3.10 Il ruolo della scuola e degli insegnanti nell'incontro con le comunicazioni differenti

*di Gabriella Mosciatti  
insegnante/docente Scuola Pubblica*

L'arrivo di un bambino autistico nella scuola crea immediatamente ansia; trovarsi alla presenza di qualcuno che ha comportamenti e modi di entrare in relazione diversi da quelli usuali ci mette in una condizione di preoccupazione; ma per parlarne non si può prescindere dalle conoscenze generali di questa patologia, dalle difficoltà e capacità che determina in una persona, per poi calare tutta la teoria nella realtà, che è data dall'alunno che abbiamo di fronte.

Quelli determinati dall'autismo non sono solo semplici ritardi cognitivi e difficoltà dello sviluppo, ma sono veri e propri modi di percepire e di rielaborare la realtà che ci circonda; ne deriva la necessità di compiere, o meglio di imparare a compiere quegli atti che per tutti sono normali. Difficoltà di linguaggio, mancanza di intonazione, di enfasi, ripetizione di

frasi stereotipate, difficoltà di astrazione, difficoltà ad instaurare rapporti con i coetanei, mancato sviluppo delle abilità sociali, alterazione della percezione: sono questi i principali scogli su cui ci si imbatte quando si interagisce con bambini affetti da questa malattia. Delacato nel corso dei suoi studi sull'autismo ha evidenziato come tutte queste caratteristiche siano comuni anche ad altri deficit, quali quello visivo ed uditivo, tutti problemi sensoriali che hanno a che fare con la relazione occhio-cervello, orecchio-cervello; è giunto quindi alla conclusione che anche l'autismo è un problema sensoriale e che una volta individuato il senso compromesso si può costruire un piano di intervento volto al riequilibrio e alla normalizzazione dello stesso. La pratica didattica ci ha fatto conoscere bambini che urlavano al più piccolo rumore, al più leggero tocco o alla più debole emissione di luce, ed altri che non venivano "smossi" neanche da violente stimolazioni visive, uditive e tattili. Solo dopo aver appreso che in nessuno dei casi era strano il bambino, ma che erano le sue vie sensoriali verso il cervello ad essere compromesse, abbiamo intravisto uno spiraglio che ci ha permesso di adattare i nostri comportamenti e atteggiamenti al soggetto con il quale stavamo interagendo. Delacato ha suddiviso i bambini in tre gruppi e ha chiamato il primo IPO, per definire coloro che avevano vie sensoriali che non permettevano ad un numero sufficiente di informazioni di arrivare al cervello; IPER quando le vie stesse erano così sensibili da trasformare la più piccola percezione esterna in un terremoto interno. Un terzo gruppo lo ha definito "WHITE NOISE" o "RUOMOR BIANCO", quando erano presenti un numero di interferenze tali che diminuivano la capacità di comunicare con il mondo. Circondato da rumori, luci che non riesce a gestire, il bambino è imprigionato in una gabbia che gli impedisce qualsiasi tipo di contatto estraniandolo ancor più dalla realtà, rinchiudendolo nel mondo che per forza si è costruito. E' importante sapere tutto ciò perché la giusta percezione sensoriale è la porta per iniziare una comunicazione senza la quale non esiste nessuna comprensione.

Prima cosa da fare, quindi, è un'attenta osservazione del bambino per individuare quali sono le situazioni che gli creano maggiore disagio e su questo iniziare ad organizzare l'ambiente scolastico e l'aula soprattutto eliminando tutti quei distraenti che lo limitano e che danno di lui un'immagine alterata, prevalentemente da un punto di vista cognitivo. Che rapporto c'è tra autismo e ritardo cognitivo? Fino ad una decina di anni fa era praticamente dato per scontato che tutti coloro affetti dalla malattia avessero un ritardo cognitivo elevato; le recenti ricerche hanno invece evidenziato come causa dei sintomi gravi disturbi metabolici che non sempre comportano una compromissione a livello cognitivo. C'è quindi un margine di incertezza sulle reali potenzialità del bambino che la scuola non può ignorare e che impongono comunque una ricerca dei mezzi per recuperare, limitare il danno e per mettere in luce le capacità laddove il danno non sia presente. In alcuni casi, infatti, le competenze possono essere elevate, poiché sotto la definizione di autismo possono nascondersi una grande varietà di situazioni individuali con la conseguente necessità di approfondire quelli che nel linguaggio scolastico vengono chiamati i "pre-requisiti". E' vero che queste osservazioni non sono facili da fare e che molto spesso gli strumenti che venivano usati erano inadeguati a rappresentare correttamente la situazione reale. La scuola deve comunque partire dall'assunto che il bambino autistico, a qualsiasi livello, "percepisce", "sente" e "capisce" e che ha voglia di esprimere quello che ha dentro, ma non ha i mezzi per farlo. La scuola deve quindi essere messa in condizione di adattare la didattica ad ogni singolo caso, ricercando di volta in volta le metodologie e gli strumenti più efficaci affinché ciò avvenga. Questo significa andare aldilà delle apparenze costituite dalle tante stereotipie messe in atto dal bambino,

per far emergere la sua effettiva ricchezza interiore; per dirla con Michelangelo: *“riuscire a vedere la statua formata dentro il blocco di marmo che la imprigiona.”*

La scuola diventa un fattore essenziale, anzi potremmo dire che, insieme alla famiglia, è il punto di incontro di tutte le terapie efficaci per il trattamento del bambino autistico su molti versanti. Per prendere in considerazione i compiti che la scuola può e deve svolgere nei confronti del bambino autistico occorre sempre ribadire il diritto costituzionalmente riconosciuto allo studio, all'apprendimento e alla socializzazione.

Passiamo brevemente in rassegna alcuni degli aspetti che rendono cruciale l'inserimento e l'integrazione nella scuola pubblica:

- la scuola è, anche istituzionalmente, il primo luogo dove si può cominciare a rompere, insieme alla “gabbia sensoriale” propria della patologia, anche la “gabbia sociale” in cui pregiudizi e protezioni del tutto legittime tendono ulteriormente a rinchiudere il bambino;
- la risorsa “compagni di classe” è spesso essenziale nel processo di integrazione, in quanto consente di stimolare rapporti di amicizia e di aiuto e può avere importanti ricadute educative nei due sensi; questo comporta un ulteriore lavoro di preparazione e di conoscenza del gruppo rispetto alla malattia e ai suoi aspetti esteriori;
- lo sviluppo cognitivo e l'apprendimento sono, al tempo stesso, obiettivi del lavoro scolastico e strumenti per lo sviluppo dei meccanismi della comunicazione, che è la chiave di volta del rapporto con il bambino autistico.

Passiamo ora ad esaminare più in dettaglio le tappe del lavoro che la scuola deve fare per inserire il bambino nell'attività didattica.

- Un primo problema è costituito dalle informazioni, il più possibile complete, riguardo alle sue condizioni generali, per orientare il lavoro dello staff scolastico nella prima fase.
- Man mano che vengono verificate sul campo le caratteristiche occorre procedere sistematicamente alla realizzazione di un progetto che aiuti a costruire una programmazione individualizzata, che nasce da un'osservazione attraverso l'uso di check-list cioè liste di abilità e di comportamenti sequenziali che consentono di conoscerne la presenza o l'assenza. Rientrano in questo elenco quelle preparate da Schopler nel metodo TEACCH (Treatment and Education of Autistic and Communication Handicapped Children)

Il TEACCH è un programma costruito nell'Università della Carolina del Nord e si compone di varie parti che riguardano appunto la valutazione di abilità quali: imitazione, percezione, attività fini motorie, grosso-motorie, integrazione oculo-manuale, competenze cognitive anche di tipo verbale; l'organizzazione del lavoro; la strutturazione dell'ambiente; la preparazione del materiale didattico. Questo metodo è utile per affrontare in maniera efficace i problemi motori, di controllo dei comportamenti, della coordinazione oculo-manuale, anche in relazione al rapporto con gli altri bambini. È utile a questo punto soffermarci sulle strategie che servono per insegnare le abilità comportamentali deficitarie. Un aiuto può venire dalla psicologia behaviourista, che si articola nelle seguenti fasi:

- tecnica di aiuto o prompting;

- riduzione dell'aiuto o fading;
- modellaggio o shaping;
- concatenamento o chaining;
- tecniche di rinforzo.

E' molto importante utilizzare questo procedimento per organizzare l'ambiente classe e usare gli esercizi che sono strettamente legati allo svolgimento dell'attività scolastica in modo che il ragazzo sappia sempre cosa sta facendo e quale lavoro deve svolgere in seguito.

### Teoria della mente

E' il meccanismo attraverso il quale ognuno di noi si fa un'idea del proprio stato mentale e di quello delle persone con le quali interagisce, per stabilire rapporti e forme di comunicazione: quando si entra sufficientemente in sintonia con gli stati mentali dei nostri interlocutori si ottiene quella che chiamiamo empatia. Per i bambini autistici questo processo è particolarmente arduo se non completamente assente, e lavorare al suo miglioramento è condizione necessaria per favorire lo sviluppo.

Howlin, Baron Cohen e Hadwin hanno elaborato un intervento ispirato alla "teoria della mente" che prevede l'insegnamento progressivo degli stati mentali in tre aree:

- le emozioni;
- il sistema delle credenze e false credenze;
- il gioco simbolico e il gioco di finzione.

Si stanno effettuando studi sull'applicazione dei principi della teoria della mente e le domande che gli specialisti si pongono sono quelle legate alla persistenza degli insegnamenti, alla generalizzazione dei concetti acquisiti e alla possibilità che ciò possa migliorare gli altri comportamenti.

### Comunicazione facilitata (C.F.)

Molto spesso i bambini con patologia autistica hanno notevoli difficoltà linguistiche e motorie che compromettono qualsiasi tipo di rapporto con l'altro. In questi casi è utile adottare la tecnica della C. F. che non è la panacea di tutti i mali, ma un metodo che può essere usato da ogni insegnante sia di sostegno che di classe e che può abbattere il muro dell'incomunicabilità con cui molto spesso i bambini vivono, per iniziare una vera comunicazione e un reale programma di integrazione con gli altri compagni di classe e seguire concretamente e fattivamente il programma di classe.

E' proprio lo svolgimento degli stessi compiti che dà al bambino la possibilità di sviluppare tutto il proprio bagaglio cognitivo, di imparare a contenere gli atteggiamenti stereotipati e l'iperattività che lo pervade.

### Riorganizzazione neurologica

Questo tipo di attività sono ispirate alle ricerche di Delacato sui sensorismi e comprende tutti gli esercizi volti a migliorare lo sviluppo sensoriale dei bambini riequilibrando l'ambiente. Occorre comunque tenere presente che i vari piani di intervento vanno sviluppati pa-

rallelamente durante la giornata scolastica, nel senso che ogni giorno deve essere strutturato in modo che il bambino possa svolgere esercizi, giochi per l'autonomia, per il controllo dei comportamenti e soprattutto l'attività didattica vera e propria, perché l'apprendimento gli permette di utilizzare le risorse che ha al suo interno per arrivare, nonostante le sue difficoltà di relazione, alla coscienza di sé, anche se dolorosa.

### 3.11 Autismo e comunicazione: la valutazione

*di Silvia Renzi, psicologa, psicoterapeuta  
Flavia Caretto, psicologa clinica, consulente dell'Università di Tor Vergata  
Marina Basile, psicologa*

#### La valutazione

##### Osservazione indiretta

Colloqui con i familiari

##### Osservazione diretta non strutturata (informale)

Osservazione del comportamento del bambino in condizioni "naturali"

##### Valutazione normativa

Leiter R International Performance Scale

WISC e WPPSI

##### Valutazione funzionale PEP – R oppure

AAPEP

VINELAND

##### Approfondimenti specifici

#### I colloqui con i familiari

I colloqui con i genitori e con gli altri adulti significativi hanno l'obiettivo di:

- acquisire informazioni sullo sviluppo della comunicazione e del linguaggio nel bambino;
- avere delle informazioni sulle attuali modalità di comunicazione recettiva ed espressiva del bambino al fine di fargli trovare un ambiente comprensibile e in cui possa esprimersi nelle prime osservazioni dirette;
- sapere come è meglio comunicare con lui e come fare a comprenderlo;
- conoscere i desideri e le disponibilità a collaborare di genitori (fratelli, nonni, insegnanti...) in merito alla comunicazione e al linguaggio;
- fornire informazioni sulle possibilità di intervento per il miglioramento delle abilità di comunicazione.

Esempi di cosa chiedere sullo **sviluppo** della comunicazione:

Vi ricordate se da piccolo guardava ciò che gli indicavate? Sembrava interessato a ciò che facevate, o agli oggetti che gli mostravate?

Vi guardava negli occhi?

Vi ricordate se emetteva dei suoni, come "ba-ba" "ma-ma" e in che occasione?

Piangeva?

(se ha fratelli) Vi ricordate delle differenze fra il modo in cui ha cominciato a comunicare lui e il modo in cui ha cominciato il fratello?

Ha mai detto delle paroline? Se sì, quali? In che epoca? In quali occasioni parlava? Cos'è successo poi?

Esempi di cosa chiedere sulle **particolarità** del linguaggio:

La sua difficoltà a parlare vi sembra che sia compensata dall'uso di gesti o di segni?

In generale, vi sembra interessato a comunicare?

(per i bambini verbali) Può sostenere una conversazione? Se sì, di che tipo? (esempi)

Dice preferibilmente o ripete delle frasi? Quali? Voi attribuite un senso a questo?

Dice cose che capite solo voi o chi lo conosce bene? Quali? Sapete raccontare la "storia" di queste frasi?

Che tipo di concetti comprende meglio? Comprende concetti astratti? Sociali?

Può "fare finta" (es: nel gioco)?

Comprende i giochi di parole, gli scherzi, le metafore?

Secondo voi, comprende ciò che ci si aspetta che lui risponda? (esempi).

Esempi di cosa chiedere sulle **modalità** attuali di comunicazione:

Come fa a farsi capire da voi? Chiede ciò che vuole? Indica ciò che vuole? Si avvicina a ciò che vuole?

Che cosa in genere vi comunica? Per es: un bisogno? Quale? Che cosa vi sembra più interessato a comunicare?

Come fate voi a farvi capire da lui? Cosa "funziona" meglio con lui? (es: parlargli, mostrargli le cose...)

Secondo voi, comprende cosa sta per succedere nelle diverse situazioni?

Ha comportamenti problematici? In che occasioni? (es: momenti di passaggio, attese, interruzioni, bisogno di qualcosa...).

Cosa posso fare io sia per farmi comprendere al meglio da lui che per comprenderlo al meglio?

### L'osservazione diretta informale

L'osservazione del comportamento del bambino in condizioni "naturali" ha l'**obiettivo** di:

- iniziare a cogliere quali potrebbero essere le abilità sociali, di comunicazione recettiva e di comunicazione espressiva acquisite ed emergenti, e la motivazione a comunicare;
- cominciare a cogliere le abilità comunicative espressive spontanee intenzionali che il bambino utilizza spontaneamente;
- cominciare a cogliere le modalità di comunicazione che hanno maggiore probabilità di successo con il bambino;
- determinare quali modalità comunicative è bene, per il momento, evitare di proporre.

L'osservazione del comportamento del bambino in condizioni "naturali": come procedere:

L'osservazione può essere svolta in una situazione nota e usuale per il bambino (casa, scuola...);

se l'ambiente è nuovo per il bambino, predisporre la stanza avendo cura che l'ambiente

appaia comprensibile secondo le informazioni ricevute, e che siano presenti oggetti graditi al bambino, che lui potrebbe desiderare;

predisporre una situazione di “scambio” comunicativo, ad esempio la merenda, in cui il bambino si trova a dover richiedere un cibo gradito.

quando il bambino è nella stanza, comportarsi (generalmente) come segue:

- inizialmente, non effettuare proposte se non strettamente necessario o richiesto;
- mostrare il materiale in modo da essere sicuri che il bambino sappia che qualcosa di gradito è presente, poi riporlo in maniera non raggiungibile ma visibile;
- fare proposte dapprima verbali, poi, se necessario, anche gestuali, in seguito accompagnate dal mostrare qualcosa (foto, disegno, oggetto); ripetere la proposta e vedere come si orienta il bambino;
- durante la “merenda” dare al bambino ciò che “chiede” o guidarlo a chiedere;
- se il bambino è verbale, provare ad avere scambi verbali con lui, dapprima su qualcosa che è presente nell’ambiente, che necessita una risposta sì-no, e in seguito più elaborata, poi su argomenti non contestuali (es: che classe fai?).

L’osservazione del comportamento del bambino in condizioni “naturali”: cosa osservare.

Osservare le modalità di comunicazione spontanea:

- forma della comunicazione (verbale, gestuale...)
- contesto o situazione
- funzione (es: comunica per chiedere...)
- il “vocabolario” recettivo ed espressivo

Osservare in quali condizioni il bambino sembra comunicare meglio e a cosa appare maggiormente motivato.

Osservare se il bambino sembra comprendere la situazione di “scambio” comunicativo.

Se il bambino è verbale, osservare le particolarità dell’eloquio.

Osservare cosa sembra comprendere meglio e sotto che forma sembra più efficace proporre delle comunicazioni.

Osservare il tipo di aiuti a cui il bambino sembra sensibile.

### La valutazione formale

Il PEP-R e l’AAPEP sono due strumenti per la valutazione funzionale complessiva.

La scala PEP-R per bambini valuta in maniera specifica l’area verbale; comprende inoltre una serie di item relativi all’area cognitiva e all’area dell’imitazione che valutano anche abilità comunicative o suoi prerequisiti; una sottoscala dell’area del comportamento (di patologia) è dedicata al linguaggio. La AAPEP per adolescenti e adulti comprende una sottoscala dedicata alla comunicazione funzionale, suddivisa in osservazione diretta, a casa, a scuola.

Le scale VINELAND valutano il comportamento adattivo utilizzabile per soggetti da 0 a 18 anni e 11 mesi se normodotati, a qualsiasi età con soggetti disabili per qualsiasi tipo di patologia. Attraverso un’intervista semistrutturata al caregiver del soggetto, si valutano diverse aree tra le quali quella della COMUNICAZIONE, suddivisa in sottoscale: RICEZIONE-ESPRESSIONE-SCRITTURA.

### La valutazione PEP

A) Esempi di item relativi all'aspetto verbale (27 item):

Nomina le forme

Nomina grande e piccolo

Nomina i colori

Indica per chiedere

Risponde alla domanda: come ti chiami?

Risponde alla domanda: sei maschio o femmina?

Nomina correttamente le lettere

... legge e comprende

B) Esempi di item relativi all'aspetto cognitivo:

Esegue un ordine complesso in due tempi

Abbina oggetto-foto

Da un oggetto su richiesta

Dimostra le funzioni degli oggetti

Identifica l'immagine richiesta

C) Esempi di item relativi all'imitazione:

Imita il verso degli animali

Ripete delle parole

Ripete dei suoni

D) Esempi di osservazioni da effettuare per l'area comportamentale:

Il tono e l'inflessione della voce usati dal bambino quando parla sono normali?

Il bambino emette in modo ripetitivo dei suoni senza significato o non interpretabili?

Usa parole e frasi senza senso?

Usa frequentemente o esclusivamente un linguaggio gergale (confuso e inintelligibile) oppure idiosincratice (particolare del bambino)?

Ripete ciò che ha sentito dire, subito o dopo un po' di tempo?

### La valutazione AAPEP

Esempi di item della sottoscala di comunicazione funzionale (osservazione diretta: 12 item):

Scriva il suo nome

Comprende le istruzioni verbali o gestuali

Risponde a domande relative al suo stato attuale

Esegue istruzioni ritardate

Comunica i suoi bisogni

Esprime i suoi stati affettivi positivi

Comprende le proibizioni

... porta dei messaggi

### Le scale Vineland

A) Esempi di item relativi all'aspetto della ricezione:

Gira occhi e capo in direzione di un suono

Mostra di comprendere il significato di almeno dieci parole  
Indica con precisione tutte le parti del corpo se richiesto  
Segue istruzioni che richiedono due azioni in sequenza  
Ascolta un racconto per almeno 30 minuti

B) Esempi di item relativi all'aspetto dell'espressione:  
Sorridente in risposta alla presenza di chi si occupa di lui  
Imita immediatamente parole di una sillaba  
Dice almeno 50 parole comprensibili  
Racconta esperienze usando un linguaggio semplice  
Dà istruzioni complesse agli altri

C) Esempi di item relativi alla scrittura  
Riconosce il proprio nome scritto  
Legge almeno tre segnali comuni  
Copia da un modello, almeno cinque lettere dell'alfabeto  
Usa un vocabolario  
Legge libri semplici almeno di seconda elementare  
Scrive curriculum o lettere d'affari

### Altre valutazioni specifiche del linguaggio

(CSBS) Communication and Symbolic Behavior Scales (Wetherby & Prizant, 1993)  
CPL Prova di comprensione prassico – linguistica  
Prove di valutazione della comprensione linguistica- Rustioni, Metz, Lancaster  
TCGB test di comprensione grammaticale per bambini- Chilosi, Cipriani  
TPL test del primo linguaggio- Axia  
TLR Valutazione del linguaggio recettivo  
TROG  
Test Boston Naming  
Symbolic play behavior test- Lowe, Costello  
Prova di vocabolario – Prova di vocabolario verbi – Protocollo di vocabolario di differenziazione semantica – Levi.

## 3.12 La comunicazione nelle persone con sindrome di asperger

*di Silvia Renzi  
psicologa, psicoterapeuta*

### Sommario

Per partecipare a una conversazione bisogna saper utilizzare molte abilità legate tra loro: iniziare, sostenere e terminare un argomento; capire e utilizzare in modo adeguato i doppi sensi, il sarcasmo, l'enfasi, le metafore; modulare le caratteristiche vocali che veicolano il vero senso del messaggio, insieme agli elementi non vocali (lo sguardo, la postura, l'espressione facciale e i gesti). Tutte queste capacità devono tener conto delle regole della pragmatica, della semantica e della prosodia. L'applicazione di queste competenze dipende anche

dalla capacità di utilizzare supposizioni corrette riguardo alle informazioni provenienti dal contesto e alla prospettiva dell'interlocutore. Solo in questo modo la comunicazione può essere adattata alle richieste implicite della situazione conversazionale. Le persone con la Sindrome di Asperger, anche se hanno abilità verbali nettamente superiori a quelle di performance, a livello relazionale incontrano numerose difficoltà nel comprendere e di conseguenza nell'adeguarsi alle regole della conversazione. Ciò determina un forte svantaggio in termini di efficacia nelle relazioni. Risulta importante capire cosa c'è dietro questa difficoltà. Una accurata valutazione permette di poter comprendere ed intervenire affinché possano incrementarsi le capacità comunicative e di conseguenza relazionali delle persone con Sindrome di Asperger. Gli interventi finora dimostratisi più efficaci sono quelli che comportano un alto grado di strutturazione e che si focalizzano direttamente sul miglioramento delle abilità comunicative e interpersonali.

## Introduzione

### Che cos'è la conversazione

Lo sviluppo del linguaggio sembra essere intimamente legato allo sviluppo della teoria della mente, ovvero alla capacità metarappresentativa di comprendere gli stati mentali altrui. La competenza comunicativa presuppone un alto grado di conoscenza sociale, mobilità di prospettiva, adattabilità e flessibilità. L'applicazione di queste competenze dipende dalla capacità del parlante di utilizzare supposizioni corrette riguardo alle necessità d'informazioni e alla prospettiva dell'ascoltatore, affinché la comunicazione possa essere adattata alle richieste della situazione specifica (De Hart e Maratsos, 1984; Geller, 1989).

Per partecipare a una conversazione occorre essere in grado di iniziare, proseguire e terminare un argomento, bisogna altresì conoscere modi adeguati per cambiare tema o ristabilire la comunicazione quando si interrompe (James, 1990). Parte integrante di queste competenze è la capacità di alternare i turni comunicativi in uno scambio conversazionale. Tutte queste competenze sono governate da regole della pragmatica (l'uso del linguaggio nel contesto sociale), della semantica (essere capaci di comprendere significati multipli) e della prosodia (la gradazione, l'accento ed il ritmo del linguaggio), che le persone impegnate nell'interazione attuano in modo inconsapevole per rispettare le norme implicite dell'interazione stessa.

### Le caratteristiche della comunicazione nella sindrome di asperger

Le persone con Sindrome di Asperger (AS) normalmente parlano in modo fluente, ma hanno problemi con la pragmatica, la semantica e la prosodia (Attwood, 1998). Si possono osservare inoltre delle difficoltà con le regole della conversazione, ad esempio, possono interrompere o parlare sui discorsi degli altri, fare commenti non inerenti, avere difficoltà ad iniziare e terminare conversazioni. Infine, il linguaggio può essere caratterizzato da una mancanza di variazioni nella gradazione nell'accento e nel ritmo e può diventare pedante (iper-formale). L'utilizzo e l'interpretazione letterale del linguaggio denotano uno stile rigido di apprendimento cognitivo in cui i significati sono assegnati alle parole sulla base di informazioni concrete o di esperienze specifiche, anziché essere il riflesso di una comprensione sociale implicita (astratta).

La persona con Sindrome di Asperger parla un linguaggio sociale caratterizzato da almeno tre dei tratti seguenti:

- una volontà determinata alla chiarezza ed alla concretezza
  - una conversazione priva di doppi sensi o motivazioni non palesi
  - un vocabolario sviluppato ed un interesse per le parole ricercate
  - un fascino per l'umorismo basato sulle parole, come i giochi di parole
  - un utilizzo di metafore autoriferite non inerenti al senso comune
- ( tratto da [www.Asperger.it](http://www.Asperger.it))

## Il gruppo sulle abilità sociali con bambini asperger

### Esempi di conversazione

Situazione di gruppo: bambini con Sindrome di Asperger

Giovanna 10 aa; Matteo 9 aa; Tobia 8 aa; Andrea 6 aa

A tutti viene consegnata una scheda sulle caratteristiche personali e un pennarello di colore diverso. Giovanna, l'unica bambina, ha un pennarello rosso.

Facilitatrice: "Dopo aver completato la scheda di presentazione Io sono, Matteo ne leggerà una a caso con le caratteristiche di uno di voi. Ascoltate attentamente e indovinate di chi sta parlando."

Matteo legge la scheda: "Io sono una femmina, ho i capelli chiari, sono alta, sono magra..."

Facilitatrice: "Di chi stiamo parlando?"

Dopo una lunga pausa...

Facilitatrice: "E' una femmina?"

Tobia: "E' Giovanna...!"

Facilitatrice: "Bravo! Come hai fatto a capirlo?"

Tobia: " Dal colore del pennarello, ha scritto con il rosso!"

(tratto da conversazioni nel gruppo sulle abilità sociali dell'UO di NPI Tor Vergata di Roma)

### Facilitazioni per la comunicazione nel gruppo

Per partecipare a una conversazione risulta importante:

- a) alternare i turni comunicativi. Un modo proposto nel gruppo di abilità sociali è attraverso il gioco della palla: si può parlare solamente quando si è in possesso della palla. La persona che ha la palla può parlare di quello che vuole per un breve tempo. Successivamente passa la palla all'altra persona alla quale è poi permesso di parlare;
- b) sviluppare l'abilità di servirsi del contesto per interpretare il significato di frasi utilizzate nelle interazioni sociali ad esprimersi in modo efficace a seconda del contesto: il bambino può portare in situazione di gruppo un quaderno dove poter annotare frasi non capite o dette e che hanno provocato una situazione difficile da comprendere. Si possono anche costruire storie sociali, organizzare attività di problem solving sociale condiviso; attraverso la visione di filmati selezionati con trame molto chiare ed una varietà di problemi sociali, si può discutere il perché qualcuno dice o si comporta in un particolare modo, esercitarsi ad indovinare quello che accadrà in seguito. Un altro modo è simulare in giochi di role playing le situazioni proposte, e quando necessario, utilizzare come supporto visivo per la comunicazione schede scritte con indicazioni su come ini-

ziare, sostenere e terminare un argomento appropriatamente. Si può utilizzare anche un videoregistratore per rivedersi e commentare i diversi comportamenti.

Esempio di attività strutturata per facilitare l'avvio di abilità sociali in gruppo

IO SONO

1. Sottolinea la parola giusta.  
SONO MASCHIO/FEMMINA  
SONO ALTO/BASSO  
SONO MAGRO/MUSCOLOSO  
HO I CAPELLI LUNGHI/CORTI  
HO I CAPELLI CHIARI/SCURI  
HO GLI OCCHI GRANDI/PICCOLI  
HO GLI OCCHI CHIARI/SCURI  
I MIEI AMICI SONO TANTI/POCHI  
PARLO TANTO/POCO
2. Leggi questa scheda al tuo vicino di sedia
3. Ora ascolta il tuo compagno senza interrompere

### Comunicazione visualizzata

LA COMUNICAZIONE VISUALIZZATA è una tecnica che rende possibile la prevedibilità delle attività da svolgere attraverso supporti visivi riconoscibili, chiari e condivisi dall'individuo e dal gruppo:

- linguaggio del corpo
- segnali ambientali usuali strumenti visivi tradizionali per dare informazione
- strumenti creati appositamente per andare incontro a bisogni speciali.

Esempio di comunicazione visualizzata per facilitare la comprensione verbale

PRESENTAZIONE DELLE ATTIVITA' DI OGGI

1. GIOCO CON IL NOME
2. MUSICA
3. DISEGNO
4. DOMANDE E RISPOSTE: COME SONO E COME MI VEDONO GLI ALTRI
5. GIOCO PROPOSTO DA TE



Conoscere  
comprendere  
prevenire  
intervenire  
durante l'intero arco  
di vita della coppia



CORSO INTENSIVO

## **TRAINING SULLA COPPIA**

*La scienza e l'arte dell'essere  
doppiamente felici  
da soli e insieme*

Direzione scientifica  
Edoardo Giusti - Claudia Montanari

# Informazioni generali

## Destinatari

Il corso è indirizzato a tutti coloro, in coppia o single, coniugati o separati, genitori o figli, giovani o anziani, che desiderano conoscere e affrontare le varie fasi della propria vita relazionale con consapevolezza.

## Obiettivi e finalità

*"Tutti sanno come si ama, perchè si nasce con questo dono, alcune persone, poi, hanno un talento naturale a fare ciò, ma la maggior parte ha bisogno di imparare ad amare e tutti, senza alcuna eccezione, devono ardere nel fuoco delle passate emozioni per rivivere certe gioie, certi dolori e ricominciare a vedere la possibilità di nuovi incontri."* Coelho

Il corso è rivolto a tutti coloro che desiderano esplorare e conoscere il proprio modo di vivere in due. È un viaggio nel pianeta coppia, attraverso la mente e il corpo, che travalica ogni limite di età e di sesso. Ciascuno potrà scoprire la bellezza della noità, il benessere della singolarità, il piacere dello stare insieme o la necessità della separatezza. Gli incontri ripercorrono il ciclo di vita della coppia e gli elementi salienti di ogni fase, con i suoi punti di forza e di debolezza. Ogni partecipante ripercorrerà fasi già vissute della sua vita relazionale o scoprirà le chiavi per vivere meglio fasi ancora da affrontare, elaborando esperienze maturative del mondo relazionale intimo e situazioni di scelte d'amore.

## Metodologia

Il modello di riferimento è pluralistico e integrato con la metodologia teorico-esperienziale. I contenuti teorici vengono supportati da testi di approfondimento tecnico e da attività pratiche di apprendimento, attraverso l'autoosservazione, l'autovalutazione, il monitoraggio testologico e la discussione di gruppo. La visione di filmati permette inoltre di praticare il Video Modeling, potente sistema di insegnamento-apprendimento.

## Iscrizioni

Il numero dei partecipanti è limitato e programmato in ordine di presentazione della domanda di pre-ammissione al corso e del pagamento della relativa tassa di iscrizione annuale di 65 euro.

## Articolazione, durata e orari

Il corso si svolge a Roma, ha la durata di un anno e si sviluppa in 11 incontri. È previsto un pre-training di presentazione dove verranno illustrati i contenuti, la bibliografia, i costi e il calendario degli incontri.

## Attestato

A tutti i partecipanti che avranno completato l'intero corso e presentato un elaborato finale, verrà rilasciato l'Attestato di partecipazione e frequenza per un totale di 100 ore, riconosciute e cumulabili nei vari livelli dei corsi ASPIC.

## Per informazioni

È possibile contattare la segreteria ASPIC ai numeri: 06.54.13.513, 06.54.22.50.60 e 06.59.26.770.

Altre informazioni possono essere richieste tramite e-mail all'indirizzo: [aspic@mcLink.it](mailto:aspic@mcLink.it) oppure visitando il sito: [www.aspic.it](http://www.aspic.it).



# Lavorare con le coppie

## 4

*di Serge e Anne Ginger  
Scuola Gestaltica di Parigi EPG*

Il nostro primo corso con le coppie si è svolto nel 1959, 40 anni fa. Il nostro punto di riferimento era in quegli anni lo psicodramma triadico (Anne Ancelin-Schützenberger), che associava lo psicodramma di Moreno, la dinamica dei gruppi di Lewin e la psicoanalisi di gruppo post-freudiana. Dopo circa dodici anni di lavoro basato su questi tre approcci integrati, abbiamo scoperto la terapia gestaltica negli Stati Uniti e, nel 1970, la abbiamo importata in Francia e, successivamente, adattata al contesto culturale francese. Ora continuiamo ad insegnarla all'interno della Scuola Gestaltica di Parigi (École Parisienne de Gestalt - EPG).

Ogni anno, organizziamo uno o più corsi residenziali intensivi di psicoterapia di gruppo, dedicati alle coppie (sposate o no, stabili o temporanee, eterosessuali o omosessuali - la condizione richiesta è che i due partner abbiano condiviso un vissuto di intimità per un certo periodo e che si scrivano insieme al corso). Ovviamente, le coppie vengono sostenute anche al di fuori di questi corsi. Organizziamo, inoltre, dei corsi di formazione avanzata, dedicati a psicoterapeuti gestaltici, diplomati ed esperti, che desiderano specializzarsi nel sostegno delle coppie.

Qui di seguito proponiamo alcune riflessioni derivate da questa lunga pratica clinica, limitandoci al nostro periodo di riferimento e alla terapia gestaltica.

### **La domanda delle coppie**

Quali sono le principali situazioni che ci troviamo ad affrontare?

- ↳ La coppia desidera restare insieme, fare il punto della situazione e arricchire la propria relazione.
- ↳ La coppia ha intenzione di separarsi: vuole tentare «un'ultima possibilità»; o meglio, i partner hanno già preso una decisione, ma desiderano prepararsi e riuscire nella loro separazione, senza troppi traumi per la loro vita personale e per i loro bambini.

➤ La coppia è già separata e desidera fare il punto della situazione e superare gli ultimi problemi, affettivi, materiali, familiari o sociali.

➤ Uno dei partner desidera una terapia di coppia, e l'altro la rifiuta.

I problemi citati sono essenzialmente:

➤ affettivi

➤ sessuali

➤ sociali o giuridici (divorzio, affidamento dei figli, divisione dei beni)

Coppie particolari sono:

➤ coppie anziane (o con una grande differenza di età)

➤ coppie interculturali (ou interraciaux)

➤ coppie omosessuali

➤ coppie madre- figlio (o padre- figlio), in una casa famiglia

➤ coppie di fratelli e sorelle (o gemelli)

➤ colleghi di lavoro o co-terapeuti.

Vogliamo sottolineare il nostro interesse per una «terapia di prevenzione»: non ci accontentiamo di accogliere coppie in difficoltà; incoraggiamo le coppie «normali» a venire periodicamente per fare il punto della situazione, superare i conflitti latenti, arricchire e diversificare la loro relazione, evitare di sprofondare nella routine. Pensiamo, come Perls, che «la terapia sia troppo “buona” per essere riservata ai malati» e proponiamo non solo il diritto alla felicità, ma «il dovere alla felicità» (dovere familiare e sociale).

Non abbiamo alcun pregiudizio sull'avvenire della coppia: la soluzione può essere di superare i problemi attuali o, al contrario, di affrontarli e prendere in considerazione una separazione; in quest'ultimo caso, non dovrà essere brutale, ma elaborata al meglio. La «riuscita» di una terapia di coppia, quindi, può portare sia alla conservazione della coppia (col miglioramento del suo funzionamento), sia alla separazione consensuale.

Siamo particolarmente attenti a quelle coppie in cui vi è un'importante differenza di età, per esempio venti anni di differenza. Non è raro che emergano dei problemi insidiosamente, dopo diversi anni di una vita di coppia armoniosa. La prevenzione è in questi casi necessaria.

Quali sono i principali motivi di consultazione delle coppie che noi riceviamo?

➤ Difficoltà sessuali: impotenza, eiaculazione precoce, frigidity, vaginismo, matrimonio non consumato, mancanza di desiderio (anafrodisia), pratiche sessuali non condivise o avversione (fellazione, sodomia, rapporto sessuale a tre, ecc.)

➤ Difficoltà affettive: disinteresse per il partner, sentimento di solitudine, lutto non elaborato per un partner precedente, gelosia, adulterio, problemi con la famiglia del partner, conflitti relativi ai figli, al lavoro, agli hobby, ecc.

➤ Difficoltà sociali: separazione, divorzio mal accettato, affidamento dei figli, pensioni, alloggio.

## Le risposte

Innanzitutto, sottolineiamo che le modalità di lavoro possono essere varie. Di seguito, a titolo indicativo, elenchiamo una serie di setting possibili, alcuni molto classici, altri più originali, ma che a volte presentano un interesse particolare.

- Terapia individuale:
  - † una persona segue una terapia individuale, centrata sui suoi problemi di coppia
  - † ognuno dei membri della coppia è seguito in terapia individuale
  - † da due terapeuti differenti
  - † dallo stesso terapeuta
- Terapia di coppia:
  - † i due componenti della coppia sono ricevuti contemporaneamente
  - ↑ da un terapeuta
  - ↑ da una coppia di terapeuti (sposati o meno)
  - † alternanza di sedute di coppia e sedute individuali
  - † training residenziale intensivo di coppia («ritiro della coppia»)
- Terapia di gruppo:
  - † lavoro individuale in gruppo, sul tema della vita di coppia
  - † lavoro di coppia in un gruppo di terapia regolare (circoscritto o continuo)
  - † gruppo con componenti dello stesso sesso (gruppo di donne, gruppo di uomini, gruppi omosessuali).

Non considereremo nel dettaglio ciascuna di queste modalità, ma faremo alcune osservazioni:

- È chiaro che, in tutta la psicoterapia, il tema della vita di coppia (le difficoltà, la ricchezza o meno) è evocato regolarmente e si potrebbe dire, in generale, che tutta la psicoterapia sembra essere, di fatto, una «terapia di coppia», poiché ha una risonanza diretta sulla vita di quest'ultima. Tra i temi più frequenti di consultazione individuale troviamo: i conflitti di coppia, le difficoltà sessuali, la (o le) separazione(i), il lutto, la solitudine, i sogni delusi, ecc.
- Quando uno solo dei partner di una coppia è in terapia e l'altro non si mette in discussione, la situazione a volte peggiora, contrariamente alle aspettative del cliente: in effetti, la differenza tra i due componenti diventa più profonda ed il sentimento d'incomprensione reciproca può crescere, invece di placarsi. Spesso, quindi, suggeriamo una terapia parallela del partner.
- Due terapie individuali in parallelo, svolte dallo stesso terapeuta con i due componenti della coppia è una modalità abitualmente sconsigliata. Essa implica, ovviamente, un segreto terapeutico particolarmente stretto, a volte difficile da rispettare, se non altro per le allusioni indirette, volontarie o meno, dell'uno o dell'altro dei clienti. Il terapeuta si trova così in imbarazzo e, quindi, meno disponibile ad intervenire spontaneamente. Ciò nonostante, questa modalità si riscontra spesso nella pratica:
  - † quando non c'è che un solo terapeuta nella regione e i due partner non si sentono pronti per un lavoro comune di coppia;
  - † quando uno dei partner è già in terapia da un po' di tempo e l'altro chiede un aiuto, giustamente con lo stesso terapeuta (sia perché ha constatato dei sensibili progressi e non vuole essere «distaccato», sia perché, al contrario, prova sempre più difficoltà). In questo caso, consigliamo al terapeuta di rifiutare a priori, salvo motivi particolari da analizzare con il proprio supervisore. Questa modalità può anche prendersi in considerazione per un breve periodo, preparatorio ad una terapia comune della coppia,

per compensare l'asimmetria (il terapeuta conosce bene uno dei partner e non l'altro, e ha anche dei pregiudizi su quest'ultimo, attraverso la descrizione soggettiva che ne ha avuto).

➤ Ricevere una coppia di clienti in coppia di terapeuti è una modalità classica e logica, ma questa coppia di terapeuti può essere una coppia reale di persone che condividono il loro vissuto quotidiano? Ci sono alcuni rischi:

† per i clienti, la coppia di terapeuti può facilmente diventare un «modello», a volte idealizzato o inaccessibile, e generare allora gelosia, aggressività o depressione (non ce la faremo mai);

† per i terapeuti, una coppia, seguita insieme per un certo periodo, potrebbe diventare una preoccupazione che va al di là del quadro terapeutico ed invade la loro vita privata. Questo pericolo è nettamente diminuito negli interventi brevi ed intensivi: stage di coppie o un «ritiro» a durata limitata;

† questa modalità implica una supervisione regolare della coppia di terapeuti;

† si raccomandano spesso dei «cambi di alleanze» periodici e valutati, per evitare il fenomeno dell'identificazione inconscia;

† in pratica, è spesso più semplice lavorare con un collega esterno.

➤ Per chi è favorevole all'alternanza di sedute di coppia e sedute individuali, analizzeremo questa modalità di seguito, in modo più esteso, poiché ci sembra presentare molte opportunità, se si osservano alcune precauzioni.

➤ Un'altra modalità interessante è il training residenziale intensivo, sotto forma di un «ritiro» di coppia, ad esempio per una settimana intera, fuori dal tetto coniugale e dai suoi numerosi obblighi, con sedute quotidiane di lavoro terapeutico e di lunghi periodi di «tête-à-tête» della coppia. Questa modalità è stata sviluppata, in lingua francese, in particolare da Noël e Marie-Noëlle Salathé, nella Svizzera romanda. Ha, tra gli altri vantaggi, quello di evitare terapie di coppia interminabili che hanno l'effetto perverso di cronicizzare i problemi, invece di superarli.

➤ Infine, le terapie di gruppo permettono numerosi arricchimenti:

† sdrammatizzazione di un problema, in confronto a quelli degli altri componenti del gruppo;

† sostegno affettivo dei «compagni di sventura» che condividono difficoltà, per alcuni aspetti simili;

† incoraggiamento ad affrontare alcuni aspetti delicati o colpevolizzanti, in particolare problemi di fedeltà coniugale, problemi sessuali, abusi sessuali precedenti, ecc. Ci sono sempre nel gruppo alcuni membri più coraggiosi, provocatori o esibizionisti che permettono di affrontare questioni «proibite» dal contesto culturale;

† i gruppi formati esclusivamente da coppie sono particolarmente motivanti, dati tutti questi punti di vista, in particolare quando hanno luogo in sessioni residenziali intensive (per esempio, secondo la nostra «modalità» preferita: tre giornate plenarie, senza rivedere i propri, staccati dai propri obblighi ed abitudini quotidiane). La presenza di coppie omosessuali tra coppie di eterosessuali classiche apporta spesso un arricchimento inatteso;

† i gruppi o i sottogruppi formati da un solo sesso permettono di affrontare più facilmente alcuni temi specifici: compulsione alla seduzione, avversione per alcune pratiche sessuali, paura dell'invecchiamento, ecc. Nei nostri corsi abituali di coppia ci

riserviamo sempre alcune sequenze di lavoro (di due ore, per esempio) separando i partner, gli uomini da un lato, le donne dall'altro, sottolineando che le condivisioni in gruppo sono protette dal segreto e che il loro contenuto non deve essere direttamente rivelato al partner, quando ci si «ritrova». Non si parla che delle proprie scoperte o dei propri interrogativi, senza alcuna allusione agli altri. Alcune «rivelazioni», fatte tra pari e sotto segreto, sono spesso molto stimolanti.

### L'intervento terapeutico

Le caratteristiche della terapia di coppia.

È generalmente una terapia a breve o medio termine. Non può durare in eterno senza preclusioni per la vita quotidiana di una coppia (e degli eventuali figli). Si è «pressati» dalla realtà sociale del qui ed ora. Non si tratta, dunque, di cercare di «risolvere» tutti i problemi di ognuno! Non si può intraprendere una terapia profonda di più anni, riprendendo in particolare i problemi dell'infanzia di ciascuno, le sue relazioni arcaiche con i genitori, i suoi eventuali traumi infantili, ecc.

Si tratta quindi di una «terapia d'intervento», dove il terapeuta non esita a ricentrare gli scambi intorno alla vita attuale (reale e fantasmatica) della coppia. Ciò nonostante, non è «direttiva»! Il terapeuta, cioè, non è direttivo, né dà dei consigli; non spinge la coppia verso questa o quella soluzione, ma interviene per re-inquadrare gli scambi, «evitare gli evitamenti» o il rifugiarsi nel passato o l'irresponsabilità.

Sotto questo aspetto l'approccio è gestaltistico: si parte dal qui ed ora, dal sentire emozionale profondo di ognuno, si favorisce l'espressione dei bisogni, ciascuno viene incoraggiato ad affrontare le proprie responsabilità attuali anche se sembra evidente che il passato ha marcato ogni partner in profondità. Lo psicoanalista Jacques Lacan ci ricorda che «tutte le interpretazioni alimentano il sintomo», invece di risolverlo. Così, quando André prende coscienza che sua madre l'ha costantemente iper-protetto e che non ha lasciato alcun posto al padre «schiacciato», che non è mai stato autorizzato a prendere iniziative o a rischiare, questo può spiegare in parte la sua impotenza attuale; questo non lo aiuterà a superarla, al contrario, ma avrà trovato una giustificazione ai suoi disturbi, quindi, non si sente più responsabile. La questione posta è: cosa può fare oggi per superare questa difficoltà?

Come ricorda Jean-Paul Sartre, «ciò che conta non è ciò che si è fatto di me, ma ciò che io stesso faccio di quello che hanno fatto di me».

Bisogna dirsi tutto?

Non siamo favorevoli, dunque, all'esplorazione sistematica in comune dei problemi profondi di ciascuno: questa riguarda, secondo noi, la terapia individuale e non la terapia di coppia. Non è necessario che il partner sappia tutto dell'infanzia dell'altro, perché si corre il rischio d'introdurre delle attitudini «terapeutiche» o «parentali» di comprensione o d'assoluzione. Non è questo il ruolo del partner! Un'eccessiva conoscenza dell'intimità passata del partner potrebbe anche rivelarsi dannosa. Così, quando Maurice apprende - durante la terapia - che sua moglie era stata violentata da un vicino, prova rabbia (inutile) verso quest'ultimo, dopo «capisce» che sua moglie ha delle reticenze sessuali e «non insiste più»; del resto, lui la trova «sporcata» da questa esperienza. Questa rivelazione porterà, infine, ad una separazione.

Il «mito della trasparenza» è dannoso nella vita attuale della coppia. È necessario «dirsi tutto», come si promettono ingenuamente i giovani sposi? La verità è buona in sé? L'amore

ed il rispetto dell'altro non sono dei valori superiori? Un'allegoria popolare rappresenta la Verità, nuda, in fondo ad un pozzo. È là che deve restare protetta, nascondersi!

Quando Paul confessa le sue infedeltà sessuali alla sua compagna Laure, dire «tutta la verità» per lui risponde in realtà alla pulsione egoista di liberarsi di un segreto, pesante da portare. Confessando il suo «peccato», crede di essere perdonato per metà ed implora l'indulgenza dalla partner. Si libera, infatti, dal suo fardello posandolo su Laure! Ora, spetta a lei mostrarsi generosa altrimenti è lei a non avere grandezza d'animo! Insomma, lui la opprime due volte: lei deve assumersi la sua infedeltà, e in più colpevolizza ora la propria gelosia! Le domande che restano sono: si tratta di un passaggio all'azione occasionale, o di un amore profondo che rischia di mettere in discussione la coppia? Si è permesso questo errore per lui o contro di lei? Quali sono i benefici per Laure nell'essere messa a conoscenza? Il vero amore è centrato sui bisogni dell'altro. Ovviamente, questa discrezione non deve rappresentare la regola. La sola regola che non ha eccezioni è che non ci sono regole senza eccezione! Potrebbe accadere che il partner preferisca sapere piuttosto che essere tormentato dal dubbio. Ogni caso merita un'attenta riflessione preliminare. Non ci sono mai leggi universali: la legge è per l'uomo e non l'uomo per la legge! Non siamo schiavi dei principi, ma disponibili ad ogni caso particolare. La Gestalt insiste sul «diritto alla differenza». È una «terapia di eccezioni!». Una mappa è necessaria per camminare, ma non è la prigione: si può imboccare un cammino trasversale che non compare sulla mappa, a condizione che si sappia dove si è e dove si va. Certamente dobbiamo fare attenzione a evitare la confluenza e la simmetria: i due partner di una coppia sono due persone differenti: uno può amare la musica e l'altro lo sport (la coppia non deve forzarsi ad andare insieme ad un concerto o allo stadio), uno può desiderare di sapere tutto e l'altro preferisce ignorare, uno può essere sessualmente intraprendente in una coppia, e l'altro eccitarsi solo quando è stimolato, ecc. Nessun bisogno di essere identici, né di rifarsi al modello dei miti o delle telenovele dove, dalla prima relazione, i due partner raggiungono al primo incontro un orgasmo simultaneo meraviglioso! La Gestalt ci incita senza sosta a far emergere le introiezioni che hanno alimentato, a nostra insaputa, la nostra educazione.

Come vivere con qualcuno dell'altro sesso?

Sì! I due sessi sono differenti, più di quanto possiamo credere abitualmente!

Non solo, le loro reazioni sessuali ed il loro ritmo abituale di soddisfazione orgasmica sono spesso diversi - cosa che ognuno sa, per averlo letto o per esperienza - ma anche la loro percezione del mondo è differente. Se ci riferiamo alle statistiche medie, senza perdere di vista le differenze individuali, a volte considerevoli, possiamo rilevare quanto segue:

- Quando una donna legge questo capitolo, non legge la stessa cosa di un uomo, poiché lei mobilita una parte non trascurabile dei suoi due emisferi cerebrali, mentre l'uomo legge essenzialmente con la parte sinistra del cervello. L'uomo ha, quindi, un approccio razionale e critico del testo, mentre la donna lo legge con una partecipazione emozionale aggiunta, che sottolinea soggettivamente dei passaggi significativi per lei. Le ricerche contemporanee sull'immaginazione cerebrale hanno così confermato che la donna ha un approccio del mondo più gestaltico dell'uomo!
- Quando ascolta una conferenza - o dei complimenti, o la musica - la donna sente (sempre, secondo le medie statistiche) due volte più forte dell'uomo. Può, quindi, avere l'impressione che l'uomo gridi di collera, invece lui discute semplicemente. Il suo udito

è nettamente più sviluppato, e più erotizzato; ne deriva l'importanza che lei dà alle parole d'amore, al tono della voce, alla musica... Notiamo che le donne cantano fino a sei volte più spesso degli uomini.

➤ L'uomo, invece, ha sviluppato il senso della vista, che viene stimolato dalla produzione del testosterone (nei maschi di tutte le specie): lo sguardo maschile è erotizzato, da qui l'importanza per la donna di vestirsi in maniera appropriata, di ornarsi con gioielli, di truccarsi... o di arrossire per l'emozione o per il desiderio. È così che gli uomini vengono generalmente eccitati da riviste o film erotici o pornografici, mentre le donne sono spesso indifferenti, addirittura disgustate. Bisogna notare che la loro vista si erotizza dopo la menopausa, quando l'equilibrio degli ormoni maschili e femminili si modifica.

➤ Per quanto riguarda l'olfatto, varia considerevolmente durante il ciclo mestruale della donna, e può essere fino a cento volte più sviluppato dell'olfatto nell'uomo (con delle eccezioni per i degustatori professionali!); ne deriva una sensibilità per i fiori. Attenzione, signori! La vostra compagna può scoprire spontaneamente su di voi l'odore di una donna che voi avete incontrato diverse ore prima!

➤ Queste differenze principali - non trascurabili nella vita affettiva di una coppia - sarebbero, secondo alcuni neuro-fisiologi, dei residui dello sviluppo della specie: ai tempi preistorici, l'uomo si dedicava alla caccia, all'appostamento degli animali selvaggi, mentre la donna restava a casa, nella grotta, per vegliare sulla prole. La natura ha sviluppato la sua attenzione ai vagiti dei bambini e agli odori, così come lo sviluppo precoce del linguaggio: a 9 anni, le bambine sono in anticipo nel linguaggio verbale, in media, di 18 mesi rispetto ai ragazzi e, nell'età adulta, le donne telefonano (sempre, in media) 20 minuti per telefonata... contro 6 minuti per gli uomini (ne deriva la moda dei cellulari femminili). Ricordiamo, invece, che il 96 % delle interruzioni di una conversazione sono fatte dagli uomini!

Il testosterone (la cui produzione nell'uomo è 20 volte superiore a quella delle donne - essenziale tuttavia, poiché è il testosterone femminile che è all'origine del suo desiderio sessuale) sviluppa nell'uomo (e in tutti i maschi):

- l'emisfero destro che gestisce lo spazio, mentre il sinistro gestisce il tempo, essenziale per la madre;
- il senso di orientamento (per ritrovare la sua famiglia o la sua tribù, al ritorno dalla caccia);
- la muscolatura e la cicatrizzazione (per la caccia, la competizione e la guerra);
- l'istinto per la caccia (compreso quello sessuale!).

Inoltre, gli studi di psico-neurologia hanno confermato che la donna non è più emotiva dell'uomo; semplicemente, esprime di più le sue emozioni (ansia, depressione), mentre l'uomo tende a reprimerle (rabbia, desiderio).

Durante una terapia di coppia, non è inutile ricordare a volte le differenze fondamentali del funzionamento ormonale e neurobiologico in generale, che superano i condizionamenti culturali. Non si tratta di raggiungere un compromesso, grigio e neutrale, ma di sviluppare ognuno i propri colori naturali; non «fare delle concessioni reciproche» depauperanti da una parte e dall'altra, né di mettersi d'accordo, ma «mettersi d'accordo sui propri disaccordi!»

Mettiamo in evidenza, le differenze più note, elencate in particolare da John Gray :

- la donna ha bisogno di esprimersi e di essere ascoltata, mentre l'uomo si affanna, invano, a cercare soluzioni alle sue lamentele. Vuole, a tutti i costi rendersi utile, mentre la donna chiede soprattutto di essere compresa ed amata;
- la donna ha bisogno di piccoli gesti d'amore quotidiani e non di regali rari e preziosi;
- l'uomo ha spesso bisogno di periodi di ritiro solitario.

### Gioco ed esercizi

A volte utilizziamo giochi o esercizi per mettere in rilievo queste differenze di percezione della vita quotidiana: per esempio, si può domandare a ciascun partner di raccontare per iscritto una sera comune, poi di mettere a confronto i due racconti; si può far disegnare a ciascuno una piantina sommaria dell'appartamento o della casa, chiedere di colorare in rosso i luoghi «dove mi sento a casa», in verde quelli che sarebbero piuttosto di dominio del proprio partner, in giallo, le parti investite in ugual modo da entrambi i componenti della coppia. Il confronto dei disegni rivela a volte delle sorprese.

Durante i corsi per le coppie, ci piace proporre l'esperienza classica della «passeggiata cieca» («trust walk»): in coppia, in cui uno dei membri della coppia con gli occhi aperti accompagna o conduce il proprio partner che ha gli occhi coperti, per circa 12 minuti. Si possono constatare così le attitudini di iperprotezione o di abbandono, di «captazione» (si impediscono inconsciamente tutti gli incontri con un estraneo), di rischio, ecc. Questo gioco classico è arricchito dalle due seguenti varianti: si ripete lo stesso esercizio, ma con un partner differente (esterno alla coppia); dopo, si riprende una terza sequenza con il proprio partner abituale. Ogni sequenza è seguita da una condivisione verbale in coppia, poi in gruppo, con qualche commento. Questo semplice e divertente gioco mette in rilievo il tipo di relazione di coppia.

La terapia di coppia si rivela, così, attiva ed interattiva: ci si astiene generalmente dal dare consigli, si danno, al massimo, delle informazioni o si suggeriscono diverse letture, in genere in ambito sessuale (dove l'informazione scolastica è spesso insufficiente) ed in ambito neuropsicologico (dove le scoperte scientifiche sono particolarmente numerose, e l'evoluzione delle teorie è molto rapida). Come accade nella terapia sessuale, a volte si possono suggerire dei «compiti a casa», come, per esempio:

- Quando litigate, concedete 10 minuti cronometrati di parole al vostro partner, senza interromperlo, in un ascolto attento (senza prendere appunti - che implicherebbe il rileggere gli argomenti, come se non si fosse sicuri di ricordarli) e senza «diritto di risposta» (così, non ci si distacca dall'ascolto, per preparare la risposta o la difesa). Eventualmente, ci si può accontentare di riformulare ciò che si è capito, con le proprie parole, per assicurarsi di aver ben compreso, ripetendo le parole forti o cariche che si ricordano. «Tu mi hai detto che... tu hai insistito su... Tu hai utilizzato la parola...». Bisogna evitare soprattutto di reclamare i «propri» 10 minuti per «ristabilire la verità». Non si tratta di ricercare la verità, ma di percepire il sentire dell'altro, qualsiasi esso sia, di riconoscergli il diritto di espressione. Ovviamente, in un'altra occasione sarà l'altro componente della coppia ad esprimersi, evitando così la scalata infinita e senza uscita di argomentazioni e controargomentazioni.
- Si può, più prosaicamente, suggerire degli scambi fisici, come massaggi o carezze,

senza penetrazione sessuale e con l'eventuale condivisione verbale del sentire.

➤ Questi esercizi a casa saranno, generalmente, immaginati in comune con la coppia e adattati alla problematica in corso.

Un terapeuta «incarnato», con una «implicazione controllata»

La terapia di coppia è interattiva anche con il terapeuta, che non è neutro, ma mette in pratica un' «implicazione controllata», fondamentale nella terapia gestaltica, in generale, ed in particolar modo nella terapia di coppia. La condivisione del suo sentire, del suo «controtransfert», o piuttosto delle sue risonanze personali - secondo il termine proposto da Mony Elkaïm si rivela particolarmente ricca. Ovviamente, il terapeuta non esprime tutto ciò che sente, ma solo ciò che sembra poter avere un impatto motivante sul paziente. Si tratta di un'autenticità controllata: non dico tutto ciò che penso o sento; ma tutto ciò che dico, lo penso o lo sento. Il terapeuta, così, potrà autorizzarsi, all'occorrenza, ad uno svelamento molto parziale della propria esperienza («self disclosure»), sottolineando di passaggio il diritto all'errore, addirittura il «dovere d'imperfezione», cioè d'umanità .

L'esperienza del terapeuta è indispensabile ma, contrariamente a ciò che sentiamo a volte, gli è perfettamente possibile accompagnare qualcuno là dove lui stesso non è mai arrivato (altrimenti, come farei io ad accompagnare qualcuno in punto di morte? O, più semplicemente, una donna in stato interessante, io che sono un uomo?). È, infatti, il contrario che a volte è delicato: accompagnare qualcuno per un cammino che ho troppe volte intrapreso: se mi rispecchio troppo nell'altro, rischio di proiettare su di lui i miei problemi (la mia esperienza con le donne, con la malattia, con i campi di concentrazione, con la morte ...).

Questa implicazione personale si traduce in simpatie ed antipatie, preferenze, spesso temporanee, per l'attitudine dell'uno o dell'altro partner della coppia. Inoltre, non cerchiamo - invano - di restare neutri, ma piuttosto di restare attenti e coscienti, in un'awareness di tutti gli istanti. Si tratta di creare e sfruttare questi «giochi d'alleanza», piuttosto che di evitarli. Si potrà verbalizzarli ed analizzarli insieme. Si potrà anche cercare di variarli, soprattutto quando si lavora in co - terapia. Queste strategie possono essere elaborate nel corso delle sedute regolari di supervisione.

Se è illusorio tentare di restare neutri, è importante dedicare lo stesso tempo a ciascun partner. Questo, a volte, porta ad «equilibrare» la situazione relazionale. È questo il caso, molto spesso, in cui un paziente è stato seguito in terapia individuale e ci domanda, dopo alcune sedute, e d'accordo con il proprio partner, una terapia di coppia. Se si accetta la sua domanda, la situazione è asimmetrica: il terapeuta ha molte informazioni unilaterali che hanno nutrito i suoi pregiudizi. Mathilde, per esempio, mi parlava spesso di suo marito, tiranno domestico, autoritario ed esigente, che la teneva sotto la sua influenza... Il primo appuntamento non fu una sorpresa con quest'uomo - che mi sembrava timido e riservato... e si dichiarava paralizzato dalle continue domande di sua moglie!

Rispetto a questo tipo di richiesta, cominciamo sempre con una serie di appuntamenti solo con il partner ancora sconosciuto; questo per assicurarci delle sue motivazioni personali reali ad intraprendere una terapia di coppia e per «conoscerlo nell'intimità» con la sua personalità. Ne consegue naturalmente che siamo particolarmente attenti a mantenere il segreto soprattutto su ciò che dice ciascun partner, e non dimentichiamo di ricordarlo diverse volte. Quando si stabilisce la fiducia, da una parte e dall'altra, solo allora, possiamo intraprendere eventualmente una terapia di coppia, soli o con un(a) co-terapeuta.

### La terapia alternata

Capita spesso che si sia un'alternanza di sedute individuali e di sedute con i due componenti della coppia insieme: l'esperienza ci mostra che vengono dette cose diverse, quando viene garantito il segreto. L'uno o l'altro partner - e molto spesso entrambi - ci parlano di avventure o relazioni extra-coniugali segrete, e a volte di esperienze dolorose (abuso sessuale), che non hanno mai condiviso con il proprio partner (la maggior parte delle volte, non ne avevano mai parlato con nessuno). Come abbiamo già detto, questo tipo di rivelazione non ci sembra essere indispensabile all'interno di una coppia. Tanto meno lo è nel setting segreto della terapia, ma molto spesso ci permette di valutare meglio la situazione e, per assurdo, queste confessioni generalmente danno sollievo al cliente e sdrammatizzano la situazione.

Possiamo, quindi, adottare differenti modalità:

- una seduta di coppia di un'ora o un'ora e mezza, ogni due settimane, alternando una seduta individuale con ciascuno dei partner, la settimana successiva;
- sedute di coppia regolari, intervallate, ogni tanto - in genere all'inizio del trattamento - con sedute individuali eccezionali.

In ogni caso, siamo attenti a mantenere un equilibrio tra i due componenti della coppia. Quando lavoriamo in coppia, ognuno di noi può seguire uno dei partner, ma un'inversione, dopo un po' di tempo, potrebbe rivelarsi interessante. In questo caso, sottolineiamo in modo chiaro al paziente che rispettiamo strettamente il segreto di ciò che dice l'uno sull'altro, ma che i due co-terapeuti condividono liberamente le loro informazioni e le loro sensazioni. Anche in questo caso, ci possono essere delle eccezioni motivate.

### Un approccio gestaltico

Durante le sedute di coppia, adottiamo una postura gestaltica: centrata sia sul come che sul che cosa, sia sui gesti e la postura che sul discorso verbale, attenti alle manifestazioni emozionali e non solo alle razionalizzazioni, sia al processo in corso nel qui ed ora della seduta, sia ai fatti esterni ed anteriori riferiti. Proponiamo di ripetere alcune frasi ed amplificare alcuni gesti spontanei, affinché si vedano meglio ed il cliente stesso possa loro conferire un senso personale, senza trascurare la polisemia caratteristica di tutto il linguaggio, verbale o gestuale. Suggeriamo ai clienti di rivolgersi l'uno all'altro e non al(i) terapeuta(i). Ma, ogni tanto, condividiamo il nostro feed-back. Suggeriamo, in alcuni momenti dei cambiamenti di ruoli tra i partner (generalmente, scambiando i posti). Come abbiamo già sottolineato, evitiamo di soffermarci sui ricordi dell'infanzia - che approfondiamo, se necessario, in sedute individuali. Accettiamo, invece, ovviamente, che siano evocate le relazioni attuali con la famiglia... e le suocere sono spesso protagoniste!

Come abbiamo già detto, siamo molto attenti ai temi della responsabilità personale così come ai diversi meccanismi di «resistenza»:

- confluenza eccessiva di coppia - chi non si separa mai, uno risponde per l'altro
- introiezione di principi e pregiudizi, non sempre verificati:
  - † Fare tutto insieme
  - † Ricercare, a qualsiasi costo, l'orgasmo simultaneo
  - † Dividere i compiti equamente

- † Al padre le punizioni, alla madre, le ricompense (il bacio del padre e la sculacciata della madre non hanno niente di patologico!)
  - † Dirsi tutto
  - † Fare concessioni reciproche
  - † Sacrificarsi per i figli (essi hanno soprattutto bisogno di vedere gli adulti liberi e felici)
  - † Il marito deve assistere al parto di sua moglie (questo potrebbe rivelarsi traumatico e paralizzare le sue relazioni sessuali successive)
  - † Un bambino non può crescere armoniosamente se la madre e il padre non sono a casa
  - † I bambini di famiglie ricostituite hanno più problemi
  - † ecc.
- proiezione del proprio vissuto sul partner: «lui ha sicuramente voglia di...», «non gli piace che ...»
  - retroflessione della rabbia o del desiderio (provocando un'aggressività inespresa!)
  - deflessione ed evitamento: umorismo, iperattività, silenzio, fuga
  - pro- flessione: «Non è che?...», «Cosa penseresti di...» (invece di esprimere direttamente il proprio pensiero o desiderio).

Prendiamo in considerazione l'ambivalenza propria a tutti gli esseri umani e alle coppie:

desiderio di cambiamento e paura del cambiamento: siamo in una situazione di provvisorio e relativo «confort» di meccanismi ben conosciuti e la messa in discussione degli equilibri familiari non è senza pericoli per l'intero «sistema».

Ricordo una giovane donna, Alice, che partecipava ad un gruppo terapeutico mensile (un week-end residenziale al mese), con la domanda esplicita di suo marito, più grande, che si lamentava della sua frigidità intimandole di «farsi curare». Durante il terzo incontro, Alice riferisce, con un'emozione viva, un abuso di cui era stata vittima durante l'adolescenza e di cui non aveva mai parlato a nessuno. Rimettendo in atto la scena - con lo psicodramma simbolico - esprime la sua rabbia e la sua vergogna; combatte fisicamente con lo «stupratore»; le propongo anche di cambiare ruolo e mettersi nei panni dello stupratore (per non restare chiusa nel ruolo della vittima). In breve, facciamo un lungo lavoro psico-corporeo su questo avvenimento drammatico. Il giorno dopo mi telefona estasiata: «È fatta, ho raggiunto l'orgasmo, è incredibile!».

Ma la storia non finisce là: anche il marito telefona! È furioso: «Cosa avete fatto a mia moglie? Chi gli ha insegnato a fare l'amore? Cosa è successo nel vostro gruppo? È uno scandalo!». Qualche mese dopo, chiede il divorzio: «Sono sicuro che mia moglie mi ha tradito! Avevo sposato una giovane ragazza saggia ed ora crede che tutto sia permesso! È diventata completamente autonoma e non mi ascolta più!...». L'equilibrio (nevrotico) si era rotto e la coppia si è spezzata. Forse non bisogna pentirsene in questo caso specifico(!)... ma i rischi esistono..

Come ci ricorda Robert Neuberger (1995): «Tutti gli interventi esterni sulla coppia, anche quelli terapeutici, possono essere vissuti come una violenza, soprattutto se si fondano sull'idea di aiutare uno dei partner e non riconoscono il potere dei legami di appartenenza.»

## Io/Tu/Noi

Il tutto è differente dalla somma delle singole parti. La coppia è più che la somma di due persone. Non è «Due non faranno più di uno» della tradizione biblica! Questo ridurrebbe ognuno ad una metà! È una nuova aritmetica:  $1 + 1 = 3$ . Ognuno + la coppia, come entità autonoma, che «vive a sé».

E perchè no,  $1 + 1 = 7$ ? Cioè: io, tu, noi; te in me, io in te (le immagini dell'altro che noi abbiamo); la coppia ideale nella mia testa, la coppia ideale nella tua. Una coppia creata, immaginata, idealizzata.

La coppia conduce la sua vita: non è in un stato definitivo e stabile. Vive, cambia, cresce, soffre, si ammala... e, a volte, indipendentemente dai suoi «componenti, che possono essere molto forti! Per esempio, ciascuno ha intrapreso una relazione esterna positiva... e la coppia ne soffre o muore.

Tra le misure di prevenzione, suggeriamo un «viaggio di nozze» annuale per tutte le coppie: un periodo di qualche giorno, fuori casa e da tutti i suoi obblighi, senza figli ...; nient'altro da fare se non il ritrovarsi uno di fronte all'altro, fare l'amore, fare il punto della situazione, «rinegoziare il contratto» ogni anno, punto per punto: cos'è che va bene? Cosa è finito? Quali sono i progetti della relazione per quest'anno? Un periodo centrato sul «noi».

In conclusione, chiudo qui questo capitolo (che riaggiustiamo in due, paragrafo dopo paragrafo). Finisco questo capitolo perché prepariamo le nostre valige: domani mattina partiamo per il nostro viaggio di nozze annuale, come tradizione...

# La più importante e unica BiblioVideoteca sulle **PSICOTERAPIE** fondate sull'evidenza e l'autoefficacia dall'APA - American Psychological Association

edita dall'ASPIC. Per chiedere l'invio del Catalogo illustrativo dettagliato Tel. 06.5413513 - 06.5926770

**Videodidattica per l'AUTOFORMAZIONE (LIBRO con VIDEO in Italiano)**  
**Stando comodamente a casa, studi apprendi e ti aggiorni**  
**ricordandoti che un'immagine vale più di mille parole**

VIDEO Psicoterapia Psicodinamica Breve Prof. Donald K. Freedheim  
+ LIBRO Psicoterapia Breve Integrata di John Preston € 120,00

VIDEO Psicoterapia Cognitiva-Affettiva Comportamentale Prof. Marvin R. Goldfried  
+ LIBRO Dalla Terapia cognitivo-comportamentale all'integrazione delle Psicoterapie di Marvin R. Goldfried € 120,00

VIDEO Psicoterapia Processuale Esperienziale Prof. Leslie S. Greenberg  
+ LIBRO Manuale di Psicoterapia Esperienziale Integrata di Greenberg, Watson, Lietaer € 132,00

VIDEO La Terapia Centrata sul Cliente Prof. Nathaniel J. Raskin  
+ LIBRO La Terapia Centrata sulla Persona di Jerold Bozarth € 120,00

VIDEO EMDR per Traumi: Movimento Oculare Desensibilizzante e Rielaborazione Prof.ssa Francine Shapiro  
+ LIBRO Trattamenti Psicologici in Emergenza di Edoardo Giusti, Claudia Montanari € 118,00

VIDEO La Terapia Eclettica Prescrittiva Prof. John C. Norcross  
+ LIBRO Psicoterapia Prescrittiva Elettiva, fondata sull'evidenza di Larry Beutler, T. Mark Harwood € 120,00

VIDEO Psicoterapia Multimodale Prof. Arnold A. Lazarus  
+ LIBRO Le Basi della Psicoterapia Eclettica ed Integrata di Olivier Chambon, Michel Cardine € 125,50

VIDEO Ipnoterapia Ericksoniana Prof. Jeffrey K. Zeig  
+ LIBRO Ipnosi e Psicoanalisi, collisioni e collusioni di Léon Chertok € 120,00

5 VIDEO Terapia Cognitivo-Comportamentale per la Depressione  
+ LIBRO di Prof. Jacqueline B. Persons € 275,00

VIDEO Psicoterapia Esperienziale Prof. Alvin Mahrer  
+ LIBRO Lavorare con le Emozioni in Psicoterapia Integrata di Leslie Greenberg, Sandra Psavio € 127,50

VIDEO Psicoterapia Comportamentale con paziente ossessivo-compulsivo Prof. Samuel M. Turner  
+ LIBRO Ossessioni e Compulsioni - Valutazione e Trattamento di Edoardo Giusti, Antonio Chiacchio € 127,50

VIDEO Psicoterapia Pratica con Adolescenti Prof.ssa Alice K. Rubenstein  
+ 2 LIBRI Psicoterapia Integrata per bambini e adolescenti di Sebastiano Santostefano € 155,00

VIDEO Psicoterapia Infantile Prof.ssa Jane Annunziata  
+ LIBRO Counseling Scolastico Integrato di Enrichetta Spalletta, Carla Quaranta € 122,00

2 VIDEO Il Counseling breve in Azione Prof. John M. Littrell  
+ LIBRO Il Counseling breve in Azione di John M. Littrell € 122,00

VIDEO Come gestire il *transfert* erotico in psicoterapia AA.VV.  
+ LIBRO Etica del con-tatto fisico di Edoardo Giusti, Flavia Germano € 115,00

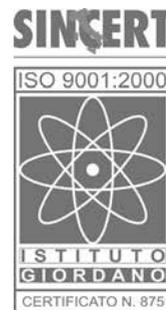
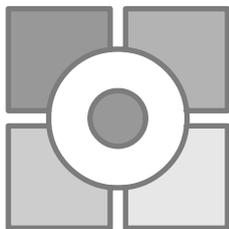
VIDEO Psicoterapia Psicoanalitica per la schizofrenia Prof. Bertram P. Karon  
+ LIBRO Disturbi mentali gravi di Valentina Campanella, Michele Fiori, Domenico Santoriello € 120,00

VIDEO Psicoterapia Interpersonale Ricostruttiva Prof. Lorna Smith Benjamin  
+ LIBRO Psicoterapia Interpersonale Integrata di Edoardo Giusti, Attilia Lazzari € 118,00

VIDEO Come gestire la rabbia dei pazienti in psicoterapia AA.VV.  
+ LIBRO Terapia della rabbia di Edoardo Giusti, Flavia Germano € 118,00

VIDEO Terapia della Gestalt individuale in gruppo Prof. Ginger / Masquelier  
+ LIBRO Psicoterapie della Gestalt integrazione dell'evoluzione pluralistica, di Edoardo Giusti, Veronica Rosa € 130,00

Distribuzione: SOVERA MULTIMEDIA srl - via Vincenzo Brunacci, 55 - 00146 Roma  
Tel. 06.5585265 - 5562429 - Fax + 06.5580723 - E-mail: info@soveramultimedia.com



## SINTESI STORICA della Società Cooperativa Sociale di Solidarietà ASPIC a r.l.

Nasce nel 1993 la Cooperativa Sociale di Solidarietà A.S.P.I.C., Società a responsabilità limitata, consociata all'Associazione per lo Sviluppo Psicologico dell'Individuo e della Comunità. Nel 1998 viene riconosciuta dall'Università degli Studi di Roma La Sapienza - Facoltà di Psicologia come ente autorizzato allo svolgimento del tirocinio post-lauream degli psicologi.

- Dal 1994 gestisce il Centro di Ascolto e Orientamento (C.A.O.) servizio sociale e multietnico gratuito, offerto da psicologi e *counselor*, per persone economicamente svantaggiate
- Dal 1994 gestisce in diverse scuole di Roma e Provincia, Progetti di Ricerca-Intervento in *Counseling* pedagogico a favore di minori e famiglie a rischio, centri di ascolto e orientamento CAO, formazione e aggiornamento per insegnanti e servizi di *Counseling* scolastico
- Nell'ambito della Formazione Aziendale ha collaborato con Enti e Aziende quali INPDAI, ELEA S.p.A., AGORA' S.r.l., Promos International, Coop. Valdocco di Mondovì
- Dal 1995 ha ottenuto l'autorizzazione sia dal Ministero della Pubblica Istruzione (D.M. 11/12/95 Prot. N. 4536 e D.M. 10/01/97 Prot. N. 5317) che dal Provveditorato agli Studi di Roma allo svolgimento di Corsi di Formazione e Aggiornamento
- Nel 1997 gestisce il Corso di *Counseling* Professionale di 500 ore e il Corso per Tecnico Psico-Socio-Pedagogico di 350 ore, autorizzati e finanziati dalla Regione Lazio e dall'Unione Europea
- Dal 1998 partecipa ai Piani di Inserimento Professionale - P.I.P., promossi dal Ministero del Lavoro, occupando anche allievi specializzati nei due Corsi di *Counseling* Professionale e Tecnico Psico-Socio-Pedagogico.
- Nel 2002 gestisce il Corso di *Counselor* Tecnico Socio-Psico-Pedagogico di 500 ore, il Corso di Educatore Itinerante-Operatore di Strada (azione formativa) di 500 ore e il Corso di Educatore Itinerante-Operatore di Strada (ricerca) di 500 ore autorizzati e finanziati dalla Regione Lazio e dall'Unione Europea (PROT. 2246 del 11/07/2001). Nel 2002/2003 prosegue il corso e l'attività formativa per Educatore Itinerante. Ricerca e intervento cofinanziata dalla Regione Lazio e dalla CEE 2002/2003 sulla Dispersione Scolastica.
- Promuove e gestisce i seguenti convegni in collaborazione con la Provincia di Roma:
  - † "PERCORSI FEMMINILI, DENTRO E FUORI IL DISAGIO"
  - † "IL DIRITTO ALLA SESSUALITÀ NELLE PERSONE DISABILI"
  - † "SENTIERI IN-VISIBILI DELL'IDENTITÀ FEMMINILE"
  - † "COMUNICAZIONI SULL'AUTISMO E NELL'AUTISMO"
- Gestisce un progetto di Teatro-*Counseling* presso la Casa Circondariale di Rebibbia, sez. maschile, in convenzione con la Regione Lazio.
- In corso di realizzazione un progetto
- Gestisce uno sportello di ascolto e orientamento sui disturbi dell'alimentazione, rivolto ad adolescenti e famiglie presso il Municipio Roma XI
- Gestisce un servizio itinerante con il Camper per la promozione primaria e secondaria dei disturbi del comportamento alimentare c/o l'Ateneo de "La Sapienza" di Roma
- Progetta e realizza il Progetto "Per una rete delle fattorie sociali verso il dopo di noi", in collaborazione con l'Associazione Psicheingenerare.it
- Gestisce il CICAIO (centro informazione, consulenza, ascolto, orientamento) presso le Scuole di Roma e Provincia
- Gestisce Attività consultoriale di psicodiagnosi, consulenze psicologiche e psicoterapeutiche.
- Gestisce il Master in *Counseling* Aziendale certificato ISO 9000 SINCERT, rivolto a operatori che si occupano di orientamento al lavoro, bilancio di competenze, dizionario di competenze, gestione, formazione ed assistenza al personale.
- Realizza il progetto volto a contrastare la violenza sui minori attraverso attività di sostegno e apprendimento scolastico, in collaborazione con la Provincia di Roma.

# ISTITUTO di COACHING professionale

## MASTER IN MENTAL COACHING *dal microCoaching al SuperCoaching*

— Autoformazione a distanza —

Corso diretto e supervisionato dall ASPIC per la SCUOLA  
Ente qualificato e accreditato dai Ministeri: MIUR e DELLA SALUTE  
consociata Universit del Counselling U.P.ASPIC

Per informazioni e iscrizioni Tel. 06/51435434 - 06/51882458  
ASPIC per la SCUOLA - Via Alessandra Macinghi Strozzi, 42/A - 00145 Roma

### Formazione e aggiornamento professionale mediante una completa BiblioVideoteca

- ◇ 20 VOLUMI sui Modelli teorici, strategie e metodologie tecniche
- ◇ 24 VIDEOCASSETTE di Sessioni specifiche con *TEST di verifica* di apprendimento
- ◇ 5 GIORNATE intensive e conclusive di SUPERVISIONE per conseguire il Diploma

### ***Comodamente a casa tua studi e apprendi***

Øincluso, durante tutto il percorso formativo, advising e monitoraggio telefonico via Internet on-line.

Durante lo svolgimento del Corso consentita  
l'iscrizione presso la RIPCOACH  
*Registro Italiano Professionisti di Coaching*

\* Ordinando in contrassegno il libro *SuperCoaching* (2004) di E. Giusti - R. Taranto, al costo scontato di Euro 24,00, riceverai senza impegno tutte le informazioni necessarie per aderire al Master in Mental Coaching



**SOVERA**

**Edoardo Giusti - Claudia Montanari**

# **LA CO-PSICOTERAPIA**

Due è meglio e più di uno in efficacia ed efficienza



**Collana di Edoardo Giusti**



# LA CO-PSICOTERAPIA

## Due è meglio e più di uno in efficacia ed efficienza

### Introduzione alla pubblicazione

Il mondo degli esseri umani è composto di relazioni, di rapporti interpersonali; la realtà è il prodotto dello scambio reciproco e costante tra gli individui.

La natura sociale dell'essere umano non può essere ignorata neanche per ciò che riguarda i processi di guarigione. Come ha fatto notare Petruska Clarkson (1996, pag. 77):

«La relazione, ovvero l'interconnessione fra due persone, è stata importante in tutti i processi di guarigione fino dai tempi di Ippocrate e Galeno. Essa sembra costituire una delle principali caratteristiche in qualsiasi cambiamento rilevante o "metanoia" che si verifichi nella vita delle persone, che accada come risultato di un innamoramento, di una crisi, di uno sviluppo culturale, di una conversione religiosa o di una psicoterapia efficace.»

A conferma di questa opinione, numerosi studi hanno ormai accertato che il fattore che più incide sull'efficacia della psicoterapia è la relazione cliente-terapeuta (Bergin e Lambert, 1978; Luborsky et al., 1983; O' Malley, Suh e Strupp, 1983; Hill, 1989; Giusti, 1993).

Proprio in considerazione dell'importanza delle relazioni nella vita individuale, oltre che collettiva, pensiamo che la coterapia, definita da Virginia Satir (1991) non come una tecnica, ma come un modello di relazione, sia una modalità terapeutica sicuramente degna di maggiori attenzioni ed approfondimenti di quanto sia stato fatto sinora. Per questo motivo abbiamo deciso di scrivere un libro che affronti l'argomento in maniera sistematica, per quanto possibile.

Il nostro elaborato è rivolto principalmente agli psicoterapeuti che desiderano saperne di più, ma anche a coloro che, avendo già intrapreso un rapporto di coterapia, avvertono il bisogno di un approfondimento teorico, nonché di riferimenti operativi.

Nella Premessa, presentiamo una breve rassegna della attuale letteratura riguardante la coterapia, dalla quale il lettore dedurrà facilmente che finora gli studi sull'argomento sono stati pochi e soprattutto limitati a situazioni specifiche, quindi privi di considerazioni circa

le implicazioni generali di questa forma di trattamento. Nel capitolo 1, descriviamo la relazione tra coterapeuti presentandola come modalità di lavoro praticabile in molte situazioni diverse e considerandone le possibili forme e tipologie, nonché le finalità specifiche; cercheremo inoltre di illustrare i vantaggi conseguibili da tutte le parti coinvolte nel processo terapeutico: i terapeuti, i clienti e la relazione tra terapeuti e clienti.

Nel capitolo 2 ci soffermeremo sullo sviluppo della relazione coterapeutica. Cercheremo di indagare su quali basi e per quali motivi un terapeuta scelga di intraprendere una siffatta relazione e ne illustreremo i vari passaggi e le varie tappe attraverso la descrizione e i modelli di sviluppo proposti da altri autori. Una volta trovato il partner adatto e stabilito il contratto di coterapia, ha inizio la relazione tra i due terapeuti che, in base alla loro esperienza e al loro orientamento teorico, hanno elaborato un insieme di tappe evolutive da attraversare (o che dovrebbero essere attraversate) per giungere ad una solida ed efficiente relazione coterapeutica.

Nel capitolo 3 riportiamo esperienze di coterapia avvenute in diversi ambiti (terapia di gruppo, terapia familiare, terapia di coppia, terapia combinata individuale-di gruppo). Sarà così mostrato, in concreto, come la coterapia possa essere applicata seguendo i più diversi orientamenti teorici e da coppie terapeutiche variamente composte. L'intento del capitolo è quello di fornire evidenze a favore della possibilità di impiegare la coterapia, al di là delle considerazioni teoriche, come modalità di lavoro terapeutico utile e vantaggiosa per diverse tipologie di clienti e in diverse forme di terapia. Pertanto abbiamo ritenuto utile riportare le opinioni e alcuni resoconti di terapeuti di diversa formazione, in modo da offrire un esempio efficace della reale applicabilità della coterapia, a prescindere dalla scuola di riferimento.

L'ultimo paragrafo del capitolo è dedicato al Modello di Terapia della Gestalt, del quale forniamo una breve storia ed una descrizione sommaria per due ordini di motivi: in primo luogo, molti dei terapeuti che lavorano in coppia fanno riferimento al modello gestaltico; in secondo luogo, tale digressione è indispensabile come introduzione al quinto e ultimo capitolo nel quale tratteremo il Modello Pluralistico Integrato, originale elaborazione degli autori del presente testo, che ha come cornice di riferimento la Terapia della Gestalt.

Infatti, mentre, il capitolo 4 sarà dedicato ad un'ampia trattazione della terapia di gruppo, nel capitolo 5 riportiamo in modo esteso la nostra esperienza di coterapia, che si inserisce, da un punto di vista teorico-pratico, nel modello da noi elaborato in ventisette anni di collaborazione, nel corso dei quali abbiamo fondato l'Associazione per lo Sviluppo Psicologico dell'Individuo e della Comunità e avviato la Scuola di Specializzazione Quadriennale in Psicologia Clinica di Comunità e Psicoterapia Umanistica Integrata (riconosciuta dal M.I.U.R.).

In quest'ultimo capitolo, presentiamo, inoltre, i resoconti sia dei formatori della Scuola che lavorano in coterapia sia dei nostri allievi che sperimentano la coterapia come parte finale del loro percorso di formazione.

## Bibliografia sulla disabilità e sessualità

- Francescato D., Tomai M., Ghirelli G.** (2002), *Fondamenti di Psicologia di Comunità*, Carocci, Roma.
- Giusti E.** (2003), *Psicoterapie: denominatori comuni*, Franco Angeli, Milano.
- Giusti E., Pitrone A.** (2004), *Essere insieme: psicoterapia integrata della coppia*, Sovera, Roma.
- Hazan C., Shaver P.** (1987), Romantic Love Conceptualized as a attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, n. 52, p. 511-524, APA Washington.
- Mahler M.** (1974), *Simbiosi e individuazione: la nascita psicologica del bambino*, in The selected paper of Margaret. S. Mahler, vol. II, New York, Jason Aronson.
- Panier Bagat M., Sasso S.** (1995), *L'altra crescita*, Franco Angeli, Milano.
- Rogers C.** (1970), *La psicoterapia centrata sul cliente*, Martinelli, Firenze.
- Spitz R.A.** (1945), Hospitalism: an inquiry into the genesis of psychiatric conditions in early childhood. *Psychoanalytic Study of the Child*, n.1, pp. 53-73.
- Sternberg R.J.** (1999), *La freccia di cupido. Come cambia l'amore: teorie psicologiche*, Centro Studi Erickson, Trento.

## Bibliografia sul disagio femminile

- A.A.V.V.** (2003), La mente, il cuore, le braccia e...Guida alla salute delle donne, in Reale E. (a cura di), *Atti del gruppo di lavoro "Medicina Donne Salute"*, Commissione Nazionale Pari Opportunità, Roma.  
[http://www.salutementaledonna.it/versione\\_pdf.htm](http://www.salutementaledonna.it/versione_pdf.htm)
- A.A.V.V.** (2005), *Dis-pari opportunità. La sottovalutazione dei rischi lavorativi nella donna*. Assessorato Pari Opportunità, Regione Campania.  
<http://www.salutementaledonna.it/dis-pari%20opportunità.htm>
- ABA** (2001), *I casi gravi. Clinica psicoanalitica dell'anoressia-bulimia*, Franco Angeli, Milano.
- AED** (2003), *Eating Disorder*, Wiley, Los Angeles.
- AIDAP** (2003), *Emozioni e cibo*, Gruppo del Forum AIDAP, Verona.
- A.I.O.** (2001), *Peso, sovrappeso obesità*, Guidaverde Editrice, Roma.
- Ammaniti M.** (1999), *Crescere con i figli*, Mondadori, Milano.
- Baldassare M.** (2002), *Disturbi alimentari e psicopatologia*, Borla, Roma.
- Ballard T., Corradi L.** (2001), Una prospettiva di genere su epidemiologia e prevenzione primaria dei tumori al polmone: i limiti di una prevenzione gender-blind, in Reale E. (a cura di), *Una Salute a Misura di Donna - Atti del gruppo di lavoro "Medicina Donne Salute"*, Ministero Pari Opportunità, Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento per l'Informazione e l'Editoria, Roma.  
<http://www.salutementaledonna.it/pubblicazione.htm>
- Bell R.M.** (2002), *La santa anoressia: digiuno e misticismo dal Medioevo a oggi*, GLF Editori Laterza, Roma
- Boidi G.** (2001), La schizofrenia e la differenza di genere, in Reale E. (a cura di), *Una Salute a Misura di Donna - Atti del gruppo di lavoro "Medicina Donne Salute"*, Ministero

Pari Opportunità, Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento per l'Informazione e l'Editoria, Roma.

**Bonifatti L.S., Galimberti F.** (2001), *Il rifiuto dell'Altro nell'anoressia*, Franco Angeli, Milano.

**Bowlby J.** (1989), *Una base sicura*, Raffaello Cortina, Milano.

**Cazzullo C.L., Clerici M.** (2000), *Trattamento integrato dei disturbi alimentari*, Masson, Milano.

**Ceci A.** (2001), La specificità di genere nella conduzione di ricerche cliniche. in Reale E. (a cura di), *Una Salute a Misura di Donna - Atti del gruppo di lavoro "Medicina Donne Salute"*, Ministero Pari Opportunità, Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento per l'Informazione e l'Editoria, Roma.

**Corradi L.** (2001), *Per una prevenzione dell'AIDS gender-oriented*, in Reale E. (a cura di), *Una Salute a Misura di Donna - Atti del gruppo di lavoro "Medicina Donne Salute"*, Ministero Pari Opportunità, Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento per l'Informazione e l'Editoria, Roma.

**Dalle Grave R.** (2003), *Terapia cognitivo comportamentale dei disturbi dell'alimentazione durante il ricovero*, Positive Press, Verona.

**Dalle Grave R.** (2002), *Perdere peso senza perdere la testa*, Positive Press, Verona.

**Dalle Grave R., Di Flaviano E.** (2002), *Alimentazione meccanica*, Positive Press, Verona.

**Darmon M.** (2003), *Devenir Anorexique*, Editions la Decouverte, Parigi.

**Degli Espositi P.** (2004), *Il cibo dalla modernità alla postmodernità*, Franco Angeli, Milano.

**Diodato L.** (2001), *Il linguaggio del cibo*, Rubettino Editore Srl, Catanzaro.

**Ficeto T.** (2001), *La relazione padre-figlia nell'anoressia mentale*, Edizioni Scientifiche Magi, Roma.

**Figà Talamanca I.** (2001), *La salute della donna in medicina del lavoro*, in Reale E. (a cura di), *Una Salute a Misura di Donna - Atti del gruppo di lavoro "Medicina Donne Salute"*, Ministero Pari Opportunità, Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento per l'Informazione e l'Editoria, Roma.

**Gilbert S.** (2000), *Counselling for eating disorders*, Sage Publications, Londra.

**Giusti E., Montanari C., Ianazzo A.** (2004), *Psicoterapie integrate. Piani di trattamento per terapeuti a breve, medio, lungo termine*, Masson, Milano.

**Gomez J.** (2000), *Tener testa alla bulimia*, Editori Riuniti, Roma.

**Herrin M.** (2003), *Nutrition Counseling in the treatment of Eating Disorders*, Brunner-Routledge, New York.

**Holmes J.** (1994), *La Teoria dell'attaccamento*, Raffaello Cortina, Milano.

**ISTAT** (1993), *Indagine Multiscopo sulle Famiglie - Anni 1987-91, 4 - L'Uso del Tempo in Italia*, Roma.

**ISTAT** (2000a), *"Le condizioni di salute degli Italiani - Anno 1999"*, 13 dicembre, Roma.

**ISTAT** (2000b), *Rapporto annuale - Situazione del Paese 1999*, Roma.

**ISTAT** (2001), *Tendenze della mortalità in Italia nel periodo 1995-1998*, Roma.

**La leche league International** (1987), *L'arte dell'allattamento materno*, Franklin Park, Illinois.

**Lask B., Bryant-Waugh R.** (2000), *Anorexia nervosa and related eating disorders in*

*childhood and adolescence*, Psychology Press, UK .

**Lask B., Bryant-Waugh R.** (2000), *Disturbi alimentari*, centro Studi Erickson, Trento.

Marcoli A. (2003), *Passaggi di vita*, Saggi Mondadori, Milano.

**Marshall F.** (2001), *Mamma in blu*, TEA, Milano.

**May R.** (1991), *L'arte del Counseling*, Astrolabio, Roma.

**Milgrom J. Martin P.R., Negri L.** (2003), *Depressione Postnatale*, Centro Studi Erickson, Trento.

**Ministero della Sanità** (2000), *Relazione sullo stato sanitario del Paese 1999*, Servizio Studi e Documentazione, Roma.

**Minucci D.** (2001), Le patologie dell'utero e il pregiudizio di genere, in Reale E. (a cura di), *Una Salute a Misura di Donna - Atti del gruppo di lavoro "Medicina Donne Salute"*, Ministero Pari Opportunità, Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento per l'Informazione e l'Editoria, Roma.

**Modena M. G.** (2001), *Malattie cardiovascolari*, in Reale E. (a cura di), *Una Salute a Misura di Donna - Atti del gruppo di lavoro "Medicina Donne Salute"*, Ministero Pari Opportunità, Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento per l'Informazione e l'Editoria, Roma.

**Montignac M.** (2004), *Dimagrire per sempre mangiando normalmente*, Hobby & Work Publishing, Milano.

**Murgatroyd S.** (1995), *Il Counseling nella relazione di aiuto*, Sovera, Roma.

**Nardone G.** (2003), *Al di là dell'amore e dell'odio per il cibo*, BUR, Milano.

**Onnis L.** (2004), *Anoressia e bulimia tra individuo famiglia e società*, Franco Angeli, Milano.

**Pallotta N.** (2001), *Violenza e salute: la ricerca sulle patologie gastroenterologiche*, in Reale E. (a cura di), *Una Salute a Misura di Donna - Atti del gruppo di lavoro "Medicina Donne Salute"*, Ministero Pari Opportunità, Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento per l'Informazione e l'Editoria, Roma.

**Ostuzzi R.** (2003), *Figlie in lotta con il cibo*, Baldini & Castoldi, Milano.

**Palmer B.** (2000), *Helping people with eating disorders*, Wiley, New York.

**Perroud A.** (2003), *A' l'anorexie: Une démarche efficace pour guérir*, Editions Ritz, Parigi.

**Piazza M.** (1999), *Le buone pratiche europee: i padri nelle organizzazioni*, relazione presentata alla conferenza "Padri e Relazione di Cura Vita Quotidiana e Organizzazioni, Venezia 19-20 novembre.

**Puddu P.** (2002), *La conoscenza del cibo*, Clueb, Bologna.

**Rapporto L.** (2003), *Come mangiamo*, Ponte alle Grazie, Milano.

**Reale E.** et al. (1998) *Stress e vita quotidiana della donna*, Progetto Finalizzato CNR: Prevenzione e Controllo dei Fattori di Malattia (FATMA), Sottoprogetto Stress, Roma.

**Reale E.** (2001), Differenze di genere nella depressione ed in altri disturbi psichici, in *Una Salute a Misura di Donna - Atti del gruppo di lavoro "Medicina Donne Salute"*, Ministero Pari Opportunità, Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento per l'Informazione e l'Editoria, Roma.

**Reale E., Vinay P.** (2001), Gli studi sullo stress ed il lavoro familiare, in Reale E. (a cura di), *Una Salute a Misura di Donna - Atti del gruppo di lavoro "Medicina Donne Salute"*,

Ministero Pari Opportunità, Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento per l'Informazione e l'Editoria, Roma.

**Rigaud D.** (2003), *Anorexie, Boulimie et compulsions*, Marabout, Francia.

**Romito P.** (2000), *Violenze alle donne e risposte delle istituzioni. Prospettive internazionali*. Franco Angeli, Milano.

**Romito P.** (2001), Violenze contro le donne, conseguenze sulla salute e ruolo dei servizi socio-sanitari, in Reale E. (a cura di), *Una Salute a Misura di Donna - Atti del gruppo di lavoro "Medicina Donne Salute"*, Ministero Pari Opportunità, Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento per l'Informazione e l'Editoria, Roma.

**Ruggiero G.M.** (2003), *Anoressia e bulimia nei Paesi dell'area mediterranea*, Deleyva Editore, Milano.

**Sabbadini L.L., Palomba, R.** (1993), Differenze di genere e uso del tempo nella vita quotidiana, in Paci M. (1993), *Le dimensioni della disuguaglianza*, Il Mulino, Bologna.

**Salani M.** (2000), *A tavola con le religioni*, EDB, Bologna.

**Santoni A. Calò P. De Giacomo P.** (2000), *Anoressia e bulimia: la svolta*, Franco Angeli, Milano.

**Stern D. N.** (2000), *Il mondo interpersonale del bambino*, Mondadori, Milano.

**Stern D. N.** (1999), *Nascita di una madre*, Mondadori, Milano.

**Succhielli R.** (1996), *Apprendere il Counseling*, Centro Studi Erickson, Trento.

**Testoni I.** (2001), *Il Dio cannibale: anoressia e culture del corpo in Occidente*, Utet, Torino.

**Travaini N.** (2003), *I disturbi alimentari*, Edizioni Riza, Milano.

**Vanderlinden J.** (2001), *Vincere l'anoressia nervosa*, Positive Press, Verona.

**Vegetti Finzi S.** (1997), *A piccoli passi*, Mondadori, Milano.

**Villapiano M., Goodman L.J.** (2001), *Eating disorders: time for change*, Brunner Routledge, New York.

**Vinay P.** (2001), Note su genere e statistiche sanitarie in Italia, in Reale E. (a cura di), *Una Salute a Misura di Donna - Atti del gruppo di lavoro "Medicina Donne Salute"*, Ministero Pari Opportunità, Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento per l'Informazione e l'Editoria, Roma.

**World Health Organization, The Department of Women's Health** (2000), Gender and Health Technical Paper, in *internet WHO- FHD - Gender and Health Technical Paper*.

**World Health Organization** (2000), *The World Health Report*. Milano Libreria, Torino.

### Bibliografia sull'autismo

**Alvin, J.** (1978), *La terapia musicale per il bambino autistico*, Armando, Roma, 1981.

**APA** (2000), *DSM IV TR*. Masson, Milano.

**Arduino, G.M.** (1999), *Autismo e psicosi infantili. Definizioni e classificazioni*.

**Benenson R.O.** (1997), *Autismo e Musicoterapia*, Phoenix Editrice, Roma.

**Bernie Warren** (1995), *Arteterapia in educazione e riabilitazione*, Centro Studi Erickson, Trento.

**Beyer J. & Gammeltoft I.** (2000), *Autismo e Gioco*, Phoenix, Roma.

**Borellini F.** (2003), *Una scuola per me*, (a cura di), Fratelli Frilli Editori, Genova.

- Brauner A. e F.** (1986), *Storia degli autismi*, Erickson, (2003), Trento.
- Campanella V., Fiori M., Santoriello D.**, (2003), *Disturbi mentali gravi*, Sovera, Roma.
- Caretto F., Ciprietti T., Vannelli S. & Volpe N.** (1998) Autismo: la visualizzazione nella comunicazione recettiva. *Giornale Italiano dell'Handicap e delle Disabilità di Apprendimento*, 86, 34 – 41.
- Carr E.G. et al.** (1998), *Il problema di comportamento è un messaggio: interventi basati sulla comunicazione per l'handicap grave e l'autismo*, Erickson, Trento.
- Cohen B.S.** (1997), *L'autismo e la lettura della mente*, Astrolabio.
- Cohen B.S.** (1998), *Autismo: la conoscenza del problema*, Phoenix, Roma.
- Cottini L.** (2002), *Che cos'è l'autismo infantile*, Carocci, Roma.
- Cottini L.** (2002), *Educazione e riabilitazione del bambino autistico*. Carocci, Roma.
- Crugnola, C.R.** (1993), *Lo sviluppo affettivo del bambino*, Raffaello Cortina, Milano.
- Danna E. & Destefanis L.** (2004), *Una esperienza di logopedia con bambini autistici* *Autismo e Disturbi dello Sviluppo*, 2, 1, 99-115.
- De Meo T., Vio C. e Maschietto D.** (2000), *Intervento cognitivo nei disturbi autistici e di asperger*, Erickson, Trento.
- Denner A., Malavasi L.** (2002), *Arteterapia: metodologia e ricerca*, Del Cerro, Pisa.
- Di Pietro M.** (1999), *L'ABC delle emozioni*, Erickson, Trento.
- Frith U.** (1989), *L'autismo*, Laterza, (1998), Roma-Bari.
- Gentile R., Moderato P. & Presti G.** (2004), *Acquisizione di richieste funzionali nella sindrome autistica*. *Autismo e Disturbi dello Sviluppo*, 2, 2, 247-265.
- Gerland G.** (1999), *Una persona vera*, Phoenix, Roma.
- Giusti E., Piombo I.**, (2003), *ArteTerapia e Counseling Espressivo*, Aspic Edizioni Scientifiche, Roma.
- Giusti E., Spalletta E., Riza Scienze**, (dicembre 1997), *Relazioni stabili e durature come costruirle*, Edizioni Riza, n. 118.
- Grandin T.** (1995), *Pensare in immagini*, Erickson, Trento.
- Grandin T.** (2001), *Pensare in immagini e altre testimonianze della mia vita di autistica*. Erickson, Trento.
- Greenspan, S.I.** (1989), *Lo sviluppo dell'Io*, Franco Angeli Ed., Milano (1999).
- Guareschi Cazzullo A., Lenti C., Musetti C., Musetti L.**, (1995), *Processi mentali in Età evolutiva*, Franco Angeli, Milano (1995).
- Guerra Lisi S.** (1980), *Comunicazione ed espressione nella globalità dei linguaggi*, Il Ventaglio, Roma.
- Guerra Lisi S.** (1983), *Integrazione interdisciplinare dell'handicappato*, Il Pensiero Scientifico, Roma.
- Guerra Lisi S.** (1985), *Il metodo della globalità dei linguaggi*, Borla, Roma.
- Guerra Lisi S.** (1986), *Come non spezzare il filo*, Borla, Roma.
- Guerra Lisi S.** (1987), *Psiche suono corpo-movimento musica-danza* (ed.), Ed. Mus. PCC, Assisi.
- Guerra Lisi S.** (1990), *Ri-uscire*, Borla, Roma.
- Guerra Lisi S.** (1992), *Il racconto del corpo*, Borla, Roma.
- Guerra Lisi S.** (1993-1997), *Continuità 2 e 1*, Borla, Roma.

- Guerra Lisi S.** (1996), *SinestesiArti*, Fuori Thema, Bologna (2a ed. Borla, Roma 1998).
- Guerra Lisi S.** (1997), *Viaggio nel ritardo mentale* (in collab.), Ed. del Cerro, Pisa.
- Guerra Lisi S.** (1997), *Musicoterapia nella Globalità dei Linguaggi* (in collab.), Fuori Thema, Bologna (2a ed. Borla, Roma 1998).
- Guerra Lisi S.** (1997), *...In principio era il corpo* (in collab.), Fuori Thema, Bologna.
- Guerra Lisi S.** (1998), *L'integrazione: nuovo modello di sviluppo* (in collab.), Borla, Roma.
- Guerra Lisi S.** (1999), *Sinestesia Arti Terapia* (in collab.), CLUEB, Bologna.
- Guerra Lisi S.** (1999), *Gli Stili Prenatali nelle arti e nella vita* (in collab.), CLUEB, Bologna.
- Guerra Lisi S.** (2000), *Progetto Persona*, Armando, Roma.
- Guerra Lisi S.** (2001), *Coma/Comunicazione*, Capone, Lecce.
- Guerra Lisi S.** (2002), *I Quattro Elementi nella Globalità dei Linguaggi* (in collab.), Borla, Roma.
- Guerra Lisi S.** (2002), *Arte e Follia* (in collab.), Armando, Roma.
- Guerra Lisi S.** (2003), *Occhio di pino*, Borla, Roma.
- Guerra Lisi S.** (2003), *Noi come voi* (in collab.), Arti Terapie, Roma.
- Guerra Lisi S.** (2004), *Globalidad de Lenguajes* (in collab.), ENAH, Mexico DF.
- Guerra Lisi S.** (2004), *Stereotipie e arte di vivere* (in collab.), ETS, Pisa.
- Guerra Lisi S.** (2004), *Dizionario di musica nella Globalità dei Linguaggi* (in collab.), LIM, Lucca.
- Guerra Lisi S.** (2005), *Contatto. Comunicazione, Autismo* (in collab.), FrancoAngeli, Milano.
- Haddon M.** (2003), *Lo strano caso del cane ucciso a mezzanotte*, Einaudi, Torino.
- Howlin P., Baron, Cohen S. e Hadwin J.** (1999), *Teoria della mente*, Erickson, Trento.
- Howlin P., Baron Cohen S. e Hadwin J.** (2002), *Teoria della mente e autismo*, Erickson, Trento.
- Koegel L.K.** (2003), Interventi per facilitare la comunicazione nell'autismo. *Autismo e Disturbi dello Sviluppo*, 1, 2, 175-192.
- Lang, J.L.** (1984), *Introduzione alla psicopatologia infantile*, Borla, Roma.
- Linda A. Hodgon** (2004), *Strategie visive per la comunicazione*, Vannini, Gussago (BS).
- Lord C.** (2003), Commento: risultati e possibili sviluppi della ricerca per facilitare la comunicazione nell'autismo. *Autismo e Disturbi dello Sviluppo*, 1, 2, 193-204.
- Micheli E.** (1998) Introduzione all'edizione italiana di: Watson LR et al. (1989) *La comunicazione spontanea nell'autismo*, Erickson, Trento.
- Micheli E.** (2003), Commento agli articoli di Koegel e Lord. *Autismo e Disturbi dello Sviluppo*, 1, 2, 205-207.
- Minerva Pillot I.** (2000), *Psicologia e psicopatologia dell'espressione artistica*, UTET, Torino.
- Peeters T.** (1998), *Autismo infantile*, Phoenix, Roma.
- Watson L.R. et al.** (it. 1998), *La comunicazione spontanea nell'autismo*, Erickson, Trento.
- Schopler E., Mesibov G.B. e Kunce L.J. (a cura di)** (1998), *Sindrome di Asperger e Autismo High-Functioning*, (2001), Erickson, Trento.

- Siller M & Sigman M** (2003), I comportamenti dei genitori e lo sviluppo della comunicazione in bambini con autismo. *Autismo e Disturbi dello Sviluppo*, 1, 2, 209-233.
- Timbergen, N., Timbergen E.A.** (1984), *Bambini autistici*, Adelphi, Milano, 1989.
- Tustin, F.** (1994), *Intervista sull'autismo*, Astrolabio, Roma (1998).
- Wing L.** (1981), Asperger's syndrome: A clinical account. "Psychological Medicine", vol. 11, pp. 115-129.
- Xaiz C. & Micheli E.** (2001), *Gioco e interazione sociale nell'autismo*, Erickson, Trento.
- Xaiz C.** (2004), Intersoggettività, comunicazione, abilità sociali nei soggetti autistici dall'infanzia all'età adulta. *Autismo e Disturbi dello Sviluppo*, 2, 1, 55-64.
- <http://www.asperger.it>
- [http://www.oneworld.org/autism\\_uk/](http://www.oneworld.org/autism_uk/)

### Bibliografia sulla coppia

- AAVV** (1990), L'un et l'autre sexe. *Science et Vie*. N° spécial 171, Paris.
- Badinter E.** (1992), *XY, de l'identité masculine*, Odile Jacob, Paris.
- Braconnier A.** (1996), *Le sexe des émotions*. Odile Jacob, Paris.
- Cohen-Sohal A.** (1985), *Sartre*, Pantheon Books, New York.
- Cyrulnik B.** (1993), *Les nourritures affectives* Odile Jacob, Paris.
- Durden-Smith J. & Desimone D.** (1983), *Le sexe et le cerveau*, La Presse, Montréal.,
- Elkaïm M.** (1985), *Formations et pratiques en thérapie familiale*, ESF, Paris.
- Gauthier P.** (1988), *Les nouvelles familles*. éd. St. Martin, Québec.
- Gellman C. et J.** (1983), *Les thérapies sexuelles*. ESF, Paris.
- Ginger S. et A.** (1987), *La Gestalt, une thérapie du contact*, Hommes & Groupes, Paris.
- Ginger S.** (1995), *La Gestalt : l'art du contact*, Guide de poche Marabout, Bruxelles.
- Gray J-** (1992), *Men are from Mars, Women are from Venus*, Harper Collins. New York.
- Guilhot M.A. et J.** (1980), *Psychothérapie de groupe pour les couplet*, ESF, Paris.
- Kaufmann J.C.** (1993), *Sociologie du couple*, PUF, Paris.
- Lemaire J.** (1979), *Le couple : sa vie, sa mort*, Payot, Paris.
- Le Vay S.** (1994), *Le cerveau a-t-il un sexe?* Flammarion, Paris.
- Miller M.V.** (1996), *L'amour terroriste*, Robert Laffon, Paris.
- Millet L.** (1995), *La crise du milieu de la vie*, Masson, Paris.
- Mucchielli R.** (1989), *Psychologie de la vie conjugale*, 4° éd., ESF, Paris.
- Neuburger R.** (1995), *Le mythe familial*, ESF, Paris.
- Neuburger R.** (1993), *L'irrationnel dans le couple et la faille*, 2e éd., ESF, Paris.
- Neuburger R.** (1997), *Nouveaux couplet*, Odile Jacob, Paris.
- Pasini W.** (1996), *A' quoi sert le couple?* Odile Jacob, Paris.
- Tordjman G.** (1971), *L'aventure du couple*, Denoël, Paris.
- Tordjman G.** (1973), *La maladie conjugale*, Denoël, Paris.
- Zinker J. & Nevis S.** (1995), *In Search of Good Form. Gestalt Therapy with Couples and families*, Cleveland Institute Press, USA.



identità professionale

**counselling**

autonomia e regolamentazione



**convegno nazionale**

**15 luglio 2006 - ore 15**  
Torre Rossa Park Hotel  
Auditorium Michelangelo  
**via di Torre Rossa, 94 - Roma**