

PUBBLICAZIONE ONLINE

ISSN 2611-1209

ANNO 2 • N. 1-2

GENNAIO - DICEMBRE

2018

PsicologiaCalabria

RIVISTA SCIENTIFICO-DIVULGATIVA SEMESTRALE
DELL'ORDINE PSICOLOGI DELLA CALABRIA

6 EDITORIALE
DI GUIDO LEONE
8 PUNTO SULLE
ATTIVITA'
DELL'ORDINE
DI FORTUNATO
CAMPOLO

10 CONVERSARE
CON EUGENIO BORGNA
20 FRANCO BASAGLIA
E LA LEGGE 180
DI GAETANO MARCHESE
48 FAMIGLIE
OMOGENITORIALI

DI ANGELA COSTABILE
54 SUPERVISIONE
DI ROMANA GIULIA
COLANTONIO
66 STALKING E VIOLENZA
SULLE DONNE
DI ANGELINA FUNARO

74 MINORI STRANIERI
NON ACCOMPAGNATI
DI ALBERTO POLITO
82 IDENTITÀ FEMMINILE
SCLEROSI MULTIPLA
DI NELIDE ROMEO

ORDINE DEGLI PSICOLOGI DELLA CALABRIA WWW.PSICOLOGICALABRIA.IT VIA ACRI, 81 88100 CATANZARO RIVISTA@PSICOLOGIACALABRIA.IT



ORDINE DEGLI PSICOLOGI DELLA CALABRIA WWW.PSICOLOGICALABRIA.IT VIA ACRI, 81 88100 CATANZARO RIVISTA@PSICOLOGIACALABRIA.IT

**PSICOLOGIA CALABRIA -
RIVISTA SCIENTIFICO-DIVULGATIVA SEMESTRALE
DELL'ORDINE PSICOLOGI CALABRIA**

“Estrazione della pietra della follia”
di J. Bosch-1494- Museo del Prado Madrid



**Anno 2 - Numero 1-2, Gennaio -
Dicembre 2018**

Iscritta al n. 6 del Registro Stampa
del Tribunale di Catanzaro in data 10.06.2009

Direttore

Fortunato Campolo

Direttore Responsabile

Guido Leone

Capo Redattore

Angela Piattelli

Segreteria di Redazione

Antonella Abbonante
Gaetano Marchese

Comitato di Redazione

Romana Giulia Colantonio
Elisa Mottola
Maria Muscolo
Fabio Pirrotta

Comitato Scientifico

Angela Costabile
Paolo Michielin

Rubriche

Francesco Lando

Sviluppo e Marketing

Rocco Chizzoniti, Cecilia Gioia.

Progettazione editoriale e grafica di copertina

Anita Brandi - www.anitabrandi.it
anibrandi1@gmail.com

© Ordine degli Psicologi della Calabria - Via Acri, 81 ·
88100 Catanzaro Tel. 0961.794778 · Fax 0961.726709

www.psicologicalabria.it ·

e-mail:rivista@psicologiacalabria.it

Norme redazionali per gli autori

PSICOLOGIA CALABRIA è la rivista degli psicologi calabresi; si rivolge a tutti i professionisti psicologi e psicoterapeuti della regione allo scopo di promuovere la crescita professionale e il dibattito culturale e scientifico tra i diversi indirizzi teorici della disciplina e la loro applicazione nei contesti di cura.

La mission della rivista è quella di favorire la condivisione di esperienze professionali, saperi e riflessioni sui temi che riguardano la promozione, la contestualizzazione e l'innovazione della professione in Calabria facilitando sempre più un approccio interdisciplinare del prendersi cura del disagio psicologico. Conoscere e condividere le attività dei colleghi e con i colleghi significa migliorare l'assistenza agli utenti dando risposte terapeutiche sempre più incisive ed efficaci alle complesse esigenze e richieste d'aiuto.

PSICOLOGIA CALABRIA è una rivista di Psicologia a carattere scientifico-divulgativo ed esce con una cadenza semestrale. Si propone la pubblicazione di lavori/riflessioni, resoconti di attività cliniche, di ricerca e di formazione, review della letteratura scientifica, recensione di libri, esperienze, eco delle attività scientifiche e culturali a livello nazionale ed internazionale. Nella rubrica "Conversare con" vengono invece affrontati, temi di ordine politico, burocratico e amministrativo che riguardano la professione Psicologo in Italia e nel mondo.

I lavori da inviare al comitato di redazione devono essere inediti.

Possono pubblicare articoli solo gli Psicologi iscritti all'Albo della Calabria.

Nel caso di articoli con più autori, il primo nome deve essere di un collega iscritto all'Ordine della Calabria.

La responsabilità del contenuto scientifico è esclusivamente degli autori.

È vietato riprodurre o trasmettere sotto qualsiasi forma o con qualsiasi mezzo, per fotocopia, registrazione o altro, qualsiasi parte della pubblicazione senza l'autorizzazione della redazione della rivista. È obbligatoria la citazione della fonte. La pubblicazione degli articoli e delle eventuali immagini è subordinata all'approvazione della redazione che ha facoltà di non accettare il manoscritto o di chiedere all'autore eventuali modifiche e, in ogni caso, non coinvolge la responsabilità dell'editore.

I lavori, redatti in formato microsoft word (carattere Times New Roman, dimensione 12), devono essere inviati tramite email all'indirizzo di posta elettronica: rivista@psicologicalabria.it attivando l'opzione di notifica alla lettura del messaggio. La correzione delle bozze sarà fatta dagli autori i quali disporranno di massimo sette giorni di tempo. Si raccomanda

che gli autori conservino una copia del lavoro, perché la redazione non può considerarsi responsabile di eventuali smarrimenti degli originali. I lavori non pubblicati non verranno restituiti. Gli articoli a carattere scientifico saranno esaminati dal comitato scientifico della rivista che riceverà gli stessi oscurati dei dati identificativi degli autori e dell'istituto di appartenenza. Tali articoli debbono essere contenuti entro un massimo di numero 7 (sette) cartelle dattiloscritte, inclusi bibliografia e riassunto e debbono seguire possibilmente il seguente schema:

Introduzione; Modalità di effettuazione dell'intervento clinico, di ricerca, di formazione od esperienziale; Risultati; Commento conclusivo; Riassunto di massimo 150 parole; Numero massimo di 6 parole chiave; Note (che devono riportare sempre il numero di riferimento anche nel testo) e Bibliografia.

Le pagine debbono essere numerate progressivamente. Nella prima pagina del manoscritto saranno indicati: Il titolo (massimo 40 caratteri); Il nome e cognome degli autori; L'istituto di appartenenza; Le parole chiave; L'indirizzo privato dell'autore (con nr. di telefono, fax ed e-mail) cui inviare le opportune comunicazioni. Le tabelle possono essere realizzate sia in word che in excel, penserà l'editore ad adattare alla grafica della rivista. I grafici devono essere esclusivamente in formato excel o in pdf vettoriale, non è possibile accettare altri formati. Sia le tabelle che i grafici vanno citati nel testo senza abbreviazioni e con numeri arabi. Grafici, tabelle e immagini nel loro file nativo (excell, jpg, tiff, pdf ecc.) devono essere raccolti in un'unica cartella insieme al file word del contributo prima di essere inviati alla redazione. Le fotografie debbono essere eseguite in formato digitale (jpg, tiff,eps, ai) purché in buona risoluzione (300 dpi e di grandi dimensioni), provvederà l'editore ad interpolarle nella misura adeguata. Le voci bibliografiche vengono riportate alla fine dell'articolo nel loro ordine progressivo di citazione del testo a prescindere dall'ordine alfabetico. Per quanto riguarda gli articoli pubblicati,

la relativa voce bibliografica deve essere riportata nel modo seguente: Cognome dell'autore ed iniziale del nome puntato. Nel caso di più autori vanno riportati tutti i cognomi e le iniziali del nome di ciascuno separati da virgola. Titolo dell'articolo in corsivo, Titolo della rivista per esteso, tra caporali (« »), nell'ordine: anno di pubblicazione, numero del volume, pagina iniziale e pagina finale segnalate con p. o pp.

Per quanto riguarda la citazione di libri, la relativa voce bibliografica deve essere così riportata: Cognome dell'autore ed iniziale del nome puntato. Nel caso di più autori vanno riportati tutti i cognomi e le iniziali del nome di ciascuno separati da virgola. Se il libro è costituito dal contributo di più capitoli di autori diversi, indicare tra parentesi (Ed). Titolo del libro in corsivo; Casa editrice, città, anno.

La rivista ha un formato esclusivamente digitale. La stessa è disponibile sia in formato eBook (per permettere una ottimale visualizzazione dai dispositivi iPad e Tablet) che in formato PDF e potrà essere scaricata/consultata dall'area riservata del sito dell'Ordine:

<http://www.psicologicalabria.it>

Il formato pdf della rivista verrà trasmesso a ciascuno degli iscritti anche via email.

Indice

PAG 6

Editoriale

Guido Leone Direttore
Responsabile Rivista Ordine
Psicologi Calabria

PAG 8

Il Punto sulle attività dell'ordine.

Fortunato Campolo Presidente Ordine
Psicologi Calabria

PAG 10

A Colloquio Con Il Prof. Eugenio Borgna.

A cura di Gaetano Marchese

PAG 20

Oltre il muro non c'è il buio.
L'arcobaleno della speranza
sul ruscello precipitoso della
vita. Franco Basaglia e la legge
180. La difficile strada del
cambiamento.

Gaetano Marchese

PAG 46

Famiglie omogenitoriali: riflessioni e commenti.

Angela Costabile, Francesca Manfredi

PAG 52

La supervisione, spazio terzo
dove può nascere un pensie-
ro non previsto.

Romana Giulia Colantonio, Maria Rupil

PAG 64

Lo stalking e la violenza sulle
donne. Indagine realizzata
all'Unical nell'ambito del
progetto di prevenzione e
sensibilizzazione.

Angelina Funaro, Stefania
Vespasiano, Stefania Alfano,
Martina Mauti, Patrizia Vetere

PAG 72

Scheda per il monitoraggio
delle vulnerabilità dei minori
stranieri non accompagnati
(MSNA) e dei giovani migranti.

Alberto Polito, Simonetta Bonadies

PAG 80

Identità femminile
e sclerosi multipla.

Romeo Nelide, Qualtieri Antonio,
Magariello Angela, De Benedittis Selene,
Spadafora Patrizia,

PAG 88

Recensioni

A cura di Francesco Lando,
Laura Melara

PAG 94

Cinevisione

A cura di Rocco Chizzoniti

PsicologiaCalabria 

RIVISTA SEMESTRALE SCIENTIFICO-DIVULGATIVA
DELL'ORDINE PSICOLOGI DELLA CALABRIA



ORDINE PSICOLOGI CALABRIA

EDITORIALE

di Guido Leone

Direttore Responsabile Rivista Ordine Psicologi Calabria

Sentimenti di gratitudine esprimo al Consiglio dell'Ordine regionale degli Psicologi e al suo Presidente, Franco Campolo, per l'incarico che hanno voluto affidarmi quale direttore del semestrale "Psicologia Calabria", voce ufficiale dell'Ordine in Calabria.

Un indirizzo di saluto lo rivolgo a tutti gli iscritti e, in primis, ai componenti dei Comitato di Redazione e del Comitato scientifico della rivista. Il grazie va oltre il senso di riconoscenza per l'anticipata fiducia accordatami e riguarda anche la libertà di azione con la quale si potrà operare per quanto riguarda procedure editoriali ed eventuali cambiamenti strutturali.

Sarà un piacere lavorare con loro perché insieme si potrà contribuire a creare un ambiente scientificamente vivace e uma-

namente piacevole.

Per quanto riguarda la linea editoriale ritengo che "Psicologia Calabria" debba mantenere la sua caratteristica di rivista scientifica generalista, aperta cioè ai contributi scientifici delle diverse aree della psicologia.

A mio avviso la rivista deve pubblicare buona ricerca in tutti i settori dai quali provengono contributi interessanti per dare modo ai lettori di cogliere gli sviluppi della psicologia.

Ritengo anche che il semestrale debba mantenere le sezioni in cui questa Rivista si articola per essere in grado di favorire non solo la divulgazione di sapere scientifico nei suoi diversi aspetti, ma anche la riflessione e la discussione sulla ricerca scientifica, la didattica disciplinare e la

pratica professionale degli psicologi.

Un grazie particolare agli Autori che, per questo numero, hanno scelto “Psicologia Calabria” come sede di pubblicazione di loro lavori scientifici e dei loro contributi alle discussioni riconoscendola, perciò, e sostenendola come strumento di diffusione scientifica.

Il presidente, Franco Campolo, nell'illustrare la variegata attività finora svolta dall'Ordine nazionale ha sottolineato, in particolare, la presenza del CNOP al tavolo interistituzionale presso il Ministero dell'Istruzione, nonché il progetto pilota denominato “benessere a scuola” che coinvolge numerosi istituti anche calabresi.

Campolo sa quanto al sottoscritto, che proviene dal mondo professionale scolastico, sta a cuore questa problematica e quanti tentativi finora abbiamo svolto insieme affinché la figura dello psicologo abbia una sua strategica presenza all'interno delle mura scolastiche.

Ad oggi, la scuola soffre non solo da un punto di vista normativo, ma anche da un punto di vista di “didattica inclusiva”.

Negli istituti di molti Paesi europei, a differenza dell'Italia, non solo la psicologia fa parte del percorso di studi allo stesso livello della storia o letteratura, ma è prevista la presenza di uno psicologo scolastico che facilita i rapporti interpersonali tra scuola e famiglia, tra studenti e studenti, tra studenti e insegnanti.

Potrebbe, quindi, dare supporto agli insegnanti per la progettazione e la realizzazio-

ne di attività didattiche inclusive.

Ancor più necessaria la presenza dello psicologo nelle scuole se si pensa ai fenomeni di mobbing e maltrattamenti, sempre più frequenti ad opera di studenti a discapito di giovani o ragazzi.

Pertanto, lo psicologo all'interno delle scuole potrebbe divenire un punto di riferimento per gli studenti in difficoltà, per quegli insegnanti che soffrono la sfrenata indisciplina delle classi, per i genitori che non riescono a interagire positivamente con i figli.

La scuola, data la sua funzione educativa in senso globale, rappresenta il primo sistema coinvolto in questo importante cambiamento di prospettiva sul benessere dell'individuo e rappresenta il punto di partenza per sviluppare la salute psicologica per i bambini, le famiglie e il territorio.

La psicologia è una scienza che può davvero far vivere meglio e, uscendo dal preconcetto che sia un aiuto da chiedere solo in casi estremi, essa può decisamente rendere più semplice e piacevole il rapporto dell'individuo con sé stesso e all'interno dell'ambiente sociale in cui vive.

Forse, oggi, la considerazione che si ha dello psicologo e delle sue prestazioni sta diventando più consapevole e costruttiva.

Almeno voglio credere che sia così.



Il punto sulle attività dell'Ordine

Fortunato Campolo
Presidente Ordine Psicologi Calabria

Molte le novità, in questi ultimi anni, sotto il cielo della psicologia: la legge Lorenzin che ci ha fatto transitare a pieno titolo tra le professioni sanitarie e grazie alla quale aumentano le tutele per i cittadini e per i professionisti; la partecipazione al tavolo della Psicologia al Ministero della Salute con conseguente potenziamento delle prestazioni psicologiche nei LEA e nel Piano Nazionale della Cronicità; la nostra presenza al tavolo attivato al MIUR per la scuola; il protocollo sottoscritto con l'ANCI ed il cui obiettivo è l'inserimento dello psicologo nei servizi comunali.

Pochi mesi orsono il CNOP ha siglato, per la prima volta, un protocollo col MIUR e come affermato dal Presidente Giardina "è un fatto storico, tutte le competenze dello psicologo vengono riconosciute, declinate, enfatizzate. Il protocollo mette in rete le grandi energie che gli psicologi Italiani possono fornire alla scuola e mette in rete la scuola, che finalmente, prende atto del supporto fondamentale degli psicologi".

In attuazione dei protocolli tra MIUR, CNOP e Società Italiana di Pediatria (SIP) e in collaborazione con gli Uffici Scolastici Regionali verrà attivato, inizialmente in tre regioni (Calabria, Abruzzo, Liguria) per l'anno scolastico in corso, un progetto pilota denominato "Benessere a scuola" che vedrà coinvolti, nelle tre Regioni, oltre sessanta istituti scolastici omnicomprensivi. Lo scopo è uno screening che permetta di avere un quadro completo e preciso di tutte le esigenze a cui rispondere da poter, successivamente, ampliare a livello nazionale. Tanto altro si potrebbe elencare in termini di politica ordinistica nazionale messa in piedi in questi ultimi anni e i cui effetti si vedranno in tempi ragionevoli.

Tra le iniziative che hanno, invece, interessato il nostro Ordine Regionale nel 2018 nei rapporti con alcuni enti, non si possono non menzionare, la convenzione stipulata col Dipartimento LiSE dell'Unical, per la colla-

borazione scientifica e professionale e l'attivazione di un tavolo tecnico con il CONI per la formazione di Psicologi dello sport con la creazione di una short list da mettere a disposizione delle società sportive Calabresi affiliate al CONI.

Sempre nel 2018, oltre a celebrare LA Giornata Nazionale della Psicologia, è stato organizzato su tutto il territorio regionale il mese del benessere psicologico centrato su tema dell'ascolto.

Il nostro Ordine, in quest'ultimo triennio, ha potenziato la formazione continuando a innovarla in termini di contenuti e spaziando tra varie tematiche che hanno riguardato anche l'immigrazione, la neurobiologia delle dipendenze, la psicologia dello sport, la neuropsicologia.

Nei primi mesi del 2019 grazie alla convenzione siglata dall'Ordine con il Dipartimento LiSE (UNICAL), sono stati attivati e conclusi i seminari di formazione c/o l'UNICAL su: "Psicologia Clinica vs Ricerca"; "La metodologia nella ricerca in Psicologia"; "La divulgazione scientifica"; "Analisi statistiche di base e presentazione dei risultati".

Per il 2019 sono stati programmati ben otto eventi ECM: "La pratica psicologica con le persone LGBT"; "Il lutto oggi", "Il linguaggio dei nativi digitali"; "Gli interventi psicologici brevi per il trattamento dei disturbi d'ansia e depressivi"; "L'ABC della Neuropsicologia Clinica"; "La Neuropsicologia forense"; "Gli effetti della cooperazione tra medici di famiglia e psicologi nell'ambito delle cure primarie".

Tanta cultura quindi!! Avremmo voluto interessarci di emergenza, epigenetica, gestione dei conflitti e benessere sociale. Colpa solo dei tempi ristretti se non ci siamo riusciti.

A breve ricorrerà il trentennale della Legge istitutiva dell'Ordine (56/89), mi auguro che sia un benaugurante viatico per il futuro della nostra professione.



**A colloquio
con
il prof.
Eugenio
Borgna**

a cura di Gaetano Marchese

In foto Eugenio Borgna



***La chiave segreta del dolore è la speranza.
Il pensiero di Franco Basaglia nella psichiatria
contemporanea e la Legge n.180/78.***

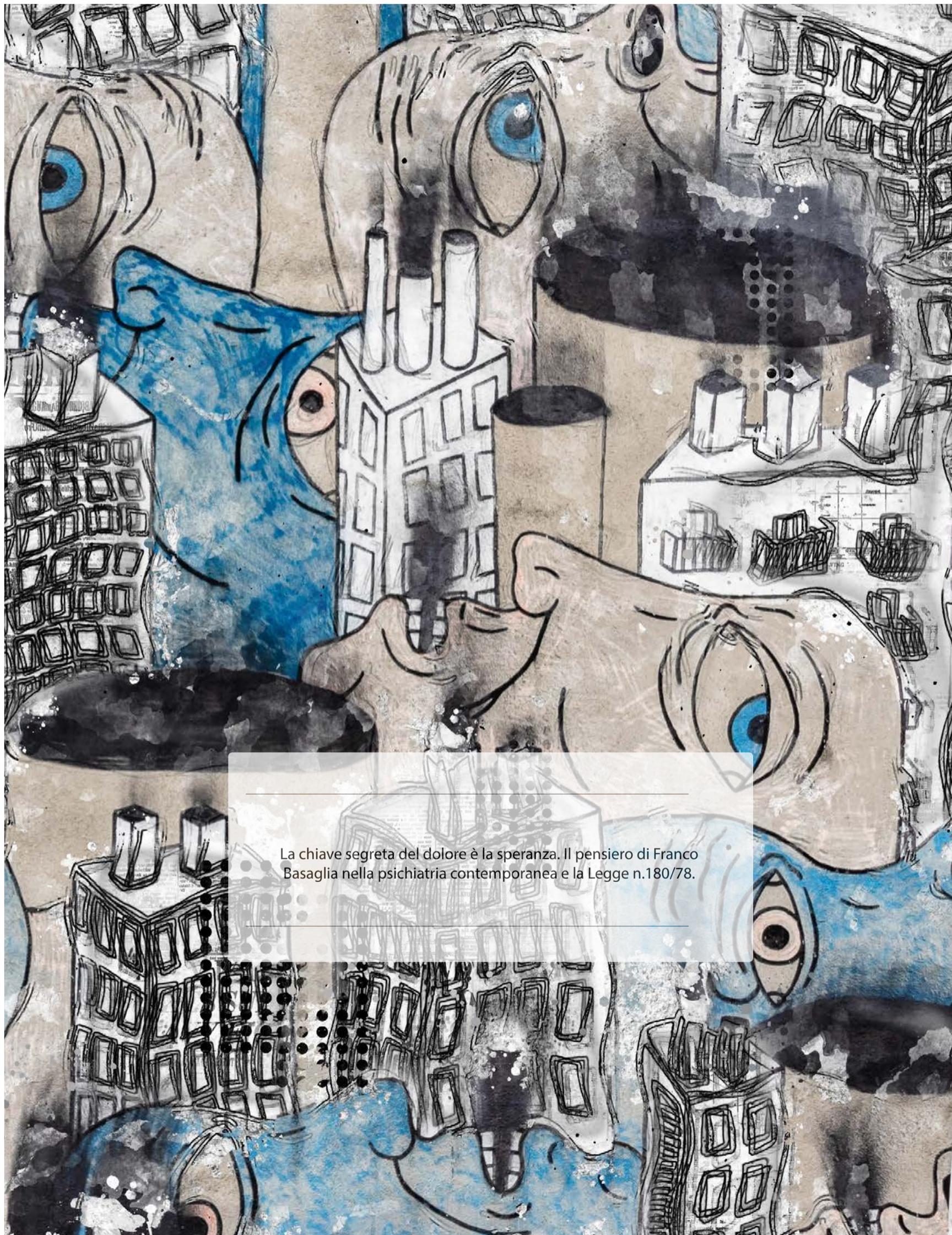
D) Gentilissimo professore Borgna, a quarant'anni dalla Legge n.180 sulla riforma psichiatrica in Italia, conosciuta come Legge Basaglia, unico paese nel mondo in cui sono stati aboliti i manicomi, in riferimento alla sua applicabilità e alle sue infinite declinazioni scientifiche e sociali, secondo Lei cosa rimane nella nostra società di questa legge, considerata come una pagina storica e scientifico-culturale che ha influenzato nel lavoro generazioni di psichiatri e diversi operatori impegnati nella clinica?

R) A 40 anni dalla approvazione della L.180 il grande slancio culturale e scientifico si è venuto, almeno in parte, oscurando. La scomparsa di Franco Basaglia non ha consentito di seguire le modalità concrete con cui la legge è stata formulata e immaginata nelle

sue straordinarie risonanze psicologiche e umane tali da lasciare ancora oggi stupefatti della loro profondità e della loro originalità. Una legge conosciuta in tutto il mondo ma che non è stata imitata se non in Brasile e in poche altre regioni del mondo

D) La legge Basaglia è stata considerata un presidio di civiltà e di conoscenza della malattia mentale e del disagio psichico, almeno nei primi anni di applicazione. Perché secondo Lei, nel tempo quella carica rivoluzionaria della riforma psichiatrica si è sempre di più sclerotizzata, addirittura è stata oggetto di attacchi e di rigide regressioni conservatrici, negando di fatto e azzerando il nuovo paradigma scientifico che tale legge portava con sé?

R) La legge di riforma è scaturita dalla rivolu-



La chiave segreta del dolore è la speranza. Il pensiero di Franco Basaglia nella psichiatria contemporanea e la Legge n.180/78.

zione teorica e pratica nel modo non solo di curare le forme di vita psicotica e non psicotica ma anche di coglierne le risonanze sociali che ne mettessero in evidenza la ricchezza umana della follia: realizzare fino in fondo la Legge 180 implicava ed implica un grande slancio umano e culturale che colga i significati della sofferenza ma impegnandoci in un ascolto senza fine con chi sta male e con chi soprattutto conosce sconfinati orizzonti di dolore che la follia ha in sé. L'accoglienza e i principi teorici e scientifici e della loro applicabilità nella clinica, esigono passione e tempo che non sia quello dell'orologio ma quello vissuto. A questo si aggiunga l'enorme influenza sociale e politica che la psichiatria biologica sembra rappresentare. Solo l'attesa che le nuove generazioni ritrovino gli slanci ideali della legge, può non spegnere le nostre speranze.

D) Nei luoghi perduti e sperduti della follia - manicomi ed ospedali psichiatrici - il dolore si manifestava, e forse ancora si manifesta, nell'assenza di una speranza possibile per i soggetti malati. Ritorna forte il monito e l'esortazione di F. Nietzsche ne "La gaia scienza" quando ci ricorda che: "Non siamo ranocchi pensanti, vivere-vuol dire per noi trasformare costantemente in luce e fiamma tutto quel che siamo, nonché tutto quel che ci riguarda; non possiamo affatto agire diversamente". Secondo Lei, nel crepuscolo di questa psichiatria che sta agonizzando, ridare senso all'incontro dialogante con la presenza dell'Altro, può essere un momento fondativo per comprendere, accogliere e avere cura della sofferenza psichica nelle sue infinite declinazioni esistenziali?

R) Questa domanda, bellissima anche questa, formulata con un linguaggio rigoroso

e palpitante di vita, non può non trovarmi d'accordo. Non c'è cura in psichiatria che non si nutra di gentilezza umana e di accoglienza, di percezione, di valori, di fragilità e di umanità ferita, che fanno parte di ogni sofferenza psichica. Le parole di Nietzsche, che amo citare, dicono che non c'è colloquio e non c'è cura in psichiatria se non siamo capaci di dare l'anima ad ogni nostro incontro e ad essere consapevoli della ricchezza umana e della sensibilità che nella follia risplende non di rado ancora più che non nella quotidiana normalità che può essere ancora più patologica di quella che non sia la follia. La psichiatria sta agonizzando: sono molto lieto di riconoscermi fino in fondo nelle idee e nelle emozioni che rendono così affascinanti le sue domande: senza dialogo non c'è vita e senza dialogo, senza immedesimazione negli abissi della follia, non c'è speranza di cura.

D) Clemens Brentano in una sua folgorante metafora definisce la "follia come la sorella sfortunata della poesia": in questa luminosa immagine, secondo Lei professore, possiamo ritrovare la necessità di riannodare un discorso sulla psichiatria, sul senso da dare ad ogni singola esistenza anche nelle declinazioni più profonde di disagio, provare a dipanare la matassa che imprigiona la vita e non la rende libera? Come possiamo disvelare le ombre che coprono l'esistenza e stare accanto, camminare insieme ai nostri pazienti, esser-ci nella responsabilità di un percorso condiviso? R) La metafora davvero sfolgorante di Clemens Brentano che definisce la follia come la sorella sfortunata della poesia, è una immagine che dovrebbe accompagnare ciascuno di noi, psichiatri e non psichiatri, in una accoglienza della sofferenza psichica considerata come una diversa

forma di esistenza ma dotata di senso; non esiste la follia come non esiste la normalità, ma esistono molti modi di riconoscerla, di accoglierla nel suo mistero e nel riconoscere nel dolore il life motive di ogni esperienza psicotica. Con questo ovviamente non vorrei mai dimenticare come in ogni forma di sofferenza psichica il dolore ha confini per noi difficilmente immaginabili e quindi mai fare l'elogio della follia ma riconoscere nella follia gentilezza e umanità, dignità e fragilità, che la rendano degna di ascolto e di solidarietà.

D) In ogni suo libro la poesia occupa un posto centrale nell'esplicitazione del discorso psicopatologico, restituisce senso agli argomenti trattati e si pone come un dialogo interiore utile per la conoscenza dell'Altro e per la conoscenza di Sé. Che significato possiamo dare alla poetica che abita nel cuore dell'uomo? Quali domande ci pone la poesia nel dare senso al vissuto esistenziale, alle perdite, al vuoto emotivo e all'assenza, al dolore dell'anima? Quanto può essere importante nel lavoro clinico? Quanta poesia dovrebbe esserci nella cura per l'Altro?

R) L'oggetto della psichiatria non è il comportamento dei pazienti ma la loro soggettività, la loro emotività, la loro interiorità, la loro risposta alla immaginazione: sono temi che la poesia, non solo la grande poesia, aiuta la psichiatria a riconoscere, e a coglierne, la ricchezza umana e la profondità dei vissuti. La poesia porta alla luce infinitamente meglio gli sconfinati orizzonti del dolore e della sofferenza, dell'attesa e della speranza, aiutandoci a reinterpretare le foreste dei segni che i pazienti rivivono in sé senza saperle esprimere fino in fondo. La poesia ha questa funzione maieutica che ci è utile nella conoscenza dell'altro e anche nella sua cura. Solo

così la psichiatria sfugge al rischio di lasciarsi sfuggire la profondità della sofferenza e si avvicina ai significati della angoscia e della tristezza, della disperazione e della nostalgia della morte volontaria. Quanta più poesia è in noi, e tanta più sensibilità riusciamo a ricreare in noi, e a donare a chi sta male.

D) Se la sofferenza psicopatologica è intesa non solo in senso clinico, ma viene riconsiderata in senso antropologico come esperienza di vita, il discorso su un diverso approccio nella terapia centrato sulla persona, può assumere una radicale significazione che orienta gli operatori della psichiatria ad operare un salto epistemologico, ad interrogarsi sul senso di una vita, anche nella sofferenza più acuta e dissociata e ad orientarne la cura?

R) Concordo fino in fondo anche sui significati che sgorgano da questa domanda non meno importante delle altre. La Legge 180 consente di fare la migliore delle psichiatrie possibili, continuo a dirlo, ma non possiamo realizzarle se non ci muoviamo dalla considerazione che nel dialogo tra chi cura e chi è curato non c'è di rado più vita emozionale e umana che non in chi cura, quando soprattutto la cura sia essenzialmente o esclusivamente farmacologica. Quando ci incontriamo con una persona che sta male psichicamente abbiamo il tempo di ascoltare la sua sofferenza, le sue attese e le sue speranze, ma anche di ascoltare cosa avviene in noi, ma anche nelle nostre vite interiori, nelle nostre possibili angosce e nelle nostre insicurezze? Questo salto epistemologico di cui lei parla è faticoso, è doloroso, ha bisogno di tempo, di non guardare l'orologio, e di cercare continuamente di mettersi in relazione emozionale con chi chiede il nostro aiuto. Le psichia-

trie universitarie in Italia tendono fra l'altro a dare esclusiva importanza agli aspetti biologici della follia e alle terapie farmacologiche senza dare grande rilievo a quello che nasce e muore nella interiorità dei pazienti.

D) Può l'ascolto dell'Altro e del suo mondo, anche delle sue "voci interiori", essere sufficiente a smuovere l'andamento oscillante e tremante di una vita sofferente e ferita nell'anima, che oscuramente vive le sue perdite? Quale parole possiamo trovare per essere in contatto con l'Altro?

R) Una domanda alla quale non è facile rispondere: dovrei avere parole luminose e assortite che mi consentano di dire qualcosa di significativo: vorrei comunque provare. Le parole sono creature viventi, le parole cambiano nei diversi contesti nelle quali vivono, e nei diversi stati d'animo con cui sappiamo esprimerle, e hanno risonanze diverse se chi cura conosca almeno in qualche momento della propria vita, dolore e sofferenza. Ci sono psichiatri e psicologi che faticano a trovare queste parole, e pazienti che invece riescono a ritrovarle rapidamente. Ma forse riusciamo a trovarle solo quando, stando male, immaginiamo di sentire le parole che ci farebbero bene: le attendiamo come scialuppe che ci portino in salvo. La conoscenza razionale non basta, Leopardi lo ha scritto con parole di fuoco, a conoscere il senso della vita; e abbiamo bisogno, un disperato bisogno, di emozioni, di parole intessute di emozione, che rompano la solitudine di chi chiede aiuto e di chi cura. Se ci affidiamo solo alle conoscenze teoriche, che hanno psichiatria e psicologia, mai saneremmo le ferite sanguinanti dell'anima.

D) In una recente intervista Lei ha evidenziato come "L'anima non guarisce mai del tutto, le resta sempre accanto un'ombra", pertanto come possiamo accompagnare quella persona la cui ombra rischia di coprire tutta la luce della sua vita? Quale deve essere la nostra azione per non ferire ulteriormente la fragilità di una soggettività già sofferente? Secondo la sua esperienza clinica che significato possiamo dare al processo di guarigione in psichiatria?

R) La follia ha mille modi di esprimersi, la follia dolorosa e straziante, la follia che è malinconia leopardiana e depressione lacerante, la follia che è la sorella infelice della poesia, la follia che come l'ombra nasce e muore, e la follia che non si spegne in vita, e che non può non essere accompagnata da gentilezza umana prima ancora che non da farmacoterapia, che ha cambiato il mondo della cura in psichiatria, ma questo solo quando sia accompagnata da contesti relazionali ardenti e creativi. Siamo sempre chiamati ad ogni incontro con chi sta male al dovere di riconoscere la fragilità: non dimenticando che la sofferenza passa, ma non passa mai l'averne sofferto. Il tema della guarigione in psichiatria è complesso e talora contraddittorio. La mia esperienza clinica, e non solo la mia, mi dice che talora guarire, cancellare allucinazioni e deliri, può non essere utile: meglio combattere con il mondo intero, ha scritto un grande psichiatra svizzero del secolo scorso, che non rimanere soli. E la solitudine è salvata in questi casi dal dialogo che i pazienti hanno con le proprie allucinazioni e i propri deliri.

D) In uno dei suoi ultimi libri dal titolo esplicativo "L'ascolto gentile", Lei cita un verso di F. Holderlin: (...) "dove è il perico-

lo, cresce/ anche ciò che dà salvezza” che, ancora oggi, a quaranta anni dalla Legge Basaglia, appare attuale ed esplicativo nell'esigenza irrinunciabile di trovare un “luogo” dove dare senso alla sofferenza senza soffocarla. Quanta importanza hanno nell'insorgenza, nella evoluzione e nella cura dei disturbi psichici e nelle esperienze psicopatologiche più radicali, i contesti di cura, quelli interpersonali e ambientali? Quanta importanza riveste la famiglia come spazio emotivo in cui sentirsi accolti e sostenuti? Quanto le famiglie, dilaniate dall'angoscia della patologia mentale dei familiari, possono resistere nell'affrontare un problema così grande? Quanto quest'ultime sono emarginate e collassate nella stessa sofferenza di coloro ai quali sono sempre state accanto? R) Questa domanda, anch'essa bellissima, citando le parole meravigliose di Holderlin, mi confronta con uno dei problemi connessi con una psichiatria che non può fare a meno di svolgere anche le cure più serie e rigorose nel cuore delle relazioni. Questo perché nella insorgenza, evoluzione e cura dei disturbi psichici, ci possono essere di volta in volta farmaci, ansiolitici, antidepressivi, neuro litici, ma questi sono sempre condizionati nella loro efficacia nei contesti interpersonali e ambientali e fra questi soprattutto quelli familiari. Non so come oggi le cure in psichiatria si svolgano nelle diverse regioni, ma almeno per quanto riguarda le mie osservazioni in Piemonte e in Lombardia, le famiglie non sono lasciate sole. I servizi territoriali funzionano molto bene con psichiatri, psicologi, assistenti sociali e infermieri che lavorano con passione accanto a chi sta male e anche alle famiglie. Le riserve sono quelle che riguardano i reparti ospedalieri che almeno in Piemonte non sempre hanno porte aperte

e non sempre evitano di contenere i pazienti. Se penso alle condizioni della maggior parte dei vecchi manicomi, se ne escludiamo alcuni come il nostro di Novara, tali istituzioni svolgevano una psichiatria comunque meno rigorosa e meno umana.

D) La psichiatria come disciplina scientifica, oggi ci appare come un navigatore che funziona con carte nautiche non aggiornate, in un mare inquieto (la società), agitato da correnti sconosciute, difficili da individuare e da fronteggiare. Quali strumenti, secondo la sua esperienza clinica, ha oggi tale disciplina per incidere sulla sofferenza individuale e sociale, considerando il periodo di confusione e la perdita di valori, del nichilismo che vive in mezzo a noi? R) L'epoca in cui viviamo è contrassegnata, come lei giustamente mi scrive, da una grande perdita di valori, da una grande crisi di ideali, di speranze, di ascolto e di accoglienza delle persone più fragili come sono quelle che soffrono di disturbi psichici. L'ammalarsi, anche in una breve esperienza di vita depressiva, trascina con sé inquietudini e paure anche nella stessa famiglia che non riesce ad accettare le ombre che si nascondono in ogni umana defaillance. Quello che la psichiatria può dire e dice almeno in alcuni luoghi, non desta oggi alcuna risonanza nella opinione pubblica e questo diversamente da quanto accadeva invece negli anni '70 quando c'è stata una grande partecipazione culturale e sociale in ogni ambiente.

D) Come Franco Basaglia, anche Lei ha lavorato nelle istituzioni totalizzanti: quanto ha influito nella sua formazione di medico e psichiatra, attento alla sofferenza psicopatologica più lacerante e oscura come le esistenze schizofreniche e le depressioni

gravi, l'esperienza che Lei ha maturato, prima nella Clinica Neurologica dell'Università di Milano e, successivamente, nel manicomio di Novara (dal 1963 al 1978) in cui lavorava con un grande maestro della psichiatria fenomenologica come il dott. E. Morselli?

R) La mia formazione psichiatrica si è iniziata nella Clinica delle malattie nervose e mentali della Università di Milano nella quale venivano ricoverati solo pazienti psichici che soffrissero di esperienze neurotiche e non psicotiche ma l'atmosfera terapeutica nell'incontro con i pazienti era nutrita di relazione e di ascolto. E' stata questa mia preparazione anche psicologica che mi ha consentito di lasciare la Clinica ed immergermi in un Ospedale psichiatrico che era diretto come lei dice, da un grande maestro della psichiatria fenomenologica Enrico Morselli, che mi è stato di grande aiuto nella mia ulteriore formazione psicopatologica. C'erano non di meno, sensibili differenze di cultura negli infermieri che lavoravano nei reparti maschili del manicomio nei confronti delle infermiere che lavoravano nei reparti femminili, nei quali ho sempre lavorato anche quando il manicomio si spezzava in due parti, quello femminile che dirigevo io e quello maschile che dirigeva un altro psichiatra. Le difficoltà che ha avuto Enrico Morselli nella sua direzione nascevano proprio dal fatto che dovesse occuparsi di reparti maschili, drammaticamente più complessi, difficili e torturati ma in ogni caso il suo insegnamento mi è stato di decisiva importanza.

D) In una intervista Lei chiarisce che, frequentando la I° Clinica delle Malattie Neurologiche di Milano, si rese conto che oltre al dolore biologico (neurologico) esisteva un dolore ed una sofferenza soggettiva anco-

ra più acuta e lancinante nei pazienti psichiatrici. Fu questa esperienza sul campo che vi spinse a rinunciare (a 32 anni) ad una libera docenza universitaria, peraltro come fece anche Franco Basaglia, e a dedicarvi per una psichiatria da umanizzare, attenta alle identità ferite, alle esistenze sospese e rinserrate nel vuoto dell'incomunicabilità?

R) Sì la psichiatria come destino scende a volte sulla nostra vita senza che ce ne accorgiamo, sfidando ogni saggezza umana, e portandoci come Icaro su verso il sole che ci abbaglia. Cambiano così i nostri progetti razionali e magari più concreti. Il salto da una Clinica Universitaria ad un Ospedale Psichiatrico è stato un salto, come già le ho detto, troppo vertiginoso, ma in ogni caso solo in questo nostalgico manicomio femminile ho ritrovato una psichiatria umana salvifica che mai avrei trovato continuando a rimanere nella Clinica Universitaria nella quale ho, in ogni caso, grazie al magistero del Prof. Carlo Lorenzo Cazzullo, appreso un metodo di esperienza, di conoscenza, di scrittura che mai altrimenti avrei conosciuto.

D) In suo libro Lei afferma che il drago dell'oblio è sceso sui deserti luoghi dei manicomi, luoghi di cieco e infinito dolore e d'indicibile solitudine. Recuperare la memoria emotiva e la consapevolezza dell'orrore consumato nei manicomi e negli ospedali psichiatrici prima della Legge 180, può essere lo strumento indispensabile per tutti gli operatori per promuovere una formazione che non sia solo competenza tecnica, ma attenta alla epistemologia, all'incontro e al dialogo, all'umana sofferenza?

R) Grazie anche di questa domanda meno clinica e più fenomenologica. Sì l'oblio è sceso

sui deserti luoghi dei manicomi e solo pochi possono ancora essere testimonianze delle sofferenze inaudite alle quali molti pazienti sono stati sottoposti. Dimenticare la storia è cosa che oggi avviene non solo in psichiatria ma anche nella vita di ogni giorno quando invece non rimuoverla significa riflettere sul passato guardando al presente e al futuro per consentire una formazione mai pietrificata ma sempre fondata eticamente sulla interiorità, sulle esperienze soggettive di chi cura e contestualmente di chi è curato. Sono sogni ad occhi aperti anche se le nuove generazioni di psichiatri, e non solo secondo le mie riflessioni, sono molto più aperte alla dimensione umana e non solo clinica della sofferenza psichica.

D) A trent'otto anni dalla morte di Franco Basaglia, cosa resta dell'attualità del suo pensiero nel panorama scientifico - culturale e nel dibattito - mai esaurito e sempre aperto - della psichiatria e della sua fondazione come disciplina dell'umana esperienza soggettiva?

R) L'importanza di Basaglia nel campo della riflessione teorica e ancora più sconvolgente quella sulla realizzazione pratica della psichiatria, non potrà mai essere contestata anche se come le grandi utopie che si fanno realtà si confrontano poi con le inerzie, con mancanza di immaginazione e di passione, con gli egoismi e il venir meno di grandi ideali della vita. Non sarà comunque il futuro che potrà cancellare la straordinaria testimonianza non solo scientifica e clinica ma anche implicitamente filosofica. L'una e l'altra entrambe solo se alleate avrebbero potuto consentire a Basaglia di realizzare quella che è stata una vera e propria rivoluzione non ancora imitata in nessun altro paese in

modo così completo e radicale

D) Professore, grazie per la sua gentilezza e disponibilità, e per il suo contributo teorico e clinico sulle umane fragilità e sulla grazia nascosta nella sofferenza.

R) Le sono infinitamente grato delle sue bellissime domande che mi hanno consentito di giungere a riflessioni più ampie e più aperte ad una visione multicentrica della psichiatria.

INDIRIZZO PER LA CORRISPONDENZA

Gaetano Marchese
Psicologo - Psicoterapeuta
di formazione Psicoanalitica
SPDC- Responsabile UOSD
Psicologia
Dipartimento Salute Mentale
e Dipendenze - ASP di Cosenza
340 7982195
gtn.marchese@gmail.com

Eugenio Borgna

nasce a Borgomanero (NO), il 22 luglio 1930, primario emerito di Psichiatria dell'Ospedale Maggiore di Novara e libero docente in Clinica delle malattie nervose e mentali presso l'Università di Milano. Laurea in Medicina e Chirurgia presso l'Università di Torino, si specializza in Malattie Nervose e Mentali all'Università di Milano. Eugenio Borgna, insieme ad altri psichiatri tra i quali G.E. Morselli suo maestro, D.Cagnello e B.Callieri, partendo dalla lezione

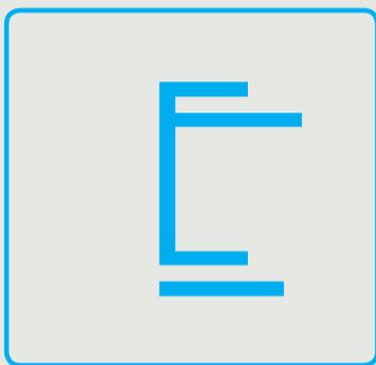
della psicopatologia fenomenologica europea, ha contribuito alla promozione di una cultura psichiatria attenta alla umanizzazione delle cure e ad un metodo terapeutico di tipo relazionale, scostandosi teoricamente e nella prassi clinica dal riduzionismo biologico delle

malattie mentali. Eugenio Borgna viene unanimemente considerato uno tra i principali esponenti della psichiatria fenomenologica in Italia e in Europa. Sulla scia della fenomenologia di Husserl, egli ha messo a centro del suo pensiero una psichiatria dell'incontro, aperta al dialogo e all'interiorità, in grado di ricostruire la dimensione profonda e soggettiva del disagio psicologico che ha indagato attraverso discipline di confine con la psichiatria come la filosofia e l'antropologia, l'arte e la poesia, nel tentativo di evidenziare e restituire senso alla dimensione esistenziale, della sofferenza e del dolore dei pazienti. Tra i suoi temi di analisi si evidenziano i temi psicopatologici della depressione e della schizofrenia, argomenti complessi a cui ha dedicato testi importantissimi

come "Malinconia" (1992); "Come se finisse il mondo. Il senso dell'esperienza schizofrenica" (1995), nello studio teorico e clinico. Tutti i suoi testi sono caratterizzati da uno stile ed un linguaggio incandescente che hanno avuto un grande riscontro anche nel pubblico non specialistico. Autore di numerosi saggi e libri, con Feltrinelli Editore ha pubblicato: I conflitti del conoscere. Strutture del sapere ed esperienza della follia (1988); Malinconia (1992- ora in Universale Economica); Come se

finisse il mondo. Il senso dell'esperienza schizofrenica (1995-ora in Universale Economica); Le figure dell'ansia (1997); Noi siamo un colloquio. Gli orizzonti della conoscenza e della cura in psichiatria (1999; L'arcipelago delle emozioni (2001); Le intermittenze del cuore (2003); L'attesa e

la speranza (2005-premio Bagutta); Come in uno specchio oscuramente (2007); Nei luoghi perduti della follia (2008); Le emozioni ferite (2009); La solitudine dell'anima (2011); Di armonia risuona e di follia (2012); La dignità ferita (2013); Il tempo e la vita (2015); L'indicibile tenerezza (2016); Le passioni fragili (2017); con Einaudi: Elogio della depressione (con Aldo Bonomi, 2011); La fragilità che è in noi (2014); Parlarsi: la comunicazione perduta (2015); Responsabilità e speranza (2016); Le parole che ci salvano, raccoglie gli ultimi tre testi pubblicati per Einaudi (2017); L'ascolto gentile (2017); per Raffaello Cortina ha pubblicato: L'arcobaleno sul ruscello (2018).





**Oltre il muro non c'è il buio.
L'arcobaleno della speranza sul
ruscello precipitoso della vita.
Franco Basaglia e la Legge 180.
La difficile strada del
cambiamento.**

Gaetano Marchese

ABSTRACT

Parole
chiaveFranco
Basaglia,
Legge 180/78,Psicopatologia
fenomenologica, psichiatria
sociale, relazione e cura*... Perché quelli che erano qui pregavano di morire.**Quando moriva uno qui una volta suonava sempre la campana, adesso non usa più. Quando suonava la campana tutti dicevano: oh Dio, magari fossi morto io, dicevano, che sono tanto stanco di fare questa vita qui dentro. Quanti di loro non sono morti che potevano essere vivi e sani. Invece avviliti, perché non avevano nessuna via d'uscita, non volevano più mangiare. Gli buttavano giù il mangiare per il naso con la gomma, ma non c'era niente da fare, perché si trovavano chiusi qui dentro e non avevano nessuna speranza di uscire. Come una pianta quando è arsa perché non piove e le foglie appassiscono, così era qui la gente.**Racconto di un paziente
dell'ospedale psichiatrico di Gorizia**Non c'è conoscenza se non nel solco del dolore.**... Il dolore ci inchioda al tempo ma l'accettazione**Del dolore ci trasporta al termine del tempo, nell'eternità.*

S. Weil

*L'ultima questione (...) è di sapere**se dal fondo delle tenebre un essere può brillare.*

K. Jaspers

Istituto Villa Azzurra - Torino 1970
Mauro Vallinotto
foto di Mauro Vallinotto

LA LEGGE BASAGLIA E LA CHIUSURA DEI MANICOMI

Il 13 maggio del 1978 il Parlamento italiano, proponente ed estensore il deputato Bruno Orsini, approvava la Legge n. 180¹, ribattezzata anche come Legge Basaglia, colui che ne aveva ispirato i principi, che aveva condotto per molti anni una strenua battaglia per la chiusura dei manicomi, promuovendo una nuova concezione della psichiatria, a partire dal ruolo alternativo delle istituzioni e catapultando la concezione rigida del manicomio, mettendo al centro dell'intervento clinico l'umanizzazione delle cure delle persone con disagio mentale, la loro dignità e identità. La legge n. 180 della riforma psichiatrica italiana, dopo pochi mesi, nel dicembre 1978, viene integrata nella Legge n.833 che istituiva il Servizio Sanitario Nazionale. Prima della riforma della Legge 180, con il DPR 14 aprile 1978 n.109, era previsto che si tenesse un referendum popolare per l'abrogazione degli articoli essenziali della precedente Legge n. 36 del 1904 e, successivamente, si approvasse la legge istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale.¹ Per evitare il referendum, il 13 maggio 1978 viene approvata la Legge n.180 che stabilisce la chiusura degli ospedali psichiatrici e regola i trattamenti sanitari volontari e obbligatori (TSO), l'abrogazione degli articoli principali della legge n.36 del 14/02/1904 e l'attivazione sul territorio nazionale delle strutture psi-

chiatriche. Di fatto, solo dopo il 1994, con il I° "Progetto Obiettivo Salute Mentale" e successivamente con il II° Progetto Obiettivo Salute Mentale -1999-2000 furono definite le modalità organizzative del Dipartimento di Salute Mentale e la razionalizzazione delle strutture di assistenza psichiatrica.² In seguito si completò l'iter giuridico per la chiusura degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG) con l'eliminazione del residuo manicomiale, prima con la Legge n.9 del 17 febbraio 2012, e successivamente la Legge n.81 del 30 maggio 2014 che sanciva la fine degli OPG e l'istituzione delle strutture residenziali - Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS) - da attuare entro il 2015, in molte regioni, come la Calabria, realizzate solo negli ultimi anni.³ La Legge 180, storicamente ha radici nel pionieristico lavoro rivoluzionario di Franco Basaglia (Venezia 1924-1980)⁴ che, partendo da una nuova ridefinizione teorica del concetto di follia e del rapporto di cura con il soggetto sofferente, condusse una battaglia scientifica e culturale nei diversi contesti della psichiatria istituzionale, nel di dentro il manicomio, contro il suo potere totalizzante, introducendo un nuovo metodo di lavoro nella prassi clinica. Confrontandosi con le avanguardie del pensiero scientifico europeo nella cura dei malati psichiatrici, Franco Basaglia promosse un movimento scientifico-culturale di portata internazionale, "Psichiatria Democratica", animando un'accesa riflessione critica per una diversa concezione epistemologica sul disagio mentale e sulla realtà della psichia-

1 Testo integrale Legge 13 Maggio 1978 n. 180 (PDF), su: salute.gov.it; testo della legge 180/1978 come recepita dalla legge 883/1978 (PDF), su: triestesalutementale.it

2 Peppe Dell'Acqua, *Fori come va? Editori Riuniti, Roma, 2003*

3 Franco Corleone, *La fine degli OPG. Un bilancio della transizione*, in *Manicomi criminali. La rivoluzione aspetta la riforma*, in a cura di Franco Corleone, Quaderni del Circolo Rosselli, n.1/2018, Pisa, 2018

4 https://it.wikipedia.org/wiki/Franco_Basaglia

tria in Italia. In sintonia con tante realtà anglosassoni e la sua esperienza inglese presso le comunità terapeutiche, soprattutto attraverso il lavoro di Maxwell Jones a Dingleton in Scozia dove si recò con i componenti del suo gruppo, Basaglia propose una esperienza manicomiale “aperta” nell’istituto di Gorizia che diventerà, anche per la particolare situazione politico-sociale negli anni sessanta e settanta, il laboratorio di un esperimento scientifico che era iniziato nell’ospedale psichiatrico dal 1968.^{5 6 7} Ricordare l’esperienza scientifica e culturale di Franco Basaglia, a 40 anni dall’approvazione della Legge 180 che sancì la chiusura dei manicomi, luoghi dell’orrore e della solitudine, paragonati ai lager nazisti, è per tutti noi doveroso sul piano culturale, politico, scientifico, antropologico, etico ed umano. La legge n.180 è stata un atto sociale di civiltà e di speranza per molte persone sofferenti nell’anima, confinati alla solitudine e alla mancanza di qualsiasi relazione terapeutica o relazione umana, una testimonianza storica che ci interroga ancora oggi e che ci insegna che è possibile comprendere la sofferenza mentale, che possiamo ospitarla nella nostra comunità, dialogare con essa, poiché la “follia” ci appartiene e abita in mezzo a noi. Franco Basaglia affermava che: *La follia è una condizione umana. In noi la follia esiste ed è presente come lo è la ragione. Il problema è che la società, per dirsi civile, dovrebbe accettare tanto la ragione quanto la follia, invece incarica una scienza, la psichiatria, di tradurre la follia in malattia allo scopo di eliminarla.*

5 John Foot, *La “Repubblica dei matti”: Franco Basaglia e la psichiatria radicale in Italia, 1961-1968*, Feltrinelli Editore, Milano, 2014

6 Mario Colucci, Pierangelo Di Vittorio, *Franco Basaglia*, Bruno Mondadori, Milano, 2001

7 Oreste Pivetta, *Franco Basaglia. Il dottore dei matti*, Editore Baldini Castoldi, Milano, 2014

*Il manicomio ha qui la sua ragion d’essere.*⁸ È rimasto per me, giovane psicologo che lavorava nei servizi territoriali, sconvolgente e indelebile il ricordo della visita fatta all’ospedale psichiatrico di Girifalco e di Nocera nella primavera del 1980. Molti pazienti erano ancora nei reparti che vagavano senza una meta precisa, persi e rinserrati nel loro andare e girovagare stralunato, perplessi e persi nei loro monologhi, in manierismi estranianti, distanti e lontani da ogni possibile dialogo. Entità umane diafane e misteriose, soggetti di pietà privati della parola dialogante. Il manicomio era un “non-luogo” che metteva paura, veicolava un’angoscia che estraniava e ti faceva male, ti penetrava nello stomaco e ti faceva vomitare. Gli odori, gli sguardi persi nel vuoto dei malati, la perplessità percepita e vissuta nell’incontro con loro, le sensazioni estranianti del rapporto tra gli infermieri e i malati, erano emblematici di una esperienza al limite dell’umanità. Un’atmosfera emotiva misteriosa e terribile, che ti avvolgeva come una nebbia fredda, che ti confondeva nella sua opacità e indescrittibilità, una fascinazione negativa, inquietante e perturbante.⁹ Il manicomio non era solo un “non-luogo” dove era facile sentirsi confuso e disorientato, risucchiato nei gironi dell’inferno dell’incomunicabilità e della distanza emotiva, ma era il luogo della scarnificazione e della depersonalizzazione, un sentiero del nulla di anime vaganti sconosciute e prive di identità. La condizione di vita dei pazienti ricoverati nei manicomi era apparsa inaccettabile a Franco Basaglia, che considerava la follia come una condizione umana che doveva essere accettata tra gli uomini, guardata in profondità, disvelata nella sua

8 Franco Basaglia, *Che cos’è la psichiatria*, Piccola Biblioteca Einaudi, Torino, 1967

9 Sigmund Freud, *Il perturbante*. Opere vol. IX, Editore Boringhieri, Torino, 1977

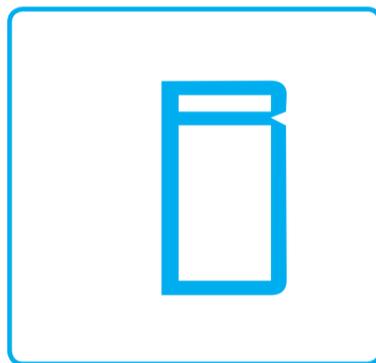
soggettività. La verità indicibile della follia viene riconosciuta e descritta con lucida analisi e senza fraintendimenti, evidenziandone la ruggine del pregiudizio scientifico e sociale di cui essa è oggetto. In un testo del 1975, "Crimini di pace",¹⁰ Basaglia afferma: (...) *Ciò che deve mutare per poter trasformare praticamente le istituzioni e i servizi psichiatrici (come del resto tutte le istituzioni sociali) è il rapporto fra cittadino e società, nel quale si inserisce il rapporto fra salute e malattia. Cioè riconoscere come primo atto che la strategia, la finalità prima di ogni azione è l'uomo (non l'uomo astratto, ma tutti gli uomini), i suoi bisogni, la sua vita [...]. Quando il valore è l'uomo, la salute non può rappresentare la norma se la condizione umana è di essere costantemente fra salute e malattia.* La 'follia', dunque, è una condizione propria dell'umanità, non una catastrofe da contenere, rinnegare, da cui difendersi con la violenza della segregazione. Basaglia mise in evidenza l'inconsistenza e la fragilità della linea di separazione tra normalità e patologia, ricordando che tutte le persone, indiscriminatamente, sono esposte alla sofferenza mentale e, nel testo "Conferenze brasiliane",¹¹ chiarisce la ragione d'essere del manicomio: (...) *perché fa diventare razionale l'irrazionale. Quando qualcuno è folle ed entra in un manicomio, smette di essere folle per trasformarsi in malato. Diventa razionale in quanto malato. Il problema è come sciogliere questo nodo, superare la follia istituzionale e riconoscere la follia là dove essa ha origine, come dire, nella vita.* La Legge Basaglia disponendo la chiusura dei manicomi ha segnato una svolta nel mondo dell'assistenza ai pazienti psichiatrici, una

cesura definitiva con il passato. Testimonianza del clima che si poteva respirare in quei luoghi, sono i muri alti che servivano a dividere e isolare dal mondo, sbarre e fili spinati, camicie di forza, cloroformio e paraldeide, elettroscok e violenza fisica, acqua fredda (idroterapia!), infermieri come carcerieri, fetori nauseanti e strutture fatiscenti che segnavano nel corpo e nello spirito i malati. I cosiddetti "matti", gli alienati, erano da occultare, da tenere lontani dalla collettività, da controllare e contenere nella loro "follia distruttiva" a difesa dell'equilibrio sociale, depositati come corpi senza identità nei lunghi corridoi, confinati nei gironi dell'inferno, con le celle di isolamento che servivano a segregare, controllare e punire. Il pensiero di Franco Basaglia è coinciso con una rivoluzione scientifica, culturale, filosofica e politica, portata avanti per tanti anni, che provò a ridefinire il concetto di malattia mentale, di marginalità e differenza, a spezzare la logica dell'emarginazione di classe, a mutare la percezione che la società aveva dei pazienti e della natura dei luoghi in cui quest'ultimi venivano confinati e rinchiusi, abbandonati al loro destino di "folli", distanti dallo sguardo quotidiano e dal mondo sociale. In questi luoghi che in realtà erano "non-luoghi" si esercitava un controllo rigido ed una emarginazione radicale che segnavano un confine netto tra sano e folle, tra malattia e normalità. Erano spazi senza anima, dove regnava il silenzio dell'incomunicabilità, dove la dignità umana era cancellata, dove la 'malattia mentale' veniva controllata da un sistema di controllo rigido che esercitava il potere sui malati perché considerati folli e pericolosi per sé e per gli altri. Questo paradigma della menzogna e del pregiudizio scientifico si autoalimentava in un vortice di non senso e di orrore tale da determinare una cronica alie-

10 Franco Basaglia, *Crimini di pace*, Edizioni Einaudi, Torino, 1971. Il testo contiene gli interventi di M.Foucault, E. Goffman, R. Laing, R. Chomsky.

11 Franco Basaglia, *Conferenze brasiliane*, a cura di Franca Ongaro Basaglia, Raffaello Cortina Editore, Milano, 1979

nazione. Prima della riforma psichiatrica sancita dalla Legge 180, le persone “diverse”, disobbedienti e/o controcorrente, scomode e disturbanti socialmente, venivano controllate e consegnate ad un destino di “persone malate di mente”, folli e perciò irrecuperabili, da controllare con l'internamento. L'eccesso di sedazione, fisica o chimica, nei manicomi era solo una strategia, non una necessità, giustificata con la pretesa di “curare” il malato per riportarlo all'ordine. Spogliati di sé, ridotti a numeri di matricola e foto segnaletiche, privi di ogni dignità, sovente sottoposti a trattamenti feroci (dall'elettroshock alla lobotomia), iricoverati nel manicomio perdevano la loro identità. Il manicomio era una comunità informe, confinata in uno spazio totalizzante, dove la follia era, inevitabilmente, esasperata, relegata al non senso, impressa a fuoco sulla carne dei malati, che segnava per sempre la loro vita, bruciata e privata di speranza. Le persone malate venivano allontanate, relegate, rinchiuso e rinserrate in luoghi oscuri, scarnificate nel corpo e lacerate nell'anima, (s)confinato in uno spazio abitato dalla solitudine e da fantasmi spersonalizzanti, consegnati, inevitabilmente, ad una comunicazione vuota, allucinata e delirante. Una radicale negazione della dignità umana, private della libertà e della speranza per il futuro. Franco Basaglia con il suo gruppo di collaboratori, negli anni sessanta iniziò a Gorizia una nuova stagione sul piano epistemologico, scientifico e clinico, antropologico e umano con la cosiddetta follia, mettendo al centro l'importanza della relazione nella cura, anche con il malato più grave. Lentamente, nel tempo mutarono gli approcci terapeutici, l'idea e la concezione stessa di malattia mentale, il ruolo delle isti-



tuzioni nella presa in carico del paziente, il rapporto tra il sistema dominante e la diversità, tra controllo ed emarginazione sociale, riconsiderando l'importanza della esperienza soggettiva nella sofferenza mentale. In questa nuova stagione, fondamentali furono gli studi di alcuni medici rivoluzionari, gli intellettuali attenti, gli articoli di denuncia sociale, l'arte nelle sue diverse espressioni che s'interrogava sul tema della follia, il cinema e i documentari che contribuirono a far luce su quell'inferno, a mostrarne la crudeltà e a innescare riflessioni importanti nella società civile. Una chiamata alla coscienza e alla responsabilità sociale davanti alla tragedia che

si consumava nel manicomio. Tra gli storici documenti che contribuirono ad aprire il dibattito e a rendere evidente al pubblico tali realtà, importantissimi sono stati il documentario-inchiesta del '68 “I giardini di Abele” di Sergio Zavoli; il film sperimentale di Michele Gandin del '69 “Gli esclusi”; le

denunce di una realtà disumana e atroce dei malati attraverso l'occhio della macchina fotografica documentate da Mauro Vallinotto, nel 1968 sulle pazienti dell'ospedale psichiatrico femminile di Via Giulio a Torino, e nel 1969 dell'ospedale psichiatrico di Collegno, Torino. Ancor più prorompente e fragorosa sulla coscienza collettiva le foto shock scattate nel 1970 nell'Istituto Villa Azzurra di Grugliasco di Torino, meglio conosciuto come il manicomio dei bambini. Le condizioni dei malati nel manicomio evidenziavano una realtà crudele e disumana mostrata nella sua nuda verità, un orrore che provocava disgusto. Un pugno nello stomaco, una scarnificazione del corpo che coincide con una ferita dell'anima, un orrore mostrato come il corpo smembrato de “Il Bue” di Rembrandt, che

davanti a quel corpo sanguinante ha avuto la rivelazione improvvisa della condizione umana, del proprio essere e del proprio destino. In quest'opera ritroviamo l'immagine più densa del dolore umano, l'immagine in cui possiamo identificare tutte le vittime che subiscono violenza, che circoscrive il loro destino davanti alla cecità della violenza di uomini su altri uomini, della società su altri esseri umani, disconoscendo che negli altri non solo alberga il nostro io, ma attraverso gli altri noi costruiamo la nostra identità. Emblematica a tal riguardo la foto della bambina legata al letto scattata da Vallinotto a Villa Azzurra, icona della violenza del manicomio, del dolore muto del corpo dei bambini che cercano uno sguardo umano, una parola dialogante per essere riconosciuti e accolti. Una crudeltà cieca, un'assenza totale di umanità che si respirava in quelle stanze dell'orrore indicibile: (...) *il capo reclinato della bambina, coi suoi capelli rasati, diventava un pezzo di quella drammatica composizione che si completava con i piedi uniti e le caviglie strette ad altre cinghie. Quale fosse la composizione era chiara: una crocifissione. La testa piegata verso il petto, come il Cristo in croce; le braccia larghe, i piedi uniti. Al posto del legno, il ferro del letto, ammorbido appena da un materasso, ma se il Cristo avesse avuto diritto a quel residuo di pietà che, con lo straccio, gli aveva coperto i lombi, la bambina era stata rappresentata nella sua più indifesa nudità.*¹² La pubblicazione sull'Espresso delle foto di Vallinotto dei bambini legati al letto, provocò uno shock per la coscienza collettiva, tale da determinare un intervento della magistratura che ordinò lo smantellamento della

struttura. Così come nell'inchiesta "Bambini in Manicomio"¹³, pubblicata nel 1975 da Bulzoni, per conto di Psichiatria democratica, dove vengono mostrati i padiglioni lager dell'Ospedale Psichiatrico Santa Maria della Pietà di Roma e la totale mancanza di umanità e di dialogo a cui erano sottoposti i bambini nati e cresciuti in manicomio. Altro importante documento è il lungometraggio "Matti da slegare" del 1975, diretto da Marco Bellocchio. Queste vicende sono emblematiche di come la realtà del manicomio era così spersonalizzante e oscura, così disumana nella cura, che non solo scarnificava il corpo stesso dei bambini che subivano violenza fisica, ma veniva loro negata ogni speranza per una vita futura. Questi avvenimenti furono un veicolo culturale e informativo, anche di protesta, importantissimo per il nostro paese, che aveva rimosso o semplicemente ignorava tutto quello che accadeva in quei luoghi, quali battaglie per la sopravvivenza si giocavano nel silenzio del manicomio. Contraltare di tale iniquità umana, un sapere medico e terapeutico "illuminato", che dal di dentro, dal luogo stesso dell'emarginazione e in controtendenza, in maniera rivoluzionaria, cercava di curare i malati e dare loro identità e dignità. I manicomi erano strutture sanitarie totalizzanti e segreganti, che nel tempo determinavano un peggioramento clinico, spesso i malati, segregati e ammassati in reparti privi di qualunque contesto relazionale e terapeutico perdevano progressivamente le funzioni psichiche per alienazione. Tali strutture totalizzanti veicolavano un pensiero scientifico secondo cui la malattia mentale era determinata organicamente, e il malato era considerato incurabile e "pericoloso", e si basavano su tecniche di gestione che

12 Alessandro Perissinotto, *Quello che l'acqua nasconde*, in Mauro Vallinotto-Matti. *Dall'emarginazione all'integrazione a 40 anni dalla Legge Basaglia* - Mostra fotografica - Edizioni Comune di Cosenza, 2018

13 Psichiatria Democratica, *Bambini in manicomio*, Bulzoni Editore, Roma 1975

Foucault nel suo testo "Sorvegliare e Punire: la nascita della prigione"^{14 15} aveva descritto in maniera esaustiva. Per Basaglia la logica del manicomio rispondeva alla necessità di "sorvegliare e punire" per avere un controllo totale del paziente. Contro la realtà manicomiale che prevedeva la segregazione, la contenzione, la camicia di forza e l'elettroshock, Basaglia si era battuto negli anni per una rivoluzione culturale prima che scientifica, che riconoscesse il malato come persona e che comprendesse l'importanza, per la cura dello stesso, dei rapporti con il mondo esterno. Egli riconsiderando il valore della cura terapeutica, mise al centro la soggettività nelle sue possibili declinazioni esistenziali e aprì alla speranza per un nuovo pensiero, riconsiderando il rapporto *io-mondo* e l'essere-nel-mondo come punto nodale dell'identità: *Aprire l'Istituzione non è aprire una porta, ma la nostra testa di fronte a "questo" malato.*¹⁶ Il manicomio fino ad allora era nient'altro che un luogo di contenimento fisico, un luogo simile ad un lazzaretto dove ammassare i devianti e tutte le paure della società riversate su di essi. L'istituzionalizzazione totale del manicomio, appare a Basaglia come un luogo che alienava e trasformava i pazienti da persone in "non-persone", li rende inutili come gli oggetti, privandoli della loro dignità umana: (...) *Dal momento in cui oltrepassa il muro dell'internamento, il malato entra in una nuova dimensione di vuoto emozionale (...) viene immesso, cioè, in uno spazio*

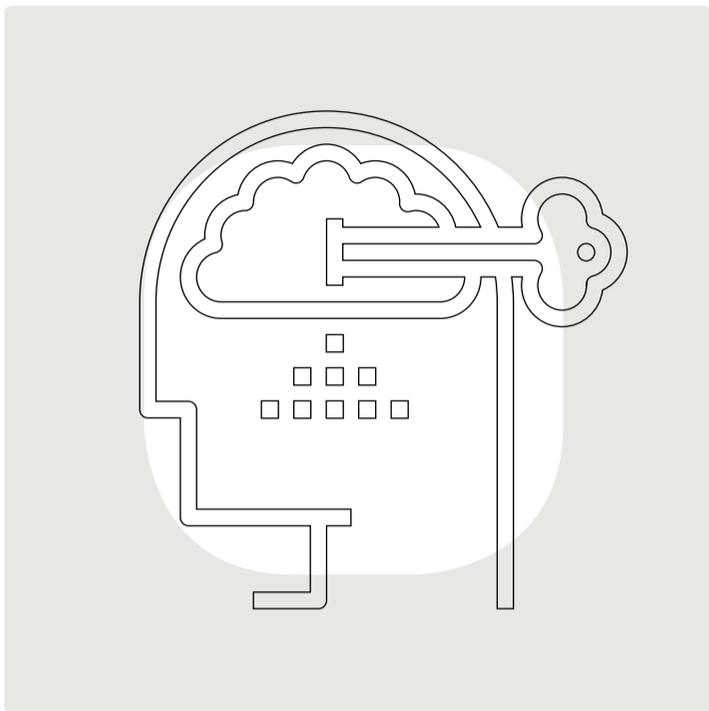
*che, originariamente nato per renderlo inoffensivo ed insieme curarlo, appare in pratica come un luogo paradossalmente costruito per il completo annientamento della sua individualità, come luogo della sua totale oggettivazione. Se la malattia mentale è, alla sua stessa origine, perdita dell'individualità, della libertà, nel manicomio il malato non trova altro che il luogo dove sarà definitivamente perduto, reso oggetto della malattia e del ritmo dell'internamento. L'assenza di ogni progetto, la perdita del futuro, l'essere costantemente in balia degli altri senza la minima spinta personale, l'aver scandita e organizzata la propria giornata su tempi dettati solo da esigenze organizzative che – proprio in quanto tali – non possono tenere conto del singolo individuo e delle particolari circostanze di ognuno: questo è lo schema istituzionalizzante su cui si articola la vita dell'asilo.*¹⁷ Secondo Basaglia questo non avviene casualmente, perché nei confronti del malato di mente la società esercita la stessa violenza emarginante che riserva ai poveri, agli umili, ai disadattati di ogni sorta. Scopo del manicomio non è infatti la "cura" di una specifica malattia, ma la segregazione del paziente, confinarlo in una struttura per non arrecare disturbo alla società: (...) *l'istituzione manicomiale ha in sé, nel suo carattere violento coercitivo discriminante, una più nascosta funzione sociale e politica: il malato mentale, ricoverato e distretto nei nostri manicomi, non si rivela soltanto l'oggetto della violenza di un'istituzione deputata a difendere i sani dalla follia; né soltanto l'oggetto della violenza di una società che rifiuta la malattia mentale; ma è insieme, il povero, il diseredato che, proprio in quanto privo di forza contrattuale da opporre a queste violenze, cade definitivamente in balia*

¹⁷ Franco Basaglia, *Scritti I, 1953-1968. Dalla psichiatria fenomenologica all'esperienza di Gorizia*, Einaudi Edizioni Torino, 1981

14 Michel Foucault, *Sorvegliare e punire. La nascita della prigione*, Einaudi Editore, Torino, 1976

15 Pierangelo Di Vittorio, *Foucault e Basaglia. L'incontro tra genealogie e movimenti di base*, in *Collana Culture*, Verona, Ombre corte, 1999

16 Franco Basaglia, *Se l'impossibile diventa possibile*, Edizioni di Comunità, Perugia, 2018. Nel piccolo testo è contenuto l'articolo *Aprire l'istituzione non è aprire le porte*, scritto che si riferisce alla lezione introduttiva di Franco Basaglia al I° Corso di perfezionamento degli infermieri di Trieste tenuto nel 1979.



dell'istituto deputato a controllarlo.¹⁸ A riprova del carattere sociale e politico del trattamento psichiatrico, Basaglia evidenzia come la differenza di trattamento di cui possono usufruire le persone malate dipende dal loro status sociale: *Uno schizofrenico abbiente, ricoverato in una casa di cura privata, avrà una prognosi diversa da quella dello schizofrenico povero, ricoverato con l'ordinanza in ospedale psichiatrico. Ciò che caratterizzerà il ricovero del primo, non sarà soltanto il fatto di non venire automaticamente etichettato come un malato mentale "pericoloso a sé e agli altri e di pubblico scandalo", ma il tipo di ricovero di cui gode lo tutelerà dal venire destorificato, separato dalla propria realtà.*¹⁹ Catapultando il paradigma medico che considerava la malattia mentale come espressione di un difetto puramente biologico, Basaglia umanizza l'intervento medico recuperando la dignità delle "persone" malate, riconsiderando l'importanza della loro storia soggettiva nella cura, partendo dal loro bisogno e desiderio.

18 Basaglia, *La distruzione dell'ospedale psichiatrico come luogo di istituzionalizzazione* (1964), in Basaglia, *Scritti I, 1953-1968...* op.cit.

19 Franco Basaglia, *L'istituzione negata*, Einaudi Editore, Torino, 1968

Ridando significato alla parola dei pazienti ha squarciato il velo della ipocrisia e aperto un varco verso la speranza per una vita degna di essere vissuta. Dopo le drammatiche testimonianze delle condizioni degradanti e ingiustificabili delle violenze subite dai malati nelle istituzioni psichiatriche, la sperimentazione di Basaglia sollevò un acceso dibattito politico e sociale sulla possibilità di trasformare gli ospedali psichiatrici in luoghi dove i diritti del malato fossero rispettati. Un aiuto per tale battaglia culturale fu lanciato agli artisti dallo stesso Basaglia, nel tentativo di accendere i riflettori su una realtà sconosciuta. Era necessario entrare nei manicomi e immortalarli, mostrarne le contraddizioni, abbattere i muri, svelarne l'invisibile e l'indicibile. Da questa considerazione è partita la sperimentazione di Basaglia negli ospedali psichiatrici di Gorizia e Trieste, con uno spirito nuovo e critico, attento alla presenza dell'altro malato, sempre con uno sguardo umano aperto e dialogante, anche verso quelle esistenze bruciate e sospese, allucinate e deliranti, intossicate dalla logica istituzionale, confinate dal silenzio emarginante e complice di cure biologiche impotenti, spesso inutili e dannose nelle patologie incarnate nell'incomunicabilità più radicale con il mondo, come nelle gravi depressioni, nelle psicosi e nell'esistenza schizofrenica. Franco Basaglia si è battuto per dare senso alla sofferenza di ogni singola presenza umana, fosse anche l'esistenza più alienata e dissociata; la sua testimonianza ci consegna alla consapevolezza e alla responsabilità che si può fare una nuova psichiatria, che si può dare speranza anche agli ultimi bagliori di una esistenza consumata e bruciata dal non senso nell'essere-*al-mondo*. Nella esperienza clinica e umana, la ricerca costante del volto dell'altro e della sua paro-

la, il ridare il diritto di parola e al desiderio all'altro, favorire la relazione, è possibile rintracciare la forza dialogante e terapeutica di Franco Basaglia, capace di restituire senso alla parola.²⁰ Con lo spirito di una riconquistata speranza e libertà espressiva, la parola restituita al suo potere dialogante, ha ridato dignità e speranza ai malati: una nuova terra per sentirsi vivi e liberi, senza più prigionieri. L'atto simbolico, segno che unisce la terra al cielo, ora può mostrarsi in tutta la sua potenza: a Gorizia il "cavallo azzurro" costruito dai pazienti può abbattere tutte le barriere, liberarsi dalle sbarre del recinto, che divide gli uomini sani da quelli folli. Oltre il muro non c'è il buio, ma l'arcobaleno della speranza sul ruscello precipitoso della vita come ci ricorda F. Nietzsche.²¹ Tutte le prigioni possono essere aperte, tutti i malati possono essere *nel-mondo*, essere restituiti alla comunità, fossero anche gli ultimi, gli invisibili, anche le identità che sono state buttate come *corpi deietti* nello spazio inumano del manicomio, possono essere *ci*, aprirsi al mondo ed essere accolti come persone.

LA FORMAZIONE E IL PENSIERO DI FRANCO BASAGLIA

Franco Basaglia durante gli anni di studio universitario e di specializzazione in neuropsichiatria è attratto da diversi studi di psichiatria e filosofia. Avvertiva già da giovane

20 Eugenio Borgna, *Noi siamo un colloquio*, Edizioni Feltrinelli Milano, 1999

21 Frederic Nietzsche *La Gaia scienza*, in *Idilli di Messina, La gaia scienza e Frammenti postumi(1881-1882)*, Adelphi Edizioni, Milano, 1965

specializzando le contraddizioni di una concezione organica e biologica, riduttiva della complessità della mente e dei processi che determinavano la patologia psichiatrica. Considerava la psichiatria una scienza di confine con altre discipline, avvertiva l'esigenza di superare la rigida impostazione medica di matrice positivista con un nuovo approccio filosofico di stampo fenomenologico-esistenziale. Egli avvertiva la necessità di strumenti di valutazione funzionali alla nuova idea psichiatrica che gradualmente stava maturando in lui, grazie alle letture filosofiche e della psicopatologia fenomenologica. Basaglia supera la semplice visione positivista facendo proprie le istanze di una visione fenomenologica della psichiatria che non riduce il malato esclusivamente alla presenza dei sintomi, sebbene la loro osservazione e la loro descrizione rimangano strumenti preziosi, ma considera la psiche umana decisamente più complessa e misteriosa, per cui non si può "oggettivizzare" il malato in una categoria nosologica.²² Egli comprende e sostiene che il medico non deve solo osservare la malattia, soffermarsi sui sintomi, pretendere di darne una spiegazione diagnostica, ma deve essere empatico con il paziente, deve stabilire una relazione con un ascolto attento e partecipe senza temere l'esperienza dell'immedesimazione e della sofferenza.²³ Il prendersi cura del paziente implica una presa in carico della persona, il suo corpo e la sua mente, il suo essere *nel-mondo*, la sua storia e la sua vita: (...) *Comprendere significa avvicinarsi all'espe-*

22 Bruno Callieri, *Lo psicopatologo clinico e la demitizzazione della nosologia*, in Arnaldo Ballerini e Bruno Callieri, *Breviario di Psicopatologia. La dimensione umana delle sofferenze mentali*, Feltrinelli Editore, Milano, 1996

23 Eugenio Borgna, *Il fantasma della psicopatologia*, in Arnaldo Ballerini e Bruno Callieri, *Breviario di Psicopatologia. La dimensione umana delle sofferenze mentali*, Feltrinelli Editore, Milano, 1996

rienza vivente nei suoi stessi termini, mobilitando non il semplice intelletto, ma tutte le capacità intuitive del nostro animo, per penetrarne l'intima essenza senza ridurla ad ipotesi causali precostituite.²⁴ L'influenza del pensiero di Karl Jaspers²⁵ e della psicopatologia fenomenologica determina in Franco Basaglia l'esigenza di allargare gli orizzonti scientifici per poter trasformare il manicomio, ribaltare definitivamente il paradigma scientifico positivista vigente. Egli comprende che necessariamente occorre mettere in gioco un sapere complesso e multidisciplinare, proponendo un confronto e un dialogo tra diverse discipline che devono interrogarsi sulla malattia mentale, sulla presenza umana nella sofferenza mentale. Per questo Franco Basaglia contestualizza nell'ambito della psichiatria, la filosofia, l'arte e l'antropologia. Nel 1961, lo stesso anno in cui Basaglia inizia la sua esperienza a Gorizia, vengono pubblicati *La terra del rimorso* di Ernesto de Martino, *Asylum* di E. Goffman, e *Storia della follia nell'età classica* di M. Foucault. Queste opere avevano come comune denominatore l'attenzione per le manifestazioni della follia e il rapporto con la società e il potere politico: *Asylum* è un'analisi socio etnografica sui manicomi; *Storia della follia* è un'analisi di come la follia sia in relazione al potere politico, e di come la psichiatria sia un "sapere assoggettato" all'ideologia dominante che ne determina il controllo attraverso la cura nella pratica clinica; *La terra del rimorso* di De Martino, uno dei testi sacri dell'antropologia italiana che espone il fenomeno del tarantismo pugliese, il rapporto con le credenze popolari e le modalità con cui le donne che soffrivano di problemi

mentali "guarivano" del morso della taranta attraverso il ballo e la musica. Con questi contributi, Basaglia attua una decostruzione critica della malattia mentale e un'analisi della follia: nessuna scienza può essere neutra, neanche il modo di rapportarsi al proprio corpo, e le modalità di vedere la salute non sono neutre poiché vanno sempre inserite in un contesto culturale da cui sono determinate. L'antropologia medica è vicina all'approccio di Ernesto De Martino che aveva costruito un significativo sodalizio culturale e teorico con Bruno Callieri,²⁶ psicopatologo di impronta fenomenologica, che comprese la portata scientifica del confronto e dell'integrazione tra l'antropologia, la psichiatria e le scienze biomediche, che in quel periodo erano scienze chiuse, muovendo da una consapevolezza critica: i saperi della cura non potevano essere scissi dai fattori sociali. Il tratto di unione fra *La terra del rimorso* e Basaglia è stato Giovanni Jarvis che partecipò alla ricerca nel Salento esposta ne *La terra del rimorso* scrivendo rapporti clinici e critici sui casi delle donne affette dal morbo della taranta. In seguito Jarvis raggiunse Basaglia a Gorizia, dove i due collaborarono per molti anni, ma Jarvis avrà sempre una visione più istituzionale, anche se critica sulla psichiatria. Questo fecondo terreno di incontro e dialogo tra psichiatria e antropologia fu interrotto alla morte di De Martino avvenuta nel 1965. Postumo venne pubblicato *La fine del mondo*, opera con la quale l'antropologo stava aprendo scenari interdisciplinari collegati dalla psichiatria come scienza di confine e contaminata dalle

24 Mario Colucci, Pierangelo Di Vittorio: *Franco Basaglia, ... op. cit.*

25 Karl Jaspers *Psicopatologia generale*, Il Pensiero Scientifico, Roma, 1964

26 Sergio Mellina, *Antropologia culturale psicopatologia*. In Pietro Bria e Emanuele Caroppo, *Antropologia culturale e Psicopatologia*, Alpes Edizioni, Roma, 2006



Oltre il muro non c'è il buio.. L'arcobaleno della speranza
sul ruscello precipitoso della vita..Franco Basaglia, la
Legge 180 e la difficile strada del cambiamento.

conoscenze delle altre discipline umane.^{27 28}

Negli anni cinquanta-sessanta Basaglia studia Ludwig Binswanger; entra in contatto con l'esperienza fenomenologica di Edmund Husserl da cui riprende la sua analisi del corpo, in particolare la distinzione tra: *Körper*, il mero corpo fisico, la corporeità oggettiva, il corpo esteso e *Leib*, il corpo proprio, il mio corpo, il corpo vivente. Tale distinzione è trattata da Husserl nella Quinta Meditazione cartesiana: (...) *Tra i corpi di questa natura presi come appartenenti-a, io trovo allora in una determinazione unica il mio corpo, che è appunto l'unico a non essere mero corpo fisico o cosa (Körper), ma invece mio corpo, corpo umano, corpus (Leib), oggetto unico al di dentro della mia falda di mondo astrattiva, alla quale ascrivo il campo di esperienza sensibile, sebbene in modi diversi di appartenenza (campo di sensazioni tattili, campo di sensazioni termiche ecc.); ed il mio corpo è la sola ed unica cosa in cui io dispongo ed impero immediatamente e comando singolarmente in ciascuno dei suoi organi.*²⁹

Con la nozione di *corpo vissuto*, Husserl sancisce il superamento definitivo della divisione tra *res cogitans* e *res extensa*, ovvero tra psiche e soma, il dualismo cartesiano di anima/corpo, la cui opposizione aveva caratterizzato la psicologia e la psichiatria. Il corpo non deve essere sentito come ostacolo da superare ma considerato come veicolo che immette la persona nel mondo. Basaglia a proposito scrive: *L'opaca impenetrabilità del corpo che noi avvertiamo e viviamo come la resistenza delle cose è, dunque, la precategorialità di cui parla Husserl, per il quale il*

*corpo si dà come materia (impenetrabile, opaco, passivo) ma proprio nel suo essere tale è contemporaneamente una modalità del corpo-proprio di esperire la materia [...] in me c'è dunque un'enigmatica qualità per cui la materia, costitutiva di me stesso, è - nel mio rapporto con le cose- il mio modo di esperire, la mia possibilità di vivere in mezzo all'oggettualità delle cose.*³⁰ Franco Basaglia approfondisce anche il concetto di *epoché* di Husserl, inteso come sospensione del giudizio sul mondo. L'*epoché* non è un annullamento del mondo che continua ad esistere, ma si configura come uno spostamento dello sguardo dal mondo a come il mondo si presenta alla coscienza, o come, quest'ultima, si protende nel mondo. Entra in contatto con il pensiero dell'esistenzialismo e di Heidegger da cui riprende la tesi ontologica della struttura fondamentale dell' *esserci*, come *essere-nel-mondo (In-der-Welt-sein)*. Inoltre riconsidera l'importanza dell'analisi esistenziale (*Daseinsanalyse*) per la comprensione delle modalità con le quali l'essere umano si manifesta nel mondo, sia esso sano o malato. Superando la visione dualistica soggetto/oggetto, la *Daseinsanalyse* permette di sciogliere l'imprensibilità della malattia mentale, mettendo sullo stesso piano di possibilità tutte le modalità esistenziali, abolendo in tal modo la distinzione normativa sano/malato di matrice positivista. Basaglia sposta l'attenzione dall'osservazione e catalogazione delle manifestazioni sintomatologiche del malato all'indagine delle modalità con le quali la persona sofferente esprime se stessa nel mondo. Condivide il pensiero di Heidegger secondo cui l'essere dell'uomo inteso come *essere-nel-mondo* si configura nel

27 Giovanni Pizza, *Antropologia Medica* Carocci Editore, Roma, 2005

28 Salvo Inglese, *Le dimensioni antropologiche della cura* -I fogli di ORISS-1-2, Pisa, 1994

29 E. Husserl: *Meditazioni cartesiane*, Bompiani, Milano 1960, pp. 146-147

30 Franco Basaglia: *Corpo, sguardo e silenzio*, in *Scritti, I 1953-1968...* op.cit , pp. 295-296

*prendersi cura (Sorge) delle cose e degli altri. Il prendersi cura è dunque l'essenza dell'esistere umano, poiché l'esistenza autentica è dominata dall'angoscia che deriva dalla consapevolezza della propria finitudine gettata sul nulla, nel suo essere per la morte.*³¹ Basaglia rielabora la concezione del tempo proposta da Eugène Minkowski, partendo dalla concezione della *durée* (durata) di Bergson. La psicologia di Minkowski esamina la vita alla stregua di un flusso, rifiutando la considerazione che accosta il tempo ad una visione lineare attraverso una sua spazializzazione. Riprende anche il concetto di *slancio vitale* di Minkowski che considerava: (...) *Il contatto vitale con la realtà riguarda molto di più il fondo stesso, l'essenza della personalità vivente nei suoi rapporti con l'ambiente. E questo ambiente, ancora una volta, non è né un insieme di stimoli esterni, né di atomi, né di forze o energie; è un'onda mobile che ci avvolge da ogni parte e che costituisce il mezzo senza il quale non potremmo vivere.*³² ogni parte e che costituisce il mezzo senza il quale non potremmo vivere.³³ Per Minkowski la caratteristica principale del mondo dello schizofrenico è proprio *la mancanza di contatto vitale con la realtà*³⁴. Il "contatto vitale" con la realtà si configura come un flusso e, seguendo Binswanger, anche per Basaglia, chi soffre di disturbi mentali subisce la fossilizzazione del proprio flusso temporale che nel rapporto io-mondo, si frattura in un presente cristallizzato dalla patologia. Altro tema fenomenologico che Basaglia considera importantissimo è la *simpatia*, un'attitu-

dine considerata essenziale perché si verifichi l'autenticità del contatto vitale con la realtà: (...) *La simpatia non potrà essere istantanea, vi è sempre in essa della durata, e in questa durata vi sono due divenire, i quali, in perfetta armonia, fluiscono l'uno accanto all'altro. Così facendo essi si penetrano tanto intimamente che, anziché ammettere l'esistenza di un sentimento che quasi per risonanza evocherebbe un sentimento analogo in un altro individuo, si sarebbe piuttosto inclini a considerarlo un sentimento solo che, pur restando uno, si integri in due vite individuali diverse. Si tratta qui di vera partecipazione*³⁵. La comprensione, la simpatia (e con essa la com-partecipazione) ha bisogno di chiarire la propria appartenenza al tempo e al flusso del divenire, la tensione vitale verso il futuro. L'incontro profondo, sintonico, tra medico e paziente, su cui si fonda il metodo di Minkowski, promuove un atto di conoscenza: il medico e il malato acquistano consapevolezza attraverso la relazione terapeutica. Basaglia, fin dall'inizio della sua formazione e fino agli ultimi scritti, è stato fortemente influenzato dal pensiero di Merleau-Ponty e Jean-Paul Sartre. La rivista "Les Temps Modernes" e i loro due testi principali, *Fenomenologia della percezione* (1945) e *L'essere e il nulla* (1943), capisaldi della formazione di un'intera generazione di psichiatri di quegli anni, sono testi continuamente citati negli scritti di Basaglia, che non solo studia Sartre, ma lo incontra in più occasioni, non nascondendosi una stima reciproca.³⁶ In questo periodo la preoccupazione principale di Basaglia è il *recupero dell'entità corporea*, dando nuovo valore al corpo custodito e scarnificato all'interno

31 Martin Heidegger *Essere e Tempo*, Longanesi Editore, 1976

32 E. Minkowski, *La schizophrénie*, 1953, trad. it. *La schizofrenia*, Einaudi, Torino, 1998, pag. 49

33 E. Minkowski, *La schizophrénie*, 1953, trad. it. *La schizofrenia*, Einaudi, Torino, 1998, pag. 49

34 E. Minkowski, *La schizophrénie*, 1953, trad. it. ...op.cit., pag.69

35 E. Minkowski, *Le temp vécu* (1933) trad.: *Il tempo vissuto*, Einaudi Editore, Torino, 2004, ... cit., pag.64

36 Mario Colucci e Pierangelo Di Vittorio, *Franco Basaglia*, ... op.cit.

delle istituzioni manicomiali. Egli adotta la nozione di *corpo vissuto* che caratterizza il pensiero di Sartre. Il filosofo francese, considera il “corpo proprio” come oggettività, datità, fattità, corpo per altri, esposto allo sguardo degli altri, ma anche come soggettività mai completamente oggettivabile: corpo per me, con il quale si è situati in un mondo, si esiste in un mondo. Altro importante aspetto del pensiero di Sartre che Basaglia riprende, si riferisce al testo *L'essere e il nulla*³⁷ dove distingue nella coscienza il *per-sé* e l'*in-sé*, dal mondo, e si mostra come quest'ultima sia sempre coscienza di qualcosa. Pur essendo sempre nel mondo, nell'essere *in sé*, la coscienza del soggetto è radicalmente diversa: solo nell'essere-*in-sé* c'è possibilità, libertà. Pertanto l'uomo, una volta che è gettato nella vita, è radicalmente responsabile di tutto ciò che fa e progetta, deve scegliere, perché l'esperienza della libertà incondizionata genera angoscia. Per quanto riguarda più strettamente l'analisi del corpo nelle sue declinazioni esistenziali, i lavori di Maurice Merleau-Ponty, a differenza di Sartre, che rimane più vicino alla matrice fenomenologica dell'esistenzialismo, è centrale e determinante nella visione basagliana della corporeità, perché Merleau-Ponty, superando la rigida distinzione sartriana tra *corpo per sé* e *corpo per altri*, così come l'antitesi fra *per sé* e *in sé*, rimanda all'importanza del vissuto corporeo nel mondo, superando il dualismo di matrice cartesiana.³⁸ Secondo Merleau-Ponty non si può dividere uomo e mondo, perché il loro intrecciarsi complesso e ambiguo è rispecchiato proprio dal corpo, che è il mezzo per *avere un mondo*. Tale

ambiguità mostra, infatti, come la libertà possa esistere ma sia condizionata, proprio perché l'essere umano è parte del mondo e degli altri. Questa situazione naturale di ambiguità per l'uomo, deve essere accettata perché l'uomo possa essere libero. Basaglia considera il corpo (...) *non soltanto oggetto complementare alla soggettività dell'io, ma rappresenta, come dice Merleau-Ponty, l'esperienza più profonda ed insieme la più ambigua bipolarità del corpo, contemporaneamente presente e dimenticato, soggetto e oggetto delle percezioni, fa dell'esperienza corporea la più fragile delle esperienze.*³⁹

UN PENSIERO NUOVO E L'APERTURA AL MONDO IN FRANCO BASAGLIA

Studiando la psicopatologia fenomenologica e le diverse correnti del pensiero filosofico si declina in Franco Basaglia una clinica dell'esistenza; prende sempre più coscienza che gli insegnamenti dei diversi modelli si integrano nella concezione della dimensione dell'essere-*nel-mondo* come corporeità vissuta, unica e irripetibile, sulla quale il lavoro della psichiatria deve affondare i pro-

37 Jean-Paul Sartre, *L'essere e il nulla*, Edizioni il Saggiatore, Milano, 1991

38 Maurice Merleau-Ponty, *Fenomenologia della percezione*, Il Saggiatore Editore, Milano, 1965; altro testo di Merleau-Ponty da consultare, *Il visibile e l'invisibile*, Bompiani Editore, Milano, 1993

39 Franco Basaglia, *Il corpo nell'ipocondria e nella depersonalizzazione. La struttura psicopatologica dell'ipocondria*, 1956, in *Scritti I, 1953-1968...* vol. 1, op.cit. pag. 137

pri strumenti, proprio in ragione della natura specifica del corpo stesso. Egli ripropone una nuova epistemologia del corpo-vissuto come corpo-senziente, un corpo vivente, ontologico e trascendente, considerando il corpo nella sua datità, come esperienza soggettiva unica che, inevitabilmente e prepotentemente, entra nella clinica dei pazienti, e come sia importante ridare senso alla corporeità che “parla”, per riconsiderare ancora il discorso di Sartre. In questa visione che capta i riferimenti scientifici, clinici e terapeutici, della presenza del malato, segnata nel suo “proprio” corpo, egli matura la consapevolezza e l’urgenza di migliorare la vita dei malati. Nel 1961 vengono pubblicati tre libri fondamentali per gli sviluppi successivi del pensiero di Basaglia: *I dannati della terra* di Frantz Fanon, *Asylums*. La condizione sociale del malato di mente e i meccanismi di esclusione e della violenza di Erving Goffman, *Storia della follia nell’età classica* di Michel Foucault. Dall’analisi di questi testi deriva la critica radicale al manicomio come luogo di emarginazione e non di cura, e il perentorio mandato di ridare dignità al malato in quanto persona. *Dal momento in cui oltrepassa il muro dell’internamento, il malato entra in una nuova dimensione di vuoto emozionale (...); viene immesso, cioè, in uno spazio che, originariamente nato per renderlo inoffensivo ed insieme curarlo, appare in pratica come un luogo paradossalmente costruito per il completo annientamento della sua individualità, come luogo della sua totale oggettivazione. Se la malattia mentale è, alla sua stessa origine, perdita dell’individualità, della libertà, nel manicomio il malato non trova altro che il luogo dove sarà definitivamente perduto, reso oggetto della malattia e del ritmo dell’internamento. L’assenza di ogni progetto, la perdita del futuro, l’essere*

*costantemente in balia degli altri senza la minima spinta personale, l’aver scandita e organizzata la propria giornata su tempi dettati solo da esigenze organizzative che – proprio in quanto tali – non possono tenere conto del singolo individuo e delle particolari circostanze di ognuno: questo è lo schema istituzionalizzante su cui si articola la vita dell’asilo.*⁴⁰

Basaglia si convince che il folle ha bisogno non solo delle cure mediche, ma anche di un rapporto umano con chi lo cura. In tal modo, il folle se trattato umanamente non presenta più una “malattia”, ma una “crisi”, una crisi vitale, esistenziale, familiare o sociale, che sfugge da qualsiasi “diagnosi” utile solo a cristallizzare una situazione istituzionalizzata. Come psicopatologo sente la tensione etica e la preoccupazione di salvaguardare la soggettività del malato di fronte alla violenza del sapere e del potere psichiatrico, e di riscoprire la dimensione più misteriosa e profonda dell’essere umano.⁴¹ Il medico deve restare in ascolto dell’altro e spogliarsi d’ogni certezza, per poter far questo, avverte sempre più pressante la necessità di operare una sospensione, una *epoché*, di tutte le categorie sclerotizzate della nosografia psichiatrica per poter ridare parola al paziente. Il pensiero esistenziale e fenomenologico scandagliato in anni di studio gli dà anche un’altra certezza: non si può trasformare il mondo senza trasformare anche se stessi. Solamente in una relazione autentica e terapeutica noi abbiamo consapevolezza del nostro essere-per-l’altro. Per Franco Basaglia era indifferibile una riforma radicale della psichiatria: costruire una psichiatria di

40 Franco Basaglia, *La distruzione dell’ospedale psichiatrico come luogo di istituzionalizzazione*, 1964, in *Scritti I, 1953-1968...* vol. 1, ...op.cit.

41 F. Basaglia, F. Ongaro Basaglia, A. Pirella, S. Taverna- *La nave che affonda*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2008

comunità per un cambiamento sociale, perché la psichiatria, affermava, si pone come: *voce confusa con la miseria, resa muta dal linguaggio della malattia, messaggio stroncato dall'internamento e reso indecifrabile dalla definizione di pericolosità e dalla necessità sociale dell'invalidazione, la follia non vien mai ascoltata per ciò che dice o che vorrebbe dire. La psichiatria non è stata che il segno del sovrapporsi della razionalità dominante su questa parola che le sfuggiva e la conferma-necessaria a questa razionalità- di una comunicazione possibile. Dal razionalismo illuminista al positivismo si tratta di una razionalità che definisce, suddivide e controlla ciò che non comprende e non può comprendere, perché lo ha oggettivato nel linguaggio della malattia, che è il linguaggio di una razionalità che "constata".⁴² Non era più accettabile trattare le persone in maniera disumana in una istituzione: senza diritti, senza autonomia, senza spazi liberi, senza alcun controllo sulle cure che venivano loro somministrate, contenuti per settimane in camicie di forza, sottoposti a cicli ripetuti di elettrosck, e senza nessun rapporto terapeutico. I pazienti erano, legati al letto per giorni, come il malato di Esquirol⁴³, immobilizzato per nove anni (!) da una macchina di ferro a cui erano legate le mani, fissata alla parete e al soffitto. Il corpo dei malati era pura *res exstensa*, corpi oggetto disumanizzati perché veniva tolta a loro la dignità umana, rinserrati nello spazio alienate del manicomio, buttati nell'angolo come oggetti insignificanti. Questa esigenza di consapevolezza derivava dall'aver visto il dolore scarnificante nell'ospedale psichiatrico che, come insegna Weil e Nitscheze, produce una*

nuova conoscenza, che testimonia un dolore percepito e vissuto come appartenente a se stessi, negli anni divenne un movimento di pensiero scientifico e critico, di lotta per la dignità umana, per la libertà e per l'uguaglianza. In quegli anni bui, quasi 100.000 pazienti rinchiusi nei manicomi erano scomparsi dalla storia: rinserrati, risucchiati dal silenzio nei non-luoghi dei manicomi, obliati, dimenticati, semplicemente perché non dovevano essere visti, non uditi, deportati, cancellati e negati, depositati nei luoghi della disumanizzazione, distanti dal mondo, venivano imbarcati come ne "La nave dei folli" di J Bosch, senza sapere la meta, su quale terra trovare asilo, spinti nella nebbia verso un luogo invisibile e indicibile (il manicomio), dove veniva seppellito il loro urlo e il loro segreto dolore. I malati nei manicomi urlavano comunque il loro dolore: avevano bisogno di essere ascoltati, riemergere dal silenzio, vedersi riconosciuti nella propria identità e dignità. Questa presa di consapevolezza umana e antropologica, scientifica e culturale, passava attraverso una lotta per la liberazione e i diritti umani e, Basaglia, si fece portavoce e testimonianza di questa necessità umana, etica e sociale. Non è facile scrivere di questo movimento culturale, unico e irripetibile, con i suoi miti, le divisioni, i silenzi e le memorie diverse che custodisce. Una memoria storica spesso travisata, sospesa tra verità e utopia. La memoria di quel tempo di lotta e di pensiero, di quel passato glorioso, ancora resiste, ma solo in senso celebrativo. Le verità pubbliche della storia di Gorizia e Trieste e il pensiero e l'opera di Franco Basaglia tendono, comunque, non a semplificare il passato ma bensì a porre l'attenzione su una stagione di pensiero unica e irripetibile, che ha visto la nascita di un nuovo pensiero psicopatologico, una critica serrata verso

42 Franco Basaglia, da *Follia/Delirio* in *Scritti II, 1968-1980*.

Dall'apertura del manicomio alla nuova legge sull'assistenza psichiatrica, Collana: *Paperbacks*, Torino, Einaudi, 1982

43 Jan -Étienne Dominique Esquirol, *Delle passioni*, Marsilio Editore, Milano, 1982



La nave dei Folli”, J. Bosch 1494,
Museo del Louvre - Parigi

la psichiatria biologica e deterministica, un confronto tra filosofia e medicina, psicologia e psichiatria, psicoterapia e antropologia, tra arte e visione del mondo, tra libertà e dignità umana, tra umanizzazione delle cure e diritti umani. La portata culturale e scientifica della chiusura dei manicomi con la proposta di Legge n.180/78, è andata ben oltre la storia di Franco Basaglia e, pur con tutti i limiti e le sue inadeguatezze nell'applicazione, rimane uno dei più grandi esempi di riforma psichiatrica vigente nel mondo. Senza questo cambiamento di paradigma non sarebbe stato possibile conoscere gli infiniti volti della follia, incrociarne lo sguardo estraniante e seguirne il cammino ermeneutico nella sua fragilità e nella sua umanità, nella sua nostalgia e nella sua radicale e insondabile solitudine.^{44 45} Per Franco Basaglia, riferendoci al suo percorso teorico e clinico e alla sua esperienza umana unica, che lo ha visto protagonista attento verso quelle esistenze gravemente malate, capace di comprendere e dialogare con il grande silenzio della frantumazione dell'essere, anche quando l'ombra vince e si posa sulla presenza umana e può annientarla, credo che le parole di Bruno Callieri^{46 47} possano racchiudere pienamente il suo pensiero che ... *vuol essere una guida più al mistero che alla conoscenza, più al rispetto che alla conquista, più al percorso che alla meta.* Nella grazia con cui si relazionava con la fragilità dei malati, come insegna Eugenio Borgna, egli ha ritrovato sempre nella sua umanità e nella sua conoscenza il

volto oscuro e l'anima dell'altro sofferente⁴⁸; è riuscito a narrare dell'indicibile sofferenza, a sentire la tenerezza e cogliere il mistero insondabile della malinconie⁴⁹ e delle esistenze bruciate, sospese, perse e risucchiate nell'angoscia dell'incomunicabilità, del non senso dell'esperienza schizofrenica⁵⁰. Egli era aperto e attento nel suo *essere-per-l'altro*, sempre nell'incontro e nel dialogo, nella parola condivisa per aprirsi alla speranza sul ruscello precipitoso della vita. In tal modo Franco Basaglia ha aperto un varco nel buio, restituendo ai malati la possibilità di sognare per coloro ai quali, come dice il poeta Dino Campana (*..*) *hanno avvelenato/Le sorgenti del sogno/ A noi/Che non avevamo/Altro per vivere.* Oltre il muro non c'è il buio, ma s'intravede la terra della vita, e tutto con la tenerezza e delicata malinconia e nella grazia di un pensiero che rinasce.

INDIRIZZO PER LA CORRISPONDENZA

Gaetano Marchese
Psicologo - Psicoterapeuta
di formazione Psicoanalitica
SPDC- Responsabile UOSD - Psicologia
Dipartimento Salute Mentale
e Dipendenze - ASP di Cosenza
340 7982195
gtn.marchese@gmail.com

44 Eugenio Borgna, *Di armonia risuona e di follia*, Feltrinelli Editore, Milano, 2012

45 Eugenio Borgna, *Come in uno specchio oscuramente*, Feltrinelli Editore, Milano, 2007

46 Bruno Callieri *Quando vince l'ombra*. Edizioni Universitarie Romane, Roma, 2001

47 Bruno Callieri, *Corpo Esistenze Mondì*, Edizioni Universitarie Romane, Roma, 2007

48 Eugenio Borgna, *Nei luoghi perduti della follia*, Feltrinelli Editore, Milano, 2008

49 Eugenio Borgna, *Malinconia*, Feltrinelli Editore, Milano, 1992

50 Eugenio Borgna, *Come se finisse il mondo. Il senso dell'esperienza schizofrenica*, Feltrinelli Ed., Milano, 1995

Bibliografia

- Ballerini A., Callieri B., *Breviario di Psicopatologia. La dimensione umana delle sofferenze mentali*, Feltrinelli Editore, Milano, 1996
- Basaglia F., *L'istituzione negata*, Einaudi Editore, Torino, 1968
- Basaglia F., *Che cos'è la psichiatria*, Piccola Biblioteca Einaudi, Torino, 1967
- Basaglia F., *Crimini di pace*, Edizioni Einaudi, Torino, 1971
- Basaglia F., *Scritti I, 1953-1968. Dalla psichiatria fenomenologica all'esperienza di Gorizia*, Torino, Einaudi, 1981.
- Basaglia F., *Scritti II, 1968-1980. Dall'apertura del manicomio alla nuova legge sull'assistenza psichiatrica*, Collana: Paperbacks, Torino, Einaudi, 1982.
- Basaglia F., *Conferenze brasiliane*, a cura di F. Ongaro, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2000
- Basaglia F., *L'utopia della realtà (raccolta di saggi scritti tra il 1963 e il 1979)*, a cura di Franca Ongaro, Contributi di Maria Grazia Giannichedda. Collana: Piccola Biblioteca Einaudi, Torino, Einaudi, 2005. In quest'ultimo saggio è presente una bibliografia completa
- Basaglia F., F. Ongaro Basaglia, A. Pirella, S. Taverna- *La nave che affonda*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2008
- Basaglia F., *Se l'impossibile diventa possibile*, Edizioni di Comunità, Perugia, 2018
- Borgna E., *Malinconia*, Feltrinelli Editore, Milano, 1992
- Borgna E., *Come se finisse il mondo. Il senso dell'esperienza schizofrenica*, Feltrinelli Editore, Milano, 1995
- Borgna E., *Noi siamo un colloquio*, Edizioni Feltrinelli Milano, 1999
- Borgna E., *Come in uno specchio oscuramente*, Feltrinelli Editore, Milano, 2007
- Borgna., *Nei luoghi perduti della follia*, Feltrinelli Editore, Milano, 2008
- Borgna E., *Di armonia risuona e di follia*, Feltrinelli Editore, Milano, 2012
- Bria P., Caroppo E., *Antropologia culturale e Psicopatologia*, Alpes Edizioni, Roma, 2006
- Callieri B., *Quando vince l'ombra*, Edizioni Universitarie Romane, Roma, 2001
- Callieri B. *Corpo Esistenze Mondì*, Edizioni Universitarie Romane, Roma, 2007
- Colucci M. Di Vittorio P. *Franco Basaglia*, Bruno Mondadori, Milano, 2001
- Corleone F. (a cura di) *Quaderni del Circolo Rosselli*, n.1/2018, Pisa, 2018
- Dell'Acqua P., *Fori come va?* Editori Riuniti, Roma, 2003
- Di Vittorio P., *Foucault e Basaglia. L'incontro tra genealogie e movimenti di base*, in *Collana Culture*, Verona, Ombre corte, 1999
- Esquirol J. E.D., *Delle passioni*, Marsilio Editore, Milano, 1982
- Foot J. *La "Repubblica dei matti": Franco Basaglia e la psichiatria radicale in Italia, 1961-1968*, Feltrinelli, Milano, 2014
- Foucault M., *Sorvegliare e punire. La nascita della prigione*, Einaudi Editore, Milano, Torino 1976
- Freud S., *Il perturbante. Opere vol. IX*, Editore Boringhieri, Torino, 1977
- Heidegger M., *Essere e Tempo*, Longanesi Editore, Milano, 1976
- Husserl E., *Meditazioni cartesiane*, Bompiani Editore, Milano, 1960,
- Inglese S. Jaspers K. *Psicopatologia generale* Il Pensiero Scientifico, Roma, 1964, *Le dimensioni antropologiche della cura - I fogli di ORISS-1-2*, Pisa, 1994
- Merleau-Ponty M., *Fenomenologia della percezione*, Il Saggiatore Editore, Milano, 1965;
- Merleau-Ponty M., *Il visibile e l'invisibile*, Bompiani Editore, Milano, 1993

Minkowski E. *Le temp vécu* (1933) trad.: *Il tempo vissuto*, Einaudi Editore, Torino, 2004
Minkowski E. *La schizophrénie*, 1953, trad. it. *La schizofrenia*, Einaudi, Torino, 1998, pag. 49

Nietzsche F. *La Gaia scienza*, in *Idilli di Messina, La gaia scienza e Frammenti postumi*(1881-1882 , Adelphi Edizioni , Milano, 1965

Sartre J.P. *L'essere e il nulla*, Il Saggiatore Editore Milano,19910

Pivetta O., *Franco Basaglia. Il dottore dei matti*, Baldini Castoldi, Milano, 2012

Pizza G., *Antropologia Medica* – Carocci Editore, Roma , 2005

Psichiatria Democratica, *Bambini in manicomio*, Bulzoni Editore , Roma 1975

Vallinotto M., *Matti. Dall'emerganazione all'integrazione a 40 anni dalla Legge Basaglia* - Mostra fotografica – Edizioni Comune di Cosenza, 2018

Sitografia:

Testo integrale Legge 13 Maggio 1978 n. 180 (PDF), su salute.gov.it.

Testo della Legge 180/1978 come recepita dalla Legge 833/1978 (PDF), su triestesalute-mentale.it.

https://it.wikipedia.org/wiki/Franco_Basaglia

Franco Basaglia nacque a Venezia nel 1924, da giovane studente universitario fu antifascista e membro attivo della resistenza in città, durante la guerra. Nel dicembre 1944 fu arrestato e trascorse sei mesi all'interno del carcere di Santa Maria Maggiore a Venezia. La liberazione della città, nell'aprile 1945, gli permise di uscire di prigione. Nel periodo post-bellico fu per breve tempo iscritto al partito socialista, ma durante la sua vita non fece parte e non aderì mai a nessun partito politico. Si scrive nel 1943 alla Facoltà di Medicina e Chirurgia nell'antica università di Padova, si laurea brillantemente nel 1949 e trascorse i successivi anni a studiare filosofia e psichiatria. Si dedica allo studio dei classici dell'esistenzialismo, in particolare di Sartre, Maurice Merleau Ponty, Husserl e Heidegger. Nel 1953 si specializza in Malattie nervose e mentali presso la clinica neuropsichiatrica di Padova. Lo stesso anno sposa Franca Ongaro, che gli darà due figli, collaboratrice e coautrice di alcuni testi sulla psichiatria. Basaglia lavora come assistente del professore Giambattista Belloni dal 1949 al 1961. Nel 1958 ottiene la libera docenza in psichiatria, ma ben presto, per le sue idee innovative e rivoluzionarie non viene bene accolto in ambito accademico, cosicché nel 1961 decide di rinunciare alla carriera universitaria. Compresa che non avrebbe mai fatto carriera nel sistema universitario, perché il suo modo di lavorare e di pensare la psichiatria non era in linea con l'accademia universitaria: critico con la psichiatria del tempo, era poco ortodosso e non inquadrabile in una corrente accademica e quindi scomodo, difficile da controllare. Nel 1961 diventa direttore presso il manicomio provinciale di Gorizia, in cui erano ricoverate 500 persone, dove rimane fino al 1970. Gori-



zia era una città geograficamente isolata e in quel periodo lavorare in manicomio era considerato un lavoro poco gratificante sul piano professionale, comportava un isolamento politico e geografico, in un settore del sistema psichiatrico che non dava nessuna garanzia e senza prospettive evolutive della stessa disciplina. L'impatto con la realtà del manicomio fu durissimo. Teoricamente egli si avvicina alle correnti psichiatriche di ispirazione fenomenologica ed esistenziale (Karl Jaspers, Eugène Minkowski, Ludwig Binswanger), e al pensiero di Michel Foucault e Erving Goffman, Merleau Ponty, e J.P. Sartre per la critica all'istituzione psichiatrica. Nel 1969 entra in contatto con Giorgio Antonucci e con cui lavora nell'ospedale psichiatrico di Gorizia. Era consapevole di lavorare in un ambiente che non amava ma contestava apertamente. L'unica motivazione al lavoro era quella di trasformare l'intero sistema, partendo dalla periferia: come tutte le avanguardie del pensiero e dell'arte la periferia era la terra più feconda per le rivoluzioni, per il germe del nuovo pensiero, per un nuovo modo di concepire il mondo. Una nuova concezione della malattia mentale, un superamento della visione esclusivamente biologica del disturbo mentale e della funzione di controllo, a volte di punizione inumana cui erano sottoposti quotidianamente i malati, ai quali veniva tolto non solo la libertà ma anche la dignità. Sentiva l'esigenza di rinnovare il sistema, cambiarlo radicalmente nei modi e nei contenuti, sciogliendo la psichiatria dal nodo in cui era stata relegata: il controllo sociale del disagio psichico. A Gorizia, dopo alcuni soggiorni all'estero per comprendere come la psichiatria operava fuori dell'Italia, visita la comunità terapeutica di Maxwell Jones. Con Antonio Slavich nel 1962 avvia la prima esperienza anti-istituzionale. In particolare, egli tenta di trasferire il

modello della comunità terapeutica all'interno dell'ospedale e inizia una vera e propria rivoluzione. Si eliminano tutti i tipi di contenzione fisica e le terapie elettroconvulsivanti (elettroshock), vengono aperti i cancelli dei reparti, insieme alle terapie farmacologiche si creano le condizioni per avere contatti con l'esterno, si fanno discussioni di gruppo e con il personale: i pazienti devono essere trattati con dignità, come persone portatrici di un disagio psichico, verso cui bisogna porsi in una condizione di ascolto e dialogo. Basaglia istituisce subito, all'interno dell'ospedale psichiatrico di Gorizia, laboratori di pittura e di teatro. Nasce anche una cooperativa di lavoro per i pazienti, che così cominciano a svolgere lavori riconosciuti e retribuiti. Sente il bisogno di andare oltre la trasformazione della vita all'interno dell'ospedale psichiatrico: il manicomio deve essere chiuso e al suo posto va costruita una rete di servizi esterni, per provvedere all'assistenza delle persone affette da disturbi mentali. Compresa che la psichiatria così come era praticata nella clinica giocava un ruolo nel processo di esclusione del "malato mentale" voluto da un sistema ideologico convinto di poter negare e annullare le proprie contraddizioni, allontanandole da sé ed emarginandole. Importante nella prassi clinica non era solo il riconsiderare le variabili soggettive, ma il mondo relazionale e sociale di provenienza del soggetto malato, ricostruire e rinsaldare la libertà e la dignità umana del malato, e ancorare la cura in una relazione terapeutica inserita in un contesto sociale. Franco Basaglia aveva compreso che l'intero sistema manicomiale era fuori della storia, inadeguato e dannoso per i malati. Non vedeva benefici medici nel modo in cui i pazienti erano 'curati', al contrario, si convinse che alcuni dei comportamenti eccentrici o disturbati dei pazienti fossero generati o acuiti dall'istituzione manicomiale, perché questi luoghi erano simili a prigioni, dal punto di vista architettonico e funzionale, la cui ideologia di fondo era la segregazione e il

controllo. Fu l'inizio di una riflessione sociopolitica sulla trasformazione dell'ospedale psichiatrico e di ulteriori esperienze di rinnovamento nel trattamento della follia, alternative anche alla stessa esperienza di Gorizia. Nel 1967 cura il volume *Che cos'è la psichiatria* e nel 1968 *L'istituzione negata. Rapporto da un ospedale psichiatrico*, dove si analizza l'esperienza dell'ospedale psichiatrico di Gorizia, e contemporaneamente scrive *Morire di classe. La condizione manicomiale fotografata da Carla Ceratie Gianni Berengo Gardin*, che Basaglia aveva curato insieme alla moglie Franca. Dopo Gorizia, dal 1970 al 1971 divenne direttore di un grande manicomio alle porte di Parma, a Colorno. In questo periodo per sei mesi si trasferisce a New York, dove lavorò in un ospedale psichiatrico a Brooklyn, e a partire da questa esperienza scrive due testi, *Lettera da New York. Il malato artificiale* (1969) e *La maggioranza deviante* (1971). Nel 1971 assunse la direzione del manicomio San Giovanni di Trieste, terra sempre di confine dove rimane fino al 1979. Trieste nel 1973 viene designata "zona pilota" per l'Italia nella ricerca dell'OMS sui servizi di salute mentale. Nello stesso anno Basaglia fonda il movimento "Psichiatria Democratica", favorendo la diffusione in Italia dell'antipsichiatria, una corrente di pensiero sorta in Inghilterra nel quadro della contestazione e dei fermenti rivoluzionari del 1968 ad opera principalmente di David Cooper. Nel 1975 scrive *Crimini di pace*, testo a cui partecipano anche Michel Foucault, Erving Goffman, Ronald Laing, Noam Chomsky, Robert Castel, e che testimonia l'ampiezza del suo pensiero -aveva già fondato il movimento di Psichiatria Democratica- e il *Réseau*, la rete di europea di alternativa alla psichiatria. Nel gennaio 1977 Basaglia a Trieste tiene una conferenza stampa nella città dove annuncia che l'ospedale psichiatrico San Giovanni sarebbe stato chiuso entro la fine dell'anno (in realtà il manicomio di Trieste chiuse definitivamente nell'agosto del 1980) nove anni dopo l'arrivo di Basa-

glia). In meno di sei anni, Basaglia a Trieste raggiunge un traguardo considerato impossibile: il manicomio in quanto istituzione totale non era semplicemente 'negata', ma poteva essere cancellata. Negli anni della sperimentazione nel manicomio di Gorizia e successivamente a Trieste, Franco Basaglia aveva costruito un vasto movimento culturale e scientifico, integrando diverse discipline quali l'antropologia, la psicologia, la filosofia e la psicopatologia derivata dai maestri tedeschi, francesi e inglesi, che smosse il dibattito scientifico e impose una presa di coscienza sui modelli psichiatrici di riferimento e sulle terapie da rinnovare. Chiudere l'ospedale psichiatrico era un atto simbolico potentissimo per smuovere le coscienze: tutto adesso poteva realizzarsi. Così, l'utopia cercata, sperimentata e costruita a Gorizia divenne una realtà concreta a Trieste. Storicamente tra il 1971 e il 1974, l'ospedale psichiatrico San Giovanni di Trieste attraversò molti dei cambiamenti che avevano avuto luogo a Gorizia: ai pazienti furono restituiti i loro diritti umani fondamentali e furono aperti i reparti. Le rigide divisioni di genere nel manicomio furono abolite e l'ospedale diveniva sempre di più una istituzione aperta alla comunità, un dentro e un fuori che potevano incontrarsi. Furono istituite le cooperative e ciò consentì ai pazienti di entrare direttamente nel mondo del lavoro. Furono aperte le prime case-famiglia, all'inizio all'interno dell'ospedale, successivamente fuori l'ospedale, nei quartieri delle città. Negli anni settanta gli spazi dell'ospedale psichiatrico di Trieste furono trasformati in uno spazio sperimentale che ospitava progetti teatrali, mostre, spettacoli, conferenze, concerti, numerosi dibattiti e incontri e congressi internazionali. Studenti, intellettuali e professionisti guardavano a Trieste come modello di democrazia e di cambiamento democratico dal di dentro: un momento storico di straordinario fermento culturale. L'esperienza di Trieste mobilitò le coscienze di mi-

gliaia di persone, studenti e studiosi, medici e artisti insieme ed esponenti del volontariato sociale provenienti da ogni parte d'Italia e dall'estero. Come a Gorizia e altrove, la cosiddetta deistituzionalizzazione del manicomio di Trieste negli anni settanta fu una lotta costante contro il pregiudizio scientifico e culturale dell'opinione pubblica. Sulla spinta di tale rivoluzione, il 13 maggio 1978 venne approvata in Parlamento la Legge n.180, detta Legge Basaglia, che stabiliva la chiusura dei manicomi sul territorio nazionale. Nel 1979 Basaglia si trasferisce a Roma per organizzare e dirigere i servizi di salute mentale nel Lazio. Nel 1979 parte per il Brasile, dove, attraverso una serie di seminari raccolti successivamente nel volume *Conferenze brasiliane*, testimonia la propria esperienza. All'inizio del 1980, dopo una conferenza all'Università di Berlino, si manifestano i primi sintomi del tumore al cervello che in pochi mesi lo porterà alla morte, avvenuta il 29 agosto 1980 nella sua casa di Venezia. Aveva 56 anni. Franco Basaglia è sepolto nell'Isola di San Michele, cimitero di Venezia. A Franco Basaglia è intitolata la biblioteca comunale del Municipio XIX, Primavalle (Roma) ed il Parco pubblico in cui sorgeva l'Ospedale psichiatrico di Gorizia. Nel 2011 l'amministrazione provinciale di Trieste ha intitolato a Franco Basaglia e a Franca Ongaro Basaglia il Teatro dell'ex ospedale psichiatrico.



Franco Basaglia-1979

Oltre il muro non c'è il buio.. L'arcobaleno della speranza
sul ruscello precipitoso della vita..Franco Basaglia, la
Legge 180 e la difficile strada del cambiamento.

Bibliografia essenziale

- Franco Basaglia, *Scritti I, 1953-1968. Dalla psichiatria fenomenologica all'esperienza di Gorizia*, Torino, Einaudi, 1981
- Franco Basaglia, *Scritti II, 1968-1980. Dall'apertura del manicomio alla nuova legge sull'assistenza psichiatrica*, Collana: Paperbacks, Torino, Einaudi, 1982
- Franco Basaglia, *Conferenze brasiliane*, a cura di Franca Ongaro, Contributi di Maria Grazia Giannichedda. Collana: Minima, Milano, Raffaello Cortina, 2000
- Franco Basaglia, *L'utopia della realtà (raccolta di saggi scritti tra il 1963 e il 1979)*, a cura di Franca Ongaro, Contributi di Maria Grazia Giannichedda. Collana: Piccola Biblioteca Einaudi, Torino, Einaudi, 2005. In quest'ultimo saggio è presente una bibliografia completa.
- Franco Basaglia, Franca Ongaro Basaglia, Agostino Pirella, Salvatore Taverna, *La nave che affonda*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2008
- Franco Basaglia, *Se l'impossibile diventa possibile*, Edizioni di Comunità, 2018
- Mario Colucci e Pierangelo Di Vittorio, *Franco Basaglia*, Milano, Bruno Mondadori, 2001;
- John Foot, *La "Repubblica dei matti": Franco Basaglia e la psichiatria radicale in Italia, 1961-1968*, Milano, Feltrinelli, 2014
- Francesco Parmegiani, Michele Zanetti, *Basaglia. Una biografia*, Lint Editoriale, Trieste, 2007
- Giuliana Proietti- *Franco Basaglia e la legge 180- fonte articolo di Foot J. Franco Basaglia and psychiatry moment in Italy-1961-1978.*
- Nico Pitrelli, *L'uomo che restituì la parola ai matti. Franco Basaglia, la comunicazione e la fine dei manicomi in Saggi Società*, Roma, Editori Riuniti, gennaio 2004,
- Oreste Pivetta, *Franco Basaglia. Il dottore dei matti*. Baldini Castoldi, Milano, 2012;
- Venturini E. (a cura di), *Il giardino dei gelsi*, Torino, Einaudi, 1979

Sitografia

- https://it.wikipedia.org/wiki/Franco_Basaglia
- <https://www.psicolinea.it/la-legge-basaglia-la-180>



Famiglie omogenitoriali: riflessioni e commenti

Angela Costabile, Francesca Manfredi

ABSTRACT

**Parole
chiave**Famiglia, relazione,
sviluppo

Molto spesso oggi si afferma, in contesti scientifici e non, che la famiglia non esiste più, è scomparsa, in effetti continua ad esserci ma ha cambiato la sua composizione, la sua “forma”.

Come da tempo i sociologi della famiglia hanno osservato (Donati, 2006) sono presenti diverse tipologie di famiglie, in alcuni casi ne sono state individuate sette o più.

Va anche sottolineato che, nella società attuale, il numero dei matrimoni è molto diminuito mentre si preferisce la convivenza, quindi si decide di abitare sotto lo stesso tetto e procreare, pur non essendo sposati.

Tra le diverse ‘forme’ di famiglia, ad esempio possiamo trovare quella nucleare costituita dai genitori (madre/padre) uniti dal vincolo matrimoniale e/o dalla convivenza; la ricostituita, ovvero due adulti sposati o conviventi, uno dei quali o entrambi hanno dei figli nati da un matrimonio o da una relazione precedente; la ricomposta, formata da una coppia sposata o convivente e da figli avuti dalle precedenti relazioni e dall’attuale unione.



Famiglie omogenitoriali:
riflessioni e commenti

Ci sono, poi, le famiglie monoparentali costituite da un solo genitore, nella maggior parte dei casi dalla madre, e infine, da poco tempo si stanno formando le famiglie omosessuali con uno o più figli.

Negli ultimi anni si è assistito, in Italia, a una notevole espansione di ricerche e approfondimenti riguardo al tema dell'omosessualità che, per decenni, è stato considerato un argomento tabù nell'ambito accademico ma, soprattutto, nella vita quotidiana.

Si aprono infatti numerosi interrogativi sul vissuto degli adulti e dei bambini che sperimentano nuove e, a volte, complesse articolazioni familiari, sulle peculiarità delle relazioni all'interno di queste famiglie, sulle implicazioni e la particolarità delle vicende sociali e interpersonali con possibili influenze sullo sviluppo "equilibrato" dell'identità dei figli.

Secondo i dati dell'ISTAT in Italia sarebbero circa centomila i figli cresciuti da genitori omosessuali, in Francia più del doppio, negli Stati Uniti si stima che i genitori omosessuali siano tra i sei e i dieci milioni e circa quattordici milioni i loro figli, compresi quelli nati da relazioni eterosessuali (Lingiardi, 2007).

In Italia la maggior parte dei figli che crescono in famiglie omogenitoriali sono nati da precedenti relazioni eterosessuali; va però aumentando di anno in anno quella parte costituita da coppie gay e lesbiche che sceglie di avere e/o adottare bambini all'interno della loro relazione.

I temi principali sui quali si è fermata l'attenzione della letteratura riguardano, come detto la costruzione dell'identità di genere e un'eventuale influenza sulle scelte sessuali o, per meglio dire, omosessuali.

Sono già disponibili una serie di risultati a livello internazionale che mostrano in prima istanza come i figli di genitori omosessuali abbiano uno sviluppo equilibrato e adattato e buone relazioni con coetanei e adulti in percentuale sovrapponibile a quella dei figli di eterosessuali. Non presentano inoltre un'incidenza maggiore di problemi legati all'identità di genere o, in genere, alle scelte omosessuali (Vaughan, 2008; Tasker, 2010). Sembra quindi possibile sostenere che, più dell'orientamento sessuale dei genitori, sia la qualità delle relazioni all'interno della famiglia ad influenzare lo sviluppo e la stabilità affettiva e relazionale dei bambini.

Alcune ricerche tuttavia hanno considerato l'orientamento sessuale dei genitori non completamente influente per quanto riguarda il comportamento sessuale dei figli e le caratterizzazioni del ruolo di genere. A tal riguardo, Bottino e Danna (2005) hanno messo in evidenza la presenza di differenze nei livelli di attività sessuali e nelle modalità di espressione dell'identità di genere, per cui queste autrici evidenziano come i figli dei genitori omosessuali si sentano meno definiti dai ruoli di genere e abbiano più probabilità di prendere in considerazione la sperimentazione di relazioni omosessuali, sebbene non abbiano più probabilità di altri di identificarsi come lesbiche, gay o bisessuali. Altre ricerche hanno considerato, soprattutto negli Stati Uniti, l'impatto del genere sessuale dei genitori sullo sviluppo dei figli. Tasker (2010) sottolinea, a questo riguardo, come appare opportuno procedere con cautela nelle conclusioni che potrebbero rilevare eventuali situazioni di disagio, poiché gli effetti potenzialmente evidenziabili possono essere contingenti alle differenti configurazioni

familiari prese in esame e ai diversi contesti culturali, oltre che ai metodi di studio utilizzati e non necessariamente alla tipologia di famiglia.

È opinione comune tra gli studiosi del settore che molti dei problemi che le famiglie omoparentali incontrano siano effetti secondari del pregiudizio. La stigmatizzazione che i bambini con due mamme o due papà e le loro famiglie possono subire è certamente un aspetto importante che influisce sul loro sviluppo e li può influenzare sia direttamente che indirettamente, mettendo in crisi l'armonia e il buon funzionamento della famiglia.

Il benessere psicologico personale del genitore omosessuale, che ha un impatto immediato su quello del figlio, è comprensibilmente correlato al grado di dichiarabilità e di accettazione della propria identità nell'ambito della famiglia di origine e dell'ambiente sociale e lavorativo e, come per le famiglie monoparentali, al grado di sostegno familiare e sociale su cui può contare.

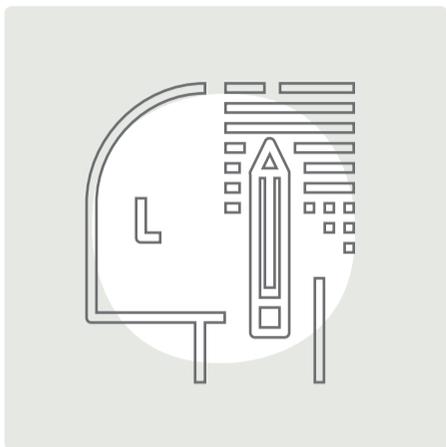
Fin dai primi studi in merito, è emerso inoltre che i figli di genitori omosessuali sono in grado di stabilire relazioni soddisfacenti sia con i pari che con gli adulti.

In uno studio condotto da Wainright, Russel e Patterson (2004), ad esempio, sono stati messi a confronto bambini cresciuti con una madre single eterosessuale e altri cresciuti da una madre omosessuale.

Nei bambini cresciuti con madri omosessuali non si sono riscontrati maggiori problemi psicologici né maggiori difficoltà nelle relazioni con i pari. Anche studi più recenti non hanno rilevato differenze significative tra figli di omosessuali e di eterosessuali rispetto alle competenze sociali e all'adattamento



Famiglie omogenitoriali:
riflessioni e commenti



psicologico (Bos et al., 2007; Golombok et al., 2003) o addirittura hanno dimostrato che, in adolescenza, i figli di genitori omosessuali presentano maggiori com-

petenze sociali e scolastiche, tassi inferiori di problemi sociali e di condotte devianti. È evidente quindi che, pur con le cautele e le necessità di ulteriori approfondimenti, numerose ricerche mostrano come i figli dei genitori omosessuali abbiano uno sviluppo equilibrato e buone relazioni con coetanei e adulti al pari dei figli di genitori eterosessuali. Inoltre, non presentano un'incidenza maggiore di omosessualità o problemi legati all'identità di genere.

In Italia di particolare interesse sono gli studi condotti presso Sapienza Università di Roma dai colleghi Lingiardi e Baiocco che hanno analizzato con diverse metodologie le famiglie cosiddette arcobaleno presenti nella rete Arci gay (Baiocco et al. 2015; Baiocco et al., 2018; Lingiardi, 2007).

In conclusione, sembra interessante ricordare che, accanto all'impegno della ricerca, sul tema si sono registrate diverse prese di posizione ufficiali.

Tra gli altri, in occasione del dibattito parlamentare sul disegno di legge sulle unioni civili l'Associazione Italiana di Psicologia e l'Ordine degli Psicologi del Lazio hanno presentato ai senatori un dossier con più di settanta ricerche nazionali e internazionali condotte sull'argomento, con risultati che non hanno dimostrato alcun nesso tra genere sessuale

genitoriale e disagi dei minori.

È necessario quindi insistere nel ribadire che ciò che è importante per il benessere dei bambini è la qualità dell'ambiente familiare che i genitori creano intorno a loro, indipendentemente dal fatto che essi siano conviventi, separati, risposati, single, dello stesso o diverso sesso.

Dagli studi emerge che i maggiori problemi comportamentali di bambini, figli di coppie omosessuali sorgono a causa di un rapporto con ambienti sociali inospitali e ostili, dove viene praticata la stigmatizzazione omofoba ovvero un'attitudine negativa che gli individui, gruppi o comunità hanno nei confronti dell'identità o del comportamento non eterosessuale e la relativa discriminazione che ne consegue.

I bambini hanno bisogno di adulti in grado di garantire loro cura e protezione in un clima di rispetto e di amore.

INDIRIZZO PER LA CORRISPONDENZA

Angela Costabile,
Professore Ordinario di Psicologia
dello Sviluppo e dell'Educazione
Università della Calabria - Dipartimento
di Culture, Educazione e Società
339 4963352,
angelacostabile@unical.it

Bibliografia

- Baiocco, R., Carone, N., Ioverno, S., Lingiardi, V. 2018. Same-Sex and Different-Sex Parent Families in Italy: Is Parents' Sexual Orientation Associated with Child Health Outcomes and Parental Dimensions? *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, May, 16.
- Baiocco, R., Santamaria, F., Ioverno, S., Fontanesi, L., Baumgartner, E., Laghi, F. 2015. Lesbian mother families and gay father families in Italy: Family functioning, dyadic satisfaction, and child well-being. *Sexuality Research and Social Policy*, 12, 202-212.
- Bos, H., Van Gelderen, L., Gartrell, N. 2014. Lesbian and heterosexual two-parent families: Adolescent-parent relationship quality and adolescent well-being. *Journal of Child and Family Studies*, 24, 1031-1046.
- Bottino, M., Danna, D. 2005. *La gaia famiglia. Che cos'è l'omogenitorialità*. Asterios, Trieste.
- Donati, P. 2006. *Manuale di sociologia della famiglia*. Laterza, Bari.
- Golombok, S. 2013. Families created by reproductive donation. *Child Development Perspectives*, 7(1), 61-65.
- Lingiardi V. 2007. *Citizen gay. Famiglie, diritti negati, salute mentale* - Il Saggiatore, Milano
- Tasker, F. 2010. Same-Sex Parenting and Child Development: Reviewing the Contribution of Parental Gender. *Journal of Marriage and Family* 72: 35-40.
- Vaughan, S. 2008. Scrambled eggs: psychological meanings of new reproductive choices for lesbians. *J. Infant, Child & Adolescent Psychother.*, 6:141-155.
- Wainright, J.L., Russell, S.T., & Patterson, C.J. 2004. Psychosocial adjustment and school outcomes of adolescents with same-sex parents. *Child Development*, 75, 1886-1898.



La supervisione, spazio terzo dove può nascere un pensiero non previsto

Romana Giulia Colantonio, Maria Rupil,

ABSTRACT

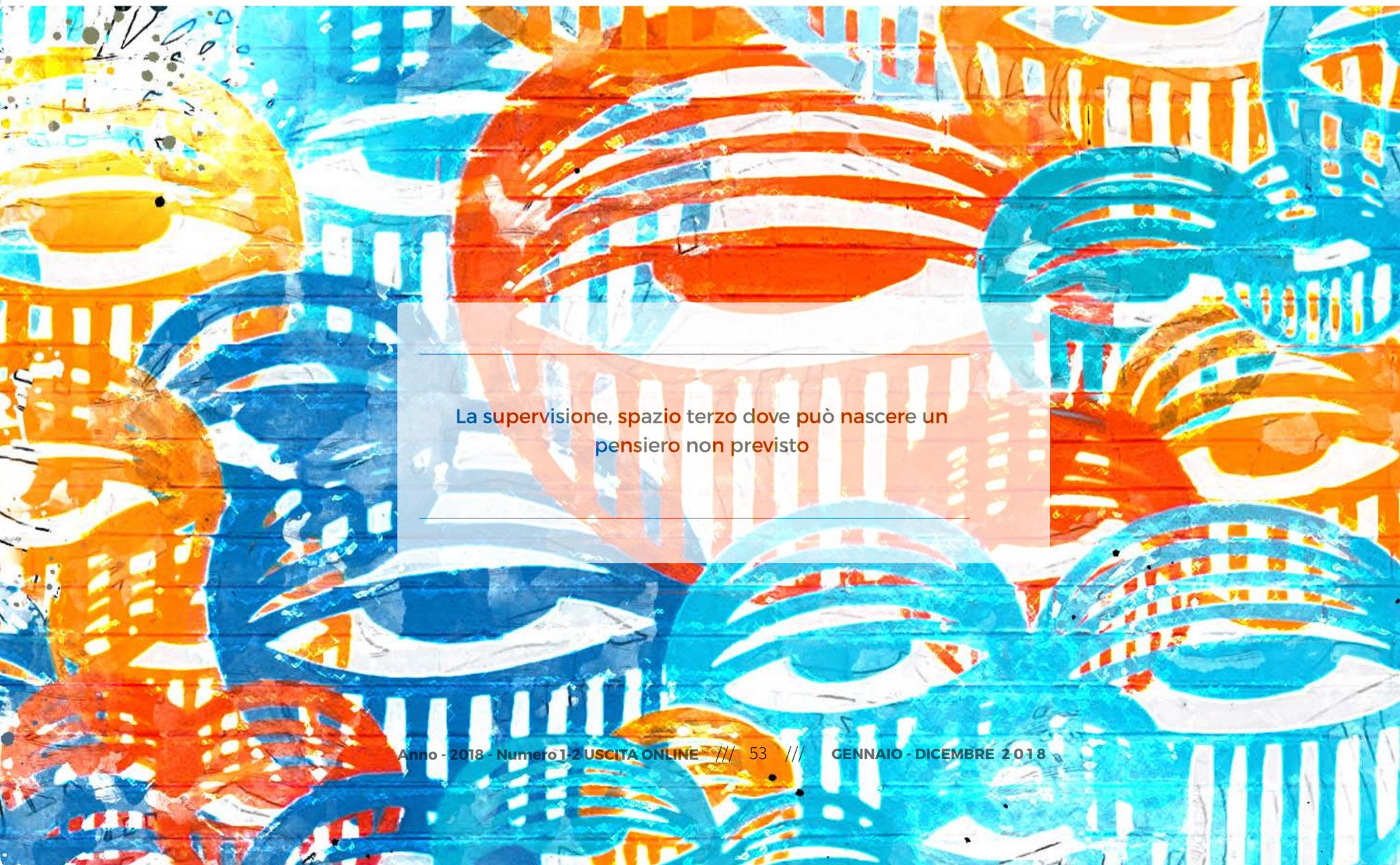
Parole
chiave

visione "meta", identità professionale, stile personale di intervento, autosservarsi in relazione, complessità relazionale ed emotiva, matrioska.

La supervisione è uno strumento che consente agli attori in gioco di mettersi "sopra", di attivare uno sguardo dall'alto o una visione "meta" sulla gestione di situazioni relazionali. Per questo parliamo di uno spazio "terzo", uno spazio intermedio situato tra paziente e terapeuta, una dimensione equidistante in cui si intrecciano osservazione, emozioni e pensieri: un contenitore dove il terapeuta può depositare le sue difficoltà e quei vissuti emozionali che non può e/o non sa gestire e il supervisore ha il permesso di entrarvi, problematizzare e allargare la visuale.

La supervisione si propone di realizzare un percorso che tende a far emergere risorse e capacità professionali, che apre ad un contesto dove s'impara ad apprendere e si apprende per fare. Fare il supervisore significa sostenere un processo provocando curiosità e attivando riflessioni, favorendo un osservarsi e un esporsi, sollecitando la responsabilità del fare e dell'esserci. Un vedere oltre, una visione "meta" che permetta nuovi nessi e nuove prospettive, per aiutare a contenere incertezze, per far tollerare il rischio del confronto con una realtà più ampia e imprevedibile. La supervisione si occupa in ultima istanza del "saper essere" del professionista. Mira al rafforzamento del ruolo professionale e alla costruzione di un personale modello di lavoro più efficace. La "cura" del proprio Sé professionale produce ben-essere.

Vogliamo focalizzare, in questa sede, alcuni aspetti della supervisione secondo il modello sistemico relazionale, ritenendo che gli aspetti relazionali di cui tratteremo siano trasversali ai diversi modelli d'intervento.



La supervisione, spazio terzo dove può nascere un pensiero non previsto

LO SPAZIO SOSPESO

Attivare riflessioni, potersi interrogare sul proprio operare e sulle proprie pratiche radicate, rivolgere il pensiero a quelle emozioni che non trovano voce e che al contempo sostengono atti concreti, significa predisporre un “momento privilegiato” dove “riprendere fiato”, acquisire spazio tra le urgenze, coniugare il fare con il pensare e con l'autoosservarsi, e autoosservarsi in relazione.

La supervisione è quindi spazio di riflessione, possibilità di attivare un pensiero “meta”, uno spazio e un tempo di sospensione, per osservare l'azione professionale quale crocevia di molteplici livelli. In essa si realizza un processo di autoapprendimento teso alla realizzazione di una visione complessa, nella quale è incluso l'operatore stesso.

Lo spazio di supervisione apre un varco per non essere inghiottiti dalla sofferenza o dall'incertezza, per contenere la pervasività delle emozioni e liberare il pensiero. Anche l'operatore può tendere all'agito, alla depressione o alla malattia. Le strategie di difesa si attivano contro “la difficoltà del lavorare”. “Fare a tutti i costi”, buttarsi nell'azione, consente di evitare la sofferenza della confusione e del non sapere, ma porta con sé la difficoltà ad ascoltare profondamente sia se stesso, che il paziente, rende difficile comprendere il processo che si sta realizzando e per il paziente il sentirsi compreso. Questo prima o poi ha dei costi anche per l'operatore. La possibilità di introdurre una variazio-

ne al ritmo istituzionale, o alla compressione delle giornate occupate da impegni lavorativi, permette di “non immergersi né di fuggire dal caso”, favorisce il collocarsi a “quella giusta distanza” attraverso nuove osservazioni e nuove connessioni, dove ripensare e ripensarsi.

La posizione assunta attraverso lo spazio di supervisione introduce la possibilità di osservare “l'oggetto” da più angolature. A poco a poco gli aspetti frammentari, gli atti slegati, i comportamenti reiterati si compongono in un quadro dotato di senso.

La focalizzazione sull'osservazione che la supervisione induce contiene le spinte ideali, come le immaginazioni catastrofiche. Si favorisce la differenziazione e l'appartenenza.

LA COMPLESSITÀ

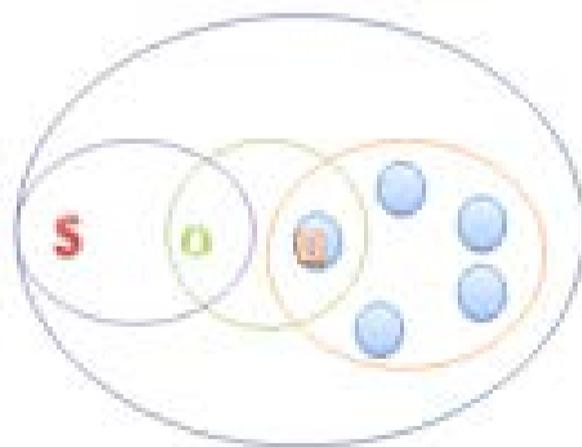
Lo spazio di supervisione è un punto da cui partire verso diverse direzioni. Ogni volta che si focalizza un livello di osservazione si possono cogliere delle configurazioni che danno vita ad una “forma” nuova, come le aperture di un caleidoscopio: basta spostare la focalizzazione ed emergono altre “forme”, altri “colori”. Ognuna di queste aperture diventa punto di partenza per sviluppare il caso o la propria operatività secondo un proprio stile.

Da questo spazio “terzo” si abbraccia una complessità di relazioni. La realtà che viene rappresentata da chi chiede la supervisione (“o”), cioè il sistema osservato dal supervisore, è sottosistema di un sistema più grande di cui il supervisionato fa parte: cioè l'operatore, lavorando a contatto con un sistema attraverso un suo membro, entra a

far parte di quel sistema e ne condivide pian piano le “regole” di funzionamento. L'osservatore quindi è parte del sistema osservato, e nel setting di supervisione ci sono due osservatori: il supervisore che osserva il supervisionato e il sistema in cui opera, mentre contemporaneamente il supervisionato è osservatore del sistema in cui opera (v. Fig. 1). Anche il supervisore, entrando in contatto con la realtà narrata dall'operatore, si “associa” ad essa, vive su di sé il suo modello di funzionamento.

Sostare nella complessità e leggerne i diversi livelli significa anche che lo sguardo del supervisore coglie la dimensione del tempo, sia il tempo del “qui e ora” della relazione presente, che il tempo storico, dell'evoluzione del sistema, una dimensione orizzontale quindi e una verticale. Tenendo presente la Fig. 1, l'osservazione della dimensione orizzontale può cogliere l'interazione tra il supervisionato “o” e il suo utente “u”, che ha a sua volta alle spalle la relazione con la sua famiglia, oppure, in una supervisione istituzionale, il contesto del gruppo di lavoro. Una collega presenta il caso di una donna di circa 45 anni che si è rivolta a lei per umore instabile e attacchi d'ansia. Lamenta crisi di pianto improvvise di cui non si spiega l'origine. Inoltre si sente così tesa che a fine giornata sente i muscoli facciali indolenziti, come altre parti del corpo. La terapeuta rimanda alla signora come, quando viene da lei, sia sempre molto sorridente e si sforzi di essere sempre ben disposta sorridente con tutti, con le amiche, col marito. Questo sforzo che lei chiede continuamente a se stessa per mostrare che va tutto bene è frutto di ipercontrollo e le fa indossare una maschera... I gesti che sta compiendo quando le viene da piangere sono gesti auto-

matici, dice la collega, forse in quei momenti abbassa le difese e si lascia andare, le emozioni trovano così uno sfogo. “Cerchiamo di capire e di dare un nome a queste sue sofferenze”, dice la collega. La signora confessa di non riuscire a capirsi perché col marito ora la situazione è più distesa (il marito è in genere critico verso di lei e svalutante): “lui è molto premuroso nei miei confronti in questo periodo”. Viene fuori che il comportamento inusuale del marito la fa sentire un po' in colpa perché non è disponibile dal punto di vista sessuale, non riesce a soddisfare le richieste del...”bambino”- la collega scoppia a ridere -”Scusi il lapsus, del marito, so che è un lapsus. La signora vorrebbe essere moglie ma non lo è fino in fondo e questo la fa sentire inadeguata.”... la signora vuole esser donna e moglie al cento per cento...vuole esser qualcos'altro che non è. E il marito chiede in un modo curioso, con un bisogno impellente, tutti i giorni alla stessa ora...come un bambino non soddisfatto dalla madre. La difficoltà per cui la terapeuta chie-



la complessità dello spazio di supervisione: il sistema osservato è sottosistema del sistema di supervisione (Figura 1).

de la supervisione è legata al fatto che si sente preoccupata e impotente e sente sulle spalle le aspettative elevate della signora, che arriva con l'idea di riuscire a "stare bene", vorrebbe riuscire ad essere donna, moglie, madre al cento per cento...vorrebbe tante cose. La signora è in cura farmacologica presso il medico di famiglia con dei farmaci che la terapeuta considera inadeguati, perché la signora ha un'instabilità dell'umore pronunciata e lei sa che il padre della signora si è suicidato anni prima. Alla collega non sembrano sufficienti i farmaci, che curano prevalentemente l'ansia, né le sembra sufficiente il lavoro che lei sta facendo di dare un nome ai malesseri che la signora ha provato negli anni. Il supervisore "sente" il peso avvertito dalla collega e la sua preoccupazione. Potrebbe iniziare la supervisione cogliendo uno dei tanti aspetti, ma ciò che colpisce il supervisore è il peso della responsabilità che la collega avverte su di sé e nel contempo l'immobilità che riferisce di avere nel setting terapeutico. Alla dimensione orizzontale appartiene il "qui e ora" dell'interazione tra supervisore "S" e supervisionato "O", tutto ciò che accade nell'interazione, sia da un punto di vista verbale che non verbale, oltre che dal punto di vista del loro vissuto emotivo. Il supervisore dice alla collega...

Lei vorrebbe un aiuto, essere sostenuta a portare questo carico : se ci fosse una visita psichiatrica e un intervento farmacologico sarebbe come se lei potesse condividere un peso piuttosto che portarlo tutto da sola sulle sue spalle e mi chiedo quanto questo non rappresenti anche l'esperienza della signora, che la signora non porti anche lei sulle spalle un carico così grande da sentirsi impotente, un carico che lei non ce la fa da sola a reggere. La

terapeuta annuisce e rimane in silenzio. "Effettivamente rispetto al carico che lei porta e il desiderio di essere donna e moglie al cento per cento... Tutta la vita della signora, dice la terapeuta, è stata condizionata dal desiderio di soddisfare ... di essere qualcos'altro rispetto a quello che è". La dimensione storica, verticale, si riferisce all'evoluzione dei sottosistemi, a come essi si sono strutturati nel tempo, rappresentando così una "quinta scenica", uno sfondo per ciò che si gioca nel "qui e ora". Non crediamo nel determinismo, ma ipotizziamo che i sottosistemi vivano nel tempo una dinamica relazionale trans-generazionale, che deposita i suoi frutti sull'ultima generazione. Questo desiderio di essere qualcos'altro rispetto a ciò che è, è legato al rapporto che la signora aveva con i suoi genitori, dice la collega. Lei ha una sorella più grande di un anno, Francesca. Il papà e la mamma di Sandra avevano un rapporto privilegiato con questa sorella: Francesca fa tutto quello che le si chiede, ha studiato, rispetto invece a Sandra che ha interrotto gli studi dopo una bocciatura; è una ragazza che si è realizzata, ha un suo lavoro, ha fatto un buon matrimonio con una persona di buon ceto sociale, è rimasta a vivere accanto ai suoi genitori. Questi confronti venivano fatti continuamente durante la crescita di Sandra...Lei invece è la figlia non riuscita; per 10 anni rimane la piccola di casa finché dopo 10 anni arriva un fratello. Fino ad allora dorme nel lettone con i suoi, fino a che non diventa una preadolescente, sempre per le sue paure di star sola e del buio. I genitori sono affettuosi ma molto controllanti... le impediscono di uscire e di fare anche tante altre cose e il papà è molto controllante in modo indiretto, svalutandola. Viene confrontata continuamente col modello di perfezione che è Francesca. Lei cresce diventando via via

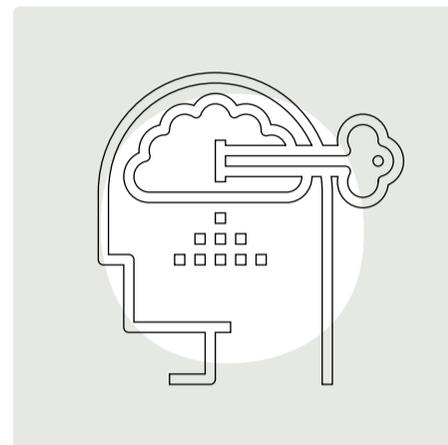
sempre più oppositiva: più si sente svalutata e più si passivizza, negandosi così tante possibilità. Scoprirà di più chi è quando giovanissima a 18 anni si sposa, conoscendo quella dimensione di sé che non aveva mai potuto esprimere in casa. Ma ora anche il marito, conoscendo questo suo tallone di Achille, tende a fare delle battute, mettendola a confronto con la sorella.

L'osservatore legge le relazioni attraverso i suoi peculiari occhiali; anche questi occhiali possono avere delle lenti di vari colori, a seconda delle tinte lasciate dalla storia vissuta dall'osservatore stesso. È con questa funzione che il terapeuta o l'operatore sistemico-relazionale usa lo strumento del genogramma per leggere le relazioni nelle famiglie d'origine, a volte fino alla terza generazione. Di nuovo il supervisore è colpito dalla tonalità emotiva espressa dalla voce della terapeuta e chiede: "Come si sente quando sta con questa paziente?" "A me lei fa molta tenerezza perché fondamentalmente vedo questa bambina piccola che non ha mai avuto quel riconoscimento né da parte dei genitori, né da parte del marito. Era figlia ma non s'è sentita mai figlia al cento per cento. Partendo da questa mia tenerezza cerco sempre di rinforzarla, cerco di essere quell'occhio benevolo che le è mancato nel percorso di crescita" Il supervisore commenta: "Quindi l'immagine che ha davanti è quella di una bambina". La terapeuta conferma. Il supervisore continua: "Quello che a me colpisce è che questa persona ha sempre avuto un'esperienza doppia: da un lato è una "bambina" che ha goduto il calore dei genitori tanto che è "rimasta nel loro letto", o forse, possiamo dire, che si è presa cura lei dei suoi genitori, del loro bisogno di avere una bambina piccola da accudire e controllare: si

è sforzata tanto in quella direzione. Dall'altro però ha subito una pressione controllante così forte che ad un certo punto lei ha sentito che doveva opporsi, che doveva fare qualcosa per liberarsi". Per cui da una parte sta appiccicata a loro e dall'altra si vuole imporre a loro. E così anche adesso: da una parte vuole essere moglie al cento per cento e dall'altra è così criticata e controllata dal marito che per forza di cose si oppone, passivizzandosi: non accetta ad esempio le avances sessuali e, anche questo fatto di piangere continuamente, può essere letto in tanti modi: certo è sempre chiusa in se stessa nella sua tristezza. Non so se anche lei vede questo..." La terapeuta risponde "mentre l'ascoltavo ricordavo la sua parte bambina che avrebbe voluto essere vista dal papà nei suoi bisogni, o che lui l'abbracciasse o le dicesse qualcosa di buono, ma nel momento in cui il papà le diceva qualcosa che andava nella direzione di controllarla, lei si opponeva e così facendo alimentava un circolo vizioso in cui lui si allontanava sempre di più, usando l'arma del dire che voleva più bene a Francesca. Questo finché il papà ha tentato il suicidio e allora lei ha cercato di ritrovare la figura paterna, perché lui non è morto subito, ma è stato ricoverato in ospedale a lungo, non parlava...lei gli è stata vicino in continuazione e dice che solo lei capiva le sue espressioni-Sandra in precedenza attraverso la vicinanza cercava di ottenere qualcosa di cui aveva bisogno e invece riceveva solo critica, controllo e svalutazione. Non bastava mai quello che faceva. Nel momento del ricovero del papà è lei a prendersi cura del genitore e ha la sensazione che papà risponda e le sia grato. Il supervisore vuole però andare a fondo del senso di inadeguatezza della terapeuta, che afferma: "anch'io come Sandra nella mia vita ho sempre cercato di fare tante cose. Sono stata sem-

pre la figlia buona, tranquilla però ho sempre cercato da primogenita l'occhio benevolo e l'apprezzamento dei miei. Però in tutte le cose che ho fatto, a scuola, all'università ecc. ero brava, ma senza mai eccellere e anche adesso...la mia didatta mi diceva :”tu sarai una terapeuta meravigliosa ma ti servono ancora tanti anni d’esperienza”; così adesso mi sento terapeuta, ma non al cento per cento. Rispetto a dei modelli alti che ho sempre avuto mi sento sempre mancante. Il supervisore insiste tornando ad esplorare le relazioni nella famiglia d’origine: ”Ma non si sente al cento per cento perché c’è stato a casa qualcuno che ha avuto un riconoscimento più grande?” “Sì, risponde la collega, io ho una sorella più piccola di 10 anni che è la piccola di casa, ma potrebbe essere lei la primogenita che si occupa di tutto in casa: anche a me ha aiutato tanto nel post-partum. Lei è bravissima, veloce, fa 3000 cose...è proprio la figlia riuscita!! Supervisore: “quindi dentro questo copione è difficile riconoscere le cose che fa per questa paziente, tutte le cose buone e importanti che lei fa, e addirittura non può credere che quello che ha fatto sia abbastanza...” L’esplorazione delle relazioni nella famiglia d’origine, o se vogliamo nella “famiglia interna”, questa volta viene utilizzato dal supervisore per comprendere il vissuto del terapeuta, per “leggere” i colori degli occhiali del terapeuta, attraverso i quali lei legge il suo caso clinico. Naturalmente il supervisore è colui che è allenato ad autosservare le proprie stesse lenti, anch’esse “colorate” dai colori della propria storia. La relazione pertanto è centrale sia come focus per l’osservazione, sia come strumento d’intervento, dal momento che, una volta che sia portata a consapevolezza, può essere “messa in mezzo”, tra supervisore e supervisionato, diventando risorsa per la riflessione

e dalla riflessione possono nascere nell’operatore spunti per scelte operative.



EMOZIONI

La visione complessa descrive la supervisione come un insieme di sottosistemi in connessione, tra loro includenti e contemporaneamente inclusi, come in una matrioska.

Lo spazio di supervisione infatti si popola, come abbiamo visto, di molti personaggi: oltre ai due attori principali entrano il paziente e la sua famiglia, oppure la famiglia istituzionale, ossia il gruppo di lavoro, ed entrano le famiglie d’origine del terapeuta/operatore come del supervisore.

Il lavoro di supervisione è in realtà un accurato lavoro di differenziazione realizzato attraverso la costruzione di un osservatore interno, nel supervisore prima che nel supervisionato. L’osservatore interno compie un lavoro continuo volto a cogliere gli aspetti relazionali ed emotivi e confrontarli con parti diverse di sé, in un movimento continuo tra identificazione e differenziazione e, attraverso questo, dare senso a ciò che prima non l’aveva.

Connettendo e ascoltando le emozioni che

scorrono ci avviciniamo all'altro. Il sentire e percepire le emozioni diviene così un ipertesto, un ambito d'ascolto privilegiato per il fluire dell'incontro. La capacità di stare in questo "movimento ad elastico", che si esprime nell'avvicinarsi per comprendere, e nel distanziarsi per non rimanere ostaggio delle emozioni di chi ci è "di fronte", diviene strumento di eccellenza per il nostro lavoro. La capacità di non oscurare l'altro attraverso "la nostra storia" o di perderci nella storia dell'altro, non è cosa facile, ma lo sforzo dà garanzia di correttezza e sviluppo del percorso. Troppo spesso si delineano interventi a "partire dai nostri vissuti", si imposta l'intervento come se "ci riguardasse", o ci immedesimiamo così tanto nella storia narrata che il confine "tra me e l'altro" si perde e si confondono le parti. Mantenere la capacità di muoversi, operando avvicinamenti e distanziamenti tutela la differenziazione identitaria, preserva la distinzione dei ruoli e permette ad ognuno di "fare la sua parte" attingendo alle proprie risorse. Permette di integrare "mente e cuore", avvalendosi contemporaneamente del sentire e del pensare.

Se il supervisore dà spazio dentro di sé all'ascolto di reazioni emotive insolite, questo può accendere un faro su ciò che di insolito, "strano", non congruo accade nella relazione tra operatore e paziente. Possono essere proprio queste delle esperienze che il terapeuta ha misconosciuto, di cui non si è reso conto, che non ha nemmeno riferito al supervisore.

I processi in atto tra paziente e terapeuta si riflettono nel rapporto tra terapeuta e supervisore. Ciò che il terapeuta non ha chiaro a livello conscio viene esplicitato attraverso parole "suggestive", attraverso gesti, azioni o, al contrario, mancanze che sollecitano il

mondo emotivo del supervisore

La visione organismica dei fenomeni che caratterizza il pensiero sistemico, richiama l'effetto delle matrisoske in quanto porta a vedere in maniera isomorfa lo sviluppo dei tre sottosistemi interconnessi: dell'operatore con l'utente, dell'utente con la sua famiglia, oppure, se si tratta di una supervisione istituzionale, col contesto organizzativo in cui opera e naturalmente, del supervisionato col supervisore. Questo ci porta ad osservare le ridondanze che si ripetono nei diversi sottosistemi, ricercando eventuali movimenti collusivi omeostatici e ipotizzando, al contrario, movimenti evolutivi che aprano nuove possibilità.

RISCHI ... A PIÙ LIVELLI LE TRAPPOLE DELLA SUPERVISIONE LA CRISI

Spesso l'attesa di un percorso di supervisione fa presagire un momento di "facile arricchimento" formativo; tranquillizza l'idea di condividere, di poter attivare altri pensieri, di trovare soluzioni fuoriuscendo dall'impasse. Ma il processo che si attiva tende a "deludere" l'aspettativa prevista, la luna di miele viene interrotta dalla fatica di uscire dal proprio modo consueto di pensare e di fare. Come

per l'utente, "un cambio d'approccio" significa incontrare un vuoto, significa uscire dalle proprie logiche mentali ed emozionali, sentire vacillare i propri copioni. La supervisione più che un luogo di risoluzione di problemi è luogo di apertura all'inatteso. Non è un percorso verso obiettivi certi ma spazio per riorientarsi facendo emergere e utilizzando nuove risorse. Ci si addentra in un percorso delicato che potremo definire "dall'impasse alla crisi", prima che "dall'impasse alla soluzione". Inizialmente si vive un'esperienza che può essere vissuta come un attacco, come una minaccia al proprio ruolo. La fase critica del percorso della supervisione è al contrario, o dev'essere, per chi fa supervisione, "una fase attesa", prevista e sostenuta nel suo accadere. La crisi, il pensiero nuovo che emerge dal solco creatosi dal dubbio, dalla scoperta che esistono molteplici prospettive entro cui un evento può essere rappresentato e narrato, fa sperimentare un sentimento di inadeguatezza, fa emergere la vulnerabilità dell'operatore, ma proprio per questo, o meglio, attraverso questo sentire, è possibile però riscrivere il proprio operato. Stare, ora, nell'impasse, nell'incertezza del "cosa fare?", significa rendersi conto che la nostra rappresentazione e la codifica del linguaggio è, appunto, solo "la nostra", permette di fuoriuscire dal vicolo cieco da cui siamo partiti, favorisce l'individuazione di una dimensione che procede verso livelli maturativi più evoluti e che per questo dà respiro e riorienta il lavoro.

Impasse: rivisitiamone quindi il significato. Da fase catastrofica, momento di difficoltà, di stallo a possibile *momento fortunato* perchè, ora, avviene qualcosa che ci ferma, che ci rende consapevoli di "qualcosa che

non torna" e il pensiero ci riporta là, a volte anche a distanza di molto tempo, "a caso chiuso". Questo fermarsi o questo rientro in una situazione emotiva confusa, di disagio e di malessere ci permette di riaprire il pensiero, di interrogarci, di cercare un significato a questo sentire, di dare un nome all'emozione che emerge e che ci conduce a "cercar aiuto". Si crea l'opportunità di rompere la rigidità del pensiero, cerchiamo altro e altrove. Ci esponiamo, ci ascoltiamo.

L'ALLEANZA COL SUPERVISORE

La costruzione di un ambito di reciproca fiducia è ingrediente indispensabile per sostenere *il passaggio*; ma la fiducia non è data, si costruisce. Lo spazio della supervisione stessa è un ambito discreto, affidabile, non giudicante. Si conosce, si sperimenta, si apprende attraverso il sostegno di una relazione di fiducia.

La realizzazione di questo senso di fiducia, di un'alleanza tra supervisore e supervisionato funzionale al cambiamento, non è immediata. In genere il supervisore, come il terapeuta, viene scelto: ma è nel procedere della relazione che viene messa alla prova la possibilità di fidarsi veramente. I primi incontri sono un momento per conoscersi e "riscegliersi". In modo particolare nella supervisione istituzionale, dove il supervisore viene nominato generalmente dall'istituzione e non dal gruppo di lavoro, questo passaggio è più delicato: viene a determinarsi anche una fantasia triangolare, dove il supervisore può essere visto come professionista di fiducia dell'ente

e quindi come colui che sta dall'altra parte, alleato con l'establishment. La prova si gioca molto sulle abilità del supervisore di realizzare letture "meta", in grado di tener conto dell'intero contesto relazionale, rimanendo al di fuori di possibili coalizioni, definendo il proprio ruolo e il proprio mandato.

D'altra parte, quando la richiesta nasce dalla dirigenza dell'istituzione è facile non coglierne l'ambivalenza. La richiesta di supervisione nasconde spesso una richiesta di "riordino". L'aiuto richiesto implicitamente al supervisore, si configura nell'aspettativa di migliorare, se non "curare" il sottosistema conflittuale, bizzarro, trasgressivo. All'esperto "che viene da fuori" in realtà si consegna il mandato di frenare un possibile cambiamento in atto. L'Istituzione non s'interroga sul significato del movimento distonico, non apre al sentirsi parte di ciò che sta avvenendo, non è disponibile ad un ascolto diverso. La richiesta di supervisione coincide con la richiesta di *quei genitori* che al terapeuta, consegnano il figlio, per "farlo cambiare". Anche qui il pensiero implicito del Sistema-Istituzione ritiene che *quegli operatori ...* abbiano proprio bisogno di fare una supervisione".

LA COLLUSIONE

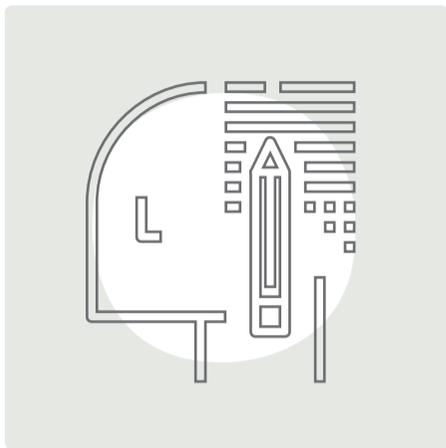
Il supervisore è garante del processo, del suo dipanarsi, non certo dell'esito, ma, si sa, i sistemi sono connessi e anche chi ha il compito di "aiutare a fuoriuscire dal vicolo cieco" non può sottrarsi "dal vedersi nella relazione" con il supervisionato/i, non può evitare di interrogarsi sui propri sentimenti e responsabilizzarsi sulla loro ricaduta. E' necessario sentirsi parte dello sviluppo evolutivo della situazione così come dell'eventuale

contributo alla radicalizzazione dell'impasse. E' importante aver presente che lo stesso supervisore, può colludere, incistarsi su ruoli consueti: può frenare il protagonismo del supervisionato, può essere attratto dal proprio protagonismo, dal proprio saper "fare bene", mostrarsi affezionato al proprio punto di vista o alleato fidato nel non toccare aree emotive tensive per entrambi.

E' importante attivare e mantenere una consuetudine al confronto e alla riflessione: il gruppo di lavoro, l'equipe, i gruppi di intervizione, "il lavoro in coppia", sono tutte modalità importanti anche per fornire sostegno emotivo. Configurazioni che hanno la funzione di aiutare a comprendere più aspetti e di avvalersi di "varianti" empatiche, ma anche qui le trappole per evitare "la messa in crisi" sono spesso in agguato. *"Quattro occhi o più occhi non sono sempre meglio di due"* Non è certo sufficiente non essere soli per avere più ricche e complesse rappresentazioni della situazione. La stretta *alleanza visiva*, come le visioni opposte, scisse sono incidenti di percorso ricorsivi che arenano seriamente il procedere del lavoro.

CONCLUSIONI

Aver cura del confine che al contempo avvicina e distingue, non essere ipnotizzati dall'altro, come non essere catturati dalle nostre storie permette di poter crescere all'interno dei nostri ruoli. Piuttosto che limitarsi alla raccolta delle informazioni appiattite sui dati e dipanate in un tempo lineare, è possibile animare le storie e le vicende individuali e familiari connettendo i dati, il tempo, le relazioni e i vissuti. "Entrare nella vita degli altri" e non trasformarsi in *un membro del-*



la stessa famiglia è possibile se siamo saldi nel nostro ruolo, se l'aspetto umano non eclissa quello professionale, se la nostra storia di vita non sovrasta e confonde quella dell'altro.

La problematicità delle storie di vita, l'intensità emotiva che trasudano, "il contagio inevitabile" così come lo definiscono A. Casoni e C. Sandomenico, che deriva dall'ascolto ravvicinato, pongono la necessità di uno sguardo esterno, meno inquinato, un vedere e sentire che sia a salvaguardia del possibile "errore", sempre e per tutti in agguato. Il modello adottato, l'esperienza, l'allenamento ad operare con questa modalità rende, ovviamente, più contenuto il margine d'errore, ma pensiamo che il mantenersi vigili e recettivi rispetto alle nostre emozioni, saper avvertire l'impasse e soprattutto non pensarsi onnipotentemente immuni dai rischi possibili dei "nostri" supervisionati permetta lo svolgersi di una "sufficientemente" solida attività di supervisione. D'altra parte "mantenersi vigili e ricettivi" rispetto ai processi ci permette di tornare ricorsivamente sull'esperienza allargando la visuale e introducendo la possibilità di nuovi percorsi.

Vengono focalizzati alcuni aspetti della supervisione secondo il modello sistemico relazionale. La supervisione è intesa come strumento che consente agli attori in gioco di attivare una visione "meta" sulla gestione di situazioni relazionali. È uno spazio di sospensione dall'azione che consente di osservare

una complessità di relazioni che si sviluppano in un insieme di sistemi interconnessi: supervisionato e paziente/utente, utente e famiglia o gruppo di lavoro, ma anche supervisore e supervisionato, in una *connessione a "matrioska"*. Queste relazioni vengono contestualizzate nel loro dipanarsi in un tempo "attuale" e "storico"; ci si pone in ascolto della dimensione emotiva e dei movimenti colusivi implicati. Gli aspetti verbali e non verbali "inusuali" diventano punto di partenza per sviluppare nuovi nessi. La supervisione come tutti i processi di cambiamento non è un processo lineare e rassicurante, ma implica una messa in crisi dei modelli consolidati. Essa richiede la costruzione di un rapporto di fiducia tra supervisore e supervisionato che non è affatto scontato.

INDIRIZZO PER LA CORRISPONDENZA

Romana Giulia Colantonio,
Psicologa psicoterapeuta
Didatta della Scuola Romana
di Psicoterapia Familiare sede di Crotona
Presidente dell'Associazione
Argo di Rende (CS)
333.9533708
rcolantonio@alice.it

Bibliografia

- Andolfi M., Menghi P., *La supervisione provocatoria*, *Terapia Familiare* n. 9, 1981, pagg. 13-22
- Asen E., Fonagy P., *interventi basati sulla mentalizzazione in terapia familiare*, *Terapia Familiare* n. 106, 2014, 5-31
- Bartolomei N., Caselunghes G., Rupil M., Sammarco G., Stefani M., *Riflessioni di un gruppo di Supervisor*, Istituto per gli studi sui Servizi Sociali, Roma, 1996.
- Bateson G., *Verso un'ecologia della mente*, Adelphi (MI), 1976
- Bisciglia P., Colantonio R.G., *Due chiavi di lettura per la costruzione di un contesto di... domanda di supervisione*, in Concato G., Mariotti Culla L. (a cura di), *Supervisione per gli operatori penitenziari, Il progetto "Pandora" con i Gruppi di Osservazione e Trattamento*, Franco Angeli, MI, 2005
- Bion W., *Esperienze nei gruppi*, Armando, Roma, 1991.
- Bisleri C., Ferrario F., Giraldo S., Neve E., *La supervisione*, F. Angeli, Milano, 1955.
- Bowen M., *Dalla Famiglia all'individuo*, Astrolabio, Roma, 1979.
- Cardinali F., Guidi G., *Supervisione e terapia. Due processi paralleli. La relazione di supervisione: analisi delle collusività*, *Terapia Familiare* n. 26, marzo 1988, pagg. 5-18
- Casoni A., Sandomenico C., *Il contagio inevitabile, la psicoanalisi e il lavoro degli operatori sociali*, Edup Roma, 2005.
- Cirillo S. (a cura di), *Il cambiamento nei contesti non terapeutici*, Raffaello Cortina Ed. (MI) 1992
- De Bernart R., Dobrowolski C., *La supervisione clinica nel training*, *Terapia Familiare* n. 52, novembre 1996, pagg. 93-106
- Elkaim M., "Terapia di coppia, sistema terapeutico e risonanza" in Andolfi M., *La crisi della coppia, una prospettiva sistemica relazionale*, Raffaello Cortina Ed., MI, 1999
- Haley J. *Le strategie della psicoterapia*, Sansoni Ed. 1977
- Minuchin S., *Famiglie e terapia della famiglia*, Astrolabio, Roma, 1976
- Morin E., *La sfida della complessità*, Casa Editrice Le Lettere (FI) 2013
- Rupil M. *La supervisione nel Centro Famiglie*, in *Il Giardino Blu si racconta*, Municipio Roma XIV
- Rupil M. in *Esperienze di Supervisione a confronto, Un'iniziativa promossa dall'Ordine degli Assistenti Sociali (Consiglio Regionale del Lazio)*, Roma 2005
- Rupil M. *La supervisione professionale: suggestioni e piste di sviluppo dal gruppo di lavoro dei direttori di servizi sociali*, in *Attraversare le competenze, la supervisione didattica e professionale nella Giustizia minorile*, Gange-mi ed.S.p.A. 2014
- Rupil M., *Percorso di supervisione con il gruppo di osservazione e trattamento dell'Istituto Penitenziario di Frosinone*, in Concato G., Mariotti Culla L. (a cura di), *Supervisione per gli operatori penitenziari, Il progetto "Pandora" con i Gruppi di Osservazione e Trattamento*, Franco Angeli, MI, 2005
- Saccu C., *Deutero, le meteore e Dio*, Edizione in proprio 2017
- Watzlawick P., Beavin J.H., Jackson D.D., *Pragmatica della comunicazione umana*, Astrolabio, Roma, 1971
- Watzlawick P., *Change*, Astrolabio, Roma, 1974



LO STALKING E LA VIOLENZA SULLE DONNE

**Indagine realizzata all'Unical nell'ambito del
progetto di prevenzione e sensibilizzazione.**

Angelina Funaro, Stefania Vespasiano, Stefania Alfano,

Martina Mauti, Patrizia Vetere

Parole chiave

Violenza di genere,
Stalking,
Relazione di coppia
disfunzionale,
Attaccamento

I

Il lavoro proposto presenta i dati raccolti dell'indagine condotta presso l'Università della Calabria, con la collaborazione della

L'obiettivo del progetto è stato quello di favorire la conoscenza dei fenomeni ed analizzarne la diffusione all'interno della popolazione universitaria, sensibilizzare gli studenti e il personale tecnico amministrativo al riconoscimento dei fattori di rischio e alla promozione di competenze per la gestione delle emozioni coinvolte in tale fenomeno.

Prof.ssa Angela Costabile, Dipartimento di Lingue e Scienze dell'Educazione, nell'ambito del Progetto *Lo stalking e la violenza sulle donne* (a.a. 2015/2016) destinato a studenti e personale tecnico amministrativo, allo scopo di realizzare un percorso di prevenzione e sensibilizzazione sugli argomenti oggetto di indagine.

Il campione della nostra indagine è costituito da 250 soggetti così suddivisi: 50 personale PTA (personale tecnico amministrativo UNICAL) e 200 studenti.



LO STALKING E LA VIOLENZA SULLE DONNE

La prima fase del progetto che si è svolta a Gennaio 2015, ha previsto la somministrazione di 3 questionari qualitativi anonimi, al fine di raccogliere informazioni relative alla diffusione dei fenomeni di stalking, e di violenza sulle donne all'interno della popolazione studentesca e del PTA dell'Unical. Sono state collocate in diversi spazi dell'Unical, 5 box sigillate in cui inserire i questionari una volta compilati. Il campione è stato reclutato attraverso la partecipazione volontaria.

In seguito all'elaborazione dei questionari, è stata realizzata una giornata di studio nel mese di Novembre 2015, dal titolo: "Scusami, non lo faccio più", relatori del convegno dr.ssa Angela Funaro e dr.ssa Gabriella Zaccuri. Lo scopo della giornata di studio è stato quello di restituire e commentare i dati significativi emersi dalla somministrazione dei questionari e di favorire la conoscenza dei temi come l'abuso, la trascuratezza emotiva e fisica, e i traumi relazioni quali fattori di rischio per la costruzione di comportamenti violenti.

L'ultima fase del progetto ha previsto la realizzazione di 3 focus group, composti da studenti universitari delle facoltà di Scienze dell'educazione e condotti da uno psicologo e uno psicoterapeuta (dr.ssa Alfano Stefania, dr.ssa Mauti Martina, dr.ssa Vespasiano Stefania, dr.ssa Vetere Patrizia). La selezione dei partecipanti è avvenuta sulla base della disponibilità dei soggetti. Questa attività di gruppo ha previsto la presentazione dei dati emersi dai questionari somministrati, nonché la visione di una serie di filmati riguardanti i fenomeni oggetto della nostra inda-

gine e discussione sulle seguenti tematiche: gli stereotipi sulla differenza di genere, la dipendenza affettiva, l'influenza degli stili di attaccamento nella scelta del partner, le risorse per affrontare lo stalking, la difficoltà di separazione, e le dinamiche di coppia disfunzionali e a rischio.

LA VIOLENZA SULLE DONNE.

I dati Istat del 2014 dichiarano che il 13,6% delle donne (2 milioni 800 mila) ha subito violenze fisiche o sessuali da partner o ex partner, in particolare il 5,2% (855 mila) da partner attuale e il 18,9% (2 milioni 44 mila) dall'ex partner. La maggior parte delle donne che avevano un partner violento in passato lo ha lasciato proprio a causa delle violenze subite (68,6%). In particolare, per il 41,7% è stata la causa principale per interrompere la relazione, per il 26,8% è stato un elemento importante della decisione.

Le forme di violenza a danno delle donne sono molte, e alcune di queste, non lasciano segni fisici evidenti, a cominciare dalla violenza psicologica; il maltrattamento psicologico può diventare uno stile relazionale abituale ed è considerato il più resistente al cambiamento (Sonkin, Martin, Walker, 1985). Secondo Aldarondo e Mederos, l'abuso psichico si definisce come "un attacco diretto contro la fiducia in sé e l'autostima di una persona. Comprende comportamenti quali le critiche costanti, il ridicolizzare, le continue accuse di infedeltà, l'incapacità di tollerare il disaccordo, il minare l'autorità materna davanti ai figli, il controllo continuo dei movimenti e



LO STALKING E LA VIOLENZA SULLE DONNE

la pretesa che la partner renda conto del suo tempo, l'umiliarla in pubblico o davanti ai figli ecc" (Aldarondo, Mederos, 2002).

La violenza è una dinamica relazionale in cui uno ha il controllo sull'altro, attraverso la messa in atto di strategie comunicative e comportamentali, alcune di queste possono essere le punizioni, obbligare la vittima ad azioni che sono in contrasto con i suoi valori, le privazioni di privacy e di contatto con l'esterno. La violenza psicologica ed il controllo si esercitano anche attraverso l'isolamento, con la conseguenza che la donna non possa fidarsi con nessuno, aumentando, in tal modo, la possibilità di protrarre la violenza e favorire l'escalation violenta.

Il momento della separazione o la minaccia di abbandono sono considerati come momento tipico della relazione: il rischio di aggressioni si fa più forte quando una donna termina la relazione o minaccia di porre fine ad una relazione violenta.

La maggior parte del campione, intende per *maltrattamento* principalmente violenza fisica - 85%- e violenza psicologica - 82% e le figure di marito - 33%- ex-marito - 32% - ed ex fidanzato -32%- sono quelle maggiormente associate a *colui che tendenzialmente commette violenza*. Il 18% (11/32) delle donne che hanno partecipato all'indagine ha dichiarato di essere state vittime di violenza. La violenza subita è stata caratterizzata principalmente da: *gesti umilianti* -50% -, *ti spinge a prendere decisioni che non condivido* - 50%, *utilizza l'intimidazione* - 33% -, *è estremamente geloso* - 38% -, *ti impedisce di vedere amici e parenti* - 33%, *Ti schiaffeggia, ti prende a pugni, ti afferra violentemente, ti prende a calci, ti soffoca, ti spinge, ti bastona,*

ti morde, ti colpisce in generale 33%. Un aspetto emerso dall'elaborazione del questionario, riguarda *come* gli studenti percepiscano colui che commette violenza. Mentre il 66% del campione totale (che include anche le donne che non hanno subito violenza) ritiene che l'uomo sia *autore di un reato*; 6 delle 18 donne che invece hanno subito violenza non lo afferma. Inoltre, alla domanda *Cosa può fare una donna per uscire dalla violenza*, benché le risposte più frequenti fornite dal totale del campione siano state: *rivolgersi alle forze dell'ordine* - 61%, *rivolgersi al 1522* (centralino antiviolenza) - 43%, le donne che hanno subito violenza hanno risposto maggiormente: *parlare con un genitore* (5/18), *rivolgersi alle forze dell'ordine* (6/18), *andare via di casa* (5/11). Ancora solo 1 donna su 11 che ha subito violenza, ha sporto denuncia e nessuna di loro si è rivolta al servizio sanitario o preso contatti con il centralino anti-violenza. Abbiamo previsto all'interno del nostro questionario una parte conclusiva dedicata alla raccolta di riflessioni personali liberamente espresse dal campione oggetto della nostra indagine, di seguito riportiamo alcune di queste riflessioni: *"Rendere immediati ed efficienti gli interventi senza perdere tempo, credendo le persone"*; *"Provare ad organizzare incontri con persone che raccontino la loro esperienza. Solo così possono essere evitate altre violenze"*; *"Denunciare alle forze dell'ordine"*; *"Parlare con qualcuno, non chiudersi in se stessi. Avere del personale adeguato all'interno delle scuole. La mia violenza è avvenuta all'età di 17/18 anni, frequentavo il liceo, e all'epoca non c'era personale idoneo con cui potessi parlare"*; *"Sensibilizzare la società"*; *"E' necessario che diventi un reato effettivo"*; *"Allontanare il maltrattante ai primi*

segnali di violenza.

LO STALKING SULLE DONNE

Riportando i dati Istat del 2014 una percentuale non trascurabile di donne ha subito anche atti persecutori (stalking). Si stima che il 21,5% delle donne fra i 16 e i 70 anni (pari a 2 milioni 151 mila) abbia subito comportamenti persecutori da parte di un ex partner nell'arco della propria vita.

Lo stalking è un fenomeno molto diffuso, riconducibile a forme di intrusioni relazionali ripetute ed assillanti, tramite molestie psicologiche e fisiche. Spesso il motivo scatenante è l'instabilità sentimentale e relazionale, e la rottura del rapporto.

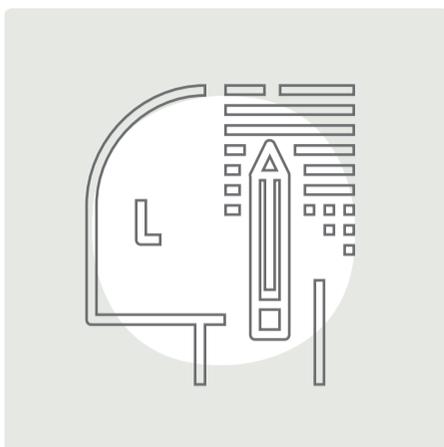
Nella letteratura recente sul fenomeno, emerge come i comportamenti ripetuti e morbosi di intrusione relazionale nella vita della vittima attraverso pedinamenti, appostamenti, telefonate indesiderate, invio di lettere, e-mail, SMS, MMS o minacce scritte, verbali e fisiche, siano finalizzati a soddisfare una specifica motivazione, più o meno latente, ovvero quella di esercitare il potere e il controllo sulla vittima (Cupach William R.; Spitzberg Brian H., 2011). Tali atti persecutori protratti nei confronti di una vittima, lo portano a vivere una esperienza traumatica che, con le sue variabili di durata, gravità e imprevedibilità, riesce a modificarne la struttura psichica in senso psicopatologico (Mangiapane E.).

Alla domanda "Conosci il fenomeno dello stalking?", il 98% del campione ha risposto

positivamente. Solo 2 persone su 100 hanno dichiarato di non conoscere il fenomeno. Ci è sembrato interessante indagare se tra i 100 studenti qualcuno abbia vissuto un'esperienza di stalking. Il 24% ha confermato positivamente questa ipotesi. Nello specifico, 15 persone su un totale di 24 affermano di aver subito molestie telefoniche, 7 su 24 di esser state pedinate e/o sorvegliate, il 11 su 24 di esser state approcciate fisicamente. Elenchiamo in ordine di frequenza chi è stato indicato dalle come figura del persecutore: ex fidanzato (8 su 24), parente (6 su 24), conoscente (4 su 24), sconosciuto (4 su 24). Quando viene chiesto loro di indicare alcune caratteristiche che possano descrivere la figura del persecutore riportano come elementi presi maggiormente in considerazione: *gelosia, depressione, perversione sessuale, violenza e vendetta*. Inoltre 12 persone su 24 affermano di aver chiesto aiuto per gestire la situazione. Nello specifico, 3 su 24 si sono rivolti ad un avvocato (di cui solo 1 ha avviato un procedimento penale); 9 su 24 si sono rivolti alla loro famiglia mentre solo 1 su 24 ha richiesto aiuto alle forze dell'ordine e 1 alla figura dello psicologo. Alla domanda "quale esito ha avuto la vicenda" 9 persone su 24 hanno risposto "nulla di fatto"; *Condanna del molestatore 1/24; la violenza è ancora in atto per 2 soggetti*.

CONSIDERAZIONI FINALI

Dall'analisi dei dati, traspare come la violenza contro le donne, sia un fenomeno forse in parte ancora troppo sottovalutato, che viene



spesso socialmente occultato e minimizzato con considerazioni che tendono ad attribuire l'accaduto a reazioni eccezionali ed improvvise, più spesso attribuite alla patologia del singolo. Ma i dati, purtroppo, ci dicono che nel 2017 la media è di una vittima ogni tre giorni e che negli ultimi dieci anni le donne uccise in Italia sono state 1.740, di cui 1.251 (il 71,9%) in famiglia.

Occorre tener presente che un elemento comune allo sviluppo di esperienze traumatiche è rappresentato dalla tendenza alla cronicizzazione, con una compromissione del funzionamento globale della persona ed un possibile sviluppo di comportamenti disfunzionali secondari. Per tale ragione, è di fondamentale importanza la prevenzione ed una precoce identificazione con una azione tempestiva, caratterizzata da un rapido e corretto approccio di intervento e di lavoro di equipe.

Dalla nostra indagine e dagli incontri dei fo-

cus group, abbiamo potuto constatare che il campione ha partecipato all'indagine in modo attivo, mostrando sensibilità all'argomento e disponibilità al confronto. I focus group, tre in totale, sono stati momenti di riflessione e di confronto che hanno permesso di far prendere consapevolezza dei meccanismi sottostanti le relazioni sentimentali disfunzionali, in un clima di profondo rispetto reciproco e di piena condivisione. Tutto questo ha permesso di esplorare le risorse personali per gestire le proprie emozioni e per fronteggiare eventuali situazioni di rischio.

Il progetto si è, dunque, concluso in maniera positiva e con la esplicita la richiesta, da parte degli studenti, di avere più spesso la possibilità di partecipare ad incontri di sensibilizzazione, di prevenzione, e di condivisione e confronto.

INDIRIZZO PER LA CORRISPONDENZA

Funaro Angelina
Psicologo Psicoterapeuta ASP Cosenza
angelafunaro@virgilio.it
3397314256

Bibliografia

- Aldarondo, E., & Mederos, F., (2002), (a cura di), *Men Who Batter: Intervention and prevention strategies in a diverse Society*. New York: CivicResearchInstitute
- Baldry, A.C., (2006), *Dai maltrattamenti all'omicidio. La valutazione del rischio di recidiva e dell'uxoricidio*. Franco Angeli, Milano
- Cupach W. R.; Spitzberg B. H. (2011), *Attrazione, ossessione e stalking*, Astrolabio Ubaldini, Roma
- Ege H., Lancioni M., (1998), *Stress e Mobbing*, Pitagora Editrice, Bologna
- ISTAT (2014). *Il numero delle vittime e le forme della violenza*, www.istat.it
- Mangiapane E., Viscuso G. I., *La valutazione del danno da mobbing e stalking dal punto di vista psicologico*, <http://www.arpa.sicilia.it/>
- Micoli A. (2012), *Il fenomeno dello stalking. Aspetti giuridici e psicologici*, Giuffrè, Milano
- Pozzi G., (2009), *Aspetti clinici del Mobbing, giornata di sensibilizzazione sul fenomeno del Mobbing*, Ministero degli affari esteri, Roma.
- Roth, S., Newman, E., Pelcovitz, D., van der Kolk, B., & Mandel, F.S. (1997). *Complex PTSD in victims exposed to sexual and physical abuse: Results from the DSM-IV field trial for posttraumatic stress disorder*. *Journal of Traumatic Stress*, 10, 539-555.
- Sonkin, M. (1985), *The Male Batterer: A Treatment Approach*



Scheda per il monitoraggio delle vulnerabilità dei Minori Stranieri Non Accompagnati (MSNA) e dei giovani migranti.

Alberto Polito, Simonetta Bonadies

ABSTRACT

Parole
chiave

migranti, MSNA, PTSD,
stress acculturativo,
psicosi, disturbi
dell'umore

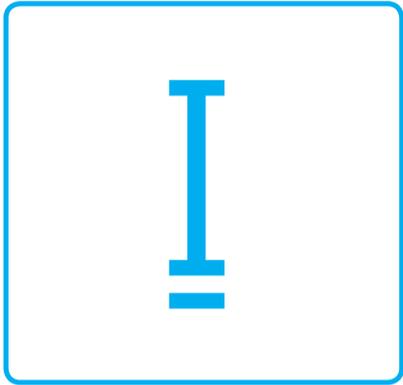
Obiettivo: La presente ricerca propone una prima validazione della "Scheda di osservazione per la prevenzione e il monitoraggio dei MSNA e dei giovani migranti".

Metodo e risultati: Il campione è composto da 25 individui di cui 22 di sesso maschile e 3 di sesso femminile ospiti presso diversi progetti SPRAR e CAS della provincia di Reggio Calabria, di età compresa tra i 16 e i 24 anni.

Conclusioni: La Scheda di osservazione appare valida per l'individuazione ed il monitoraggio delle vulnerabilità dei MSNA e dei giovani migranti. Essa, inoltre, per la rapidità e la presenza di items multidisciplinari è facilmente utilizzabile dalle équipes dei centri di accoglienza per minori e giovani migranti. Si configura, inoltre, come uno strumento di supporto alle équipes nel lavoro di strutturazione del PEI (Progetto Educativo Individualizzato) del PII (Progetto di Integrazione Individualizzato) nonché uno strumento che facilita l'invio ai Centri di salute mentale e l'eventuale presa in carico terapeutica.



Scheda per il monitoraggio delle vulnerabilità dei Minori Stranieri Non Accompagnati (MSNA) e dei giovani migranti.



Il presente lavoro vuole essere un contributo utile alle équipes psico-socio-pedagogiche che operano nell'accoglienza di MSNA e giovani migranti. Chi lavora nell'ambito delle migrazioni, infatti, si trova ad operare spesso in assenza di strumenti di lavoro validati per un approccio multidisciplinare alla persona migrante. In questo articolo si propone, pertanto, uno studio pilota per la validazione della *“Scheda di osservazione per la prevenzione e il monitoraggio delle vulnerabilità dei MSNA e dei giovani migranti”*, uno strumento che non ha come obiettivo quello di individuare in quale categoria nosografica rientrino le problematiche esperite dai giovani che migrano, ma comprendere che tipo di vulnerabilità (e con quali caratteristiche) manifestano i ragazzi ospiti dei progetti di prima e seconda accoglienza e, al contempo, supportare le équipes multidisciplinari nella strutturazione dei Progetti Educativi Individualizzati (PEI) e dei Progetti d'Integrazione Individualizzati (PII). La scheda è utile, inoltre, per un invio più consapevole ai servizi pubblici e privati di salute mentale i quali, attraverso lo strumento che proponiamo, debitamente compilato dalle équipes psico-socio-pedagogiche che operano nei contesti di accoglienza, avrebbero già a disposizione un quadro del funzionamento del paziente nei suoi contesti di vita quoti-

diana. Il concetto di vulnerabilità viene ampiamente utilizzato all'interno del sistema di accoglienza italiano per identificare bisogni, situazioni ed esigenze molto diverse fra loro. Difatti, mentre in psicologia, così come ampiamente descritto da Werner e Smith (1982), viene identificata come la tendenza di un individuo che possiede caratteristiche specifiche (quali ad esempio alta sensibilità agli stimoli, notevole intensità dell'emozione da essi provocata, lento ritorno allo stato di quiete, presenza di un ambiente invalidante) a sviluppare un assetto psichico problematico a causa dell'esposizione a forti fonti di stress; nella prassi dell'accoglienza, nel Manuale Operativo SPRAR e nelle leggi che regolamentano l'accoglienza, il concetto di vulnerabilità identifica, invece, categorie più ampie di soggetti (minori, disabili, anziani, donne in stato di gravidanza, genitori singoli con figli minori, persone per le quali è stato accertato che hanno subito torture, stupri o altre forme gravi di violenza psicologica, fisica o sessuale - art. 8, comma 1, D. L. 140/2005) che, dal punto di vista psicologico, non possono essere considerati di per sé vulnerabili.

È evidente, infatti, che non basta l'aver affrontato o il vivere uno o più condizioni o far parte di una determinata categoria per essere considerati vulnerabili. Come già ribadito precedentemente, è necessario che vi siano una serie di fattori personali ed ecologici che non permettono al soggetto di superare lo stato di vulnerabilità e trasformare pertanto il momento di “crisi” in crescita post-traumatica (Tedeschi e Calhoun 2004). Il concetto di vulnerabilità, quindi, non coincide con quello di rischio e si riferisce ad un processo il cui esito è determinato dall'azione di più varia-

bili, di natura interna ed esterna agli individui. Pertanto, per tarare al meglio il concetto di vulnerabilità al contesto dell'accoglienza di MSNA e giovani migranti, abbiamo scelto di affiancare un nuovo concetto che abbiamo definito “*vulnerabilità*”, neologismo con cui facciamo riferimento alla condizione di chi si è trovato a vivere uno stato di vulnerabilità, ha già subito una ferita e si trova adesso, in coincidenza con il periodo di permanenza nel centro di accoglienza, in uno stato di crescita post-traumatica. A partire da tale considerazione è infatti necessario sviluppare progetti individualizzati e percorsi di aiuto, di integrazione e di autonomia che abbiano obiettivi diversificati, tenendo in considerazione le esigenze diverse che caratterizzano il vissuto e il percorso di accoglienza di soggetti vulnerabili e di soggetti vulnerati.

METODO

Il campione dello studio pilota è composto da 25 persone (M=19.56 DS=2.888), di cui 22 di sesso maschile (M=19.23 DS=2.910) e 3 di sesso femminile (M=22.67 DS=2.082).

I partecipanti hanno un'età compresa tra i 16 e i 24 anni (36% tra i 16 e i 17 anni, 32% tra i 18 e i 21 e 32% tra i 22 e i 24 anni) e sono ospiti di diversi progetti SPRAR (Sistema di Protezione Richiedenti Asilo e Rifugiati) e CAS (Centri di Accoglienza Straordinaria) della provincia di Reggio Calabria con periodo di permanenza tra 6 e 18 mesi. Il 48% del campione proviene da Paesi dell'Africa dell'Ovest (Costa d'Avorio, Gambia, Guinea Conakry, Mali, Nigeria e Senegal), il 12% dal Bangladesh, l'8% dall'Eritrea ed il 32% da Nord Africa (Egitto e Tunisia) e Medio Oriente (Afghanistan, Iran,

Palestina e Siria). Il 24% del campione è di religione cristiana mentre il 76% di religione musulmana. Le persone coinvolte nella ricerca, nei tre mesi precedenti alla somministrazione della Scheda di osservazione, si sono rivolti ad un Centro di Salute Mentale. Il 20% di essi ha ottenuto una diagnosi di Depressione, il 12% di Disturbo Bipolare, il 32% di Disturbo Post Traumatico da Stress, il 4% di disturbi d'ansia e il 24% di Psicosi.

STRUMENTI E PROCEDURE

A partire dagli studi condotti nel 2016 da Medici Senza Frontiere che hanno messo in luce la presenza di tassi più elevati di depressione e disturbi dell'umore in generale, psicosi, reazioni post-traumatiche e disturbi d'ansia nelle persone migranti (Fazel M., Wheeler J., Danesh J., 2005), da un'analisi dei bisogni condotta dal team di psicologi dell'Associazione “A Tu per Tu”, dalla quale è emersa la necessità di sostenere le équipes dei centri di accoglienza mediante strumenti di supporto al lavoro psico-socio-educativo e dall'esperienza che gli autori del presente contributo hanno maturato nel loro lavoro con i giovani migranti, è stata realizzata una Scheda di osservazione attraverso la quale le équipes psico-socio-pedagogiche, coordinate dallo psicologo del centro, possano raccogliere informazioni circa la condizione di vulnerabilità, al fine di realizzare una presa in carico adeguata della persona e facilitare l'individuazione di progetti di integrazione individualizzati. Lo strumento proposto si focalizza su quattro aree rappresentative delle principali forme di vulnerabilità psichiche riscontrate nei minori e nei giovani migranti:

- *Disturbi dell'Umore*, - *Stress Acculturativo*, particolare condizione di stress psicologico che chi migra si trova a dover gestire nello sforzo di adattamento al nuovo contesto. A riguardo, recenti ricerche hanno messo in luce l'esistenza di una correlazione esistente tra stress acculturativo e comparsa di sintomi ansiosi e/o di difficoltà di adattamento al nuovo contesto sociale (Thoman, L. V., & Suris, A., 2004). - *Disturbo Post-Traumatico da Stress (PTSD)*, pur considerando i limiti e le critiche poste a questo quadro diagnostico e al suo utilizzo in contesti di migrazione (Polito A., Rioli M. L., 2018); - *Psicosi*. Lo strumento si compone di 30 items che indagano le quattro aree sopra descritte mediante scala Likert a 4 punti (0 = mai; 1 = qualche volta; 2 = spesso; 3 = sempre). Inoltre, sono stati individuati dei cut-off di vulnerabilità (limiti di separa-

zione tra i punteggi che non mettono in luce la presenza di una vulnerabilità e i punteggi che corrispondono alla presenza di una vulnerabilità in quella specifica area). I punteggi ottenuti vengono, infine, riportati all'interno di un grafico, in modo da facilitare l'analisi visiva dei risultati. La *Scheda di osservazione per il monitoraggio delle vulnerabilità dei MSNA e dei giovani migranti* è stata compilata dalle équipe psico-socio-pedagogiche dei centri, coordinate dallo psicologo e precedentemente formate per il suo utilizzo dal team di ricerca. Parallelamente alla Scheda di osservazione, alle persone facenti parte del campione è stata somministrata l'*ASSIS - Acculturative Stress Scale for International Students* (Sandhu D. S., Asrabadi D. S., 1994) nella versione adattata dagli autori.

ANALISI DEI DATI E RISULTATI

La somministrazione della ASSIS ha mostrato che l'8% del campione presenta un basso livello di stress acculturativo, il 44% un livello medio e il 48% un alto livello. Per la validazione della Scheda di osservazione, per ogni sottoscala è stata valutata l'esistenza di una correlazione tra il punteggio ottenuto e la presenza/assenza di una diagnosi conclamata (nel caso della sottoscala dello Stress Acculturativo, tra il punteggio ottenuto nella sottoscala e quello ottenuto alla ASSIS). Per ogni sottoscala, inoltre, sono stati fissati dei cut-off di vulnerabilità che sono stati verificati confrontando i risultati al di sotto e al di sopra dei cut-off con la presenza o meno

di una diagnosi conclamata (nel caso dello stress acculturativo, il risultato al di sotto e al di sopra del cut-off con la presenza di un livello basso o medio alto di stress).

Tabella 1: Sottoscale e cutoff della Scheda di osservazione

SOTTOSCALA	CUT-OFF	PUNTEGGIO MASSIMO
Disturbi dell'umore	19	42
Stress Acculturativo	21	45
Disturbo Post-Traumatico da Stress	23	51
Psicosi	13	24

Le analisi statistiche effettuate hanno messo in luce:

- la presenza di una correlazione positiva ($p < .05$) tra il punteggio ottenuto nella sottoscala Disturbo dell'Umore della Scheda di osservazione e la presenza di un Disturbo



Scheda per il monitoraggio delle vulnerabilità dei Minori Stranieri Non Accompagnati (MSNA) e dei giovani migranti.

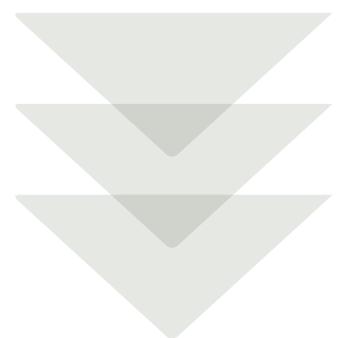
dell'Umore conclamato, indipendentemente dal periodo di permanenza nel centro di accoglienza, dall'età, dal sesso, dalla religione e dall'area geografica di provenienza. Il cut-off di vulnerabilità della scala si è dimostrato valido ($p < .01$);

- la presenza di una correlazione positiva ($p < .05$) tra il punteggio ottenuto nella scala dello Stress Acculturativo della Scheda di osservazione e il punteggio ottenuto alla ASSIS, indipendentemente dal periodo di permanenza nel centro di accoglienza, dall'età, dal sesso, dalla religione e dall'area geografica di provenienza. Il cut-off di vulnerabilità della scala si è dimostrato valido ($p < .01$);

- la presenza di una correlazione positiva ($p < .01$) tra il punteggio ottenuto nella scala del Disturbo Post traumatico da Stress della Scheda di osservazione e la presenza di una diagnosi di Disturbo Post-traumatico da Stress conclamato, indipendentemente dal periodo di permanenza nel centro di accoglienza, dall'età, dal sesso, dalla religione e dall'area geografica di provenienza. Il cut-off

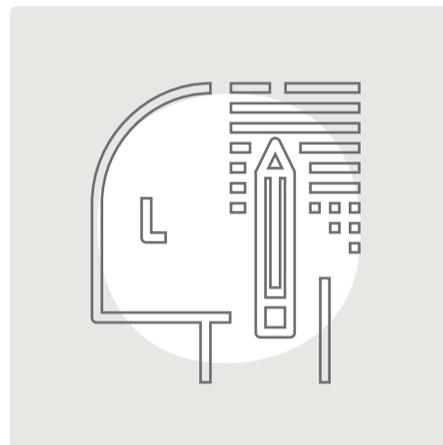
di vulnerabilità della scala si è dimostrato valido ($p < .01$);

- la presenza di una correlazione positiva ($p < .01$) tra il punteggio ottenuto nella scala Psicosi della Scheda di osservazione e la presenza di un Disturbo Psicotico conclamato, indipendentemente dal periodo di permanenza nel centro di accoglienza, dall'età, dal sesso. Il cut-off di vulnerabilità della Scala si è dimostrato valido ($p < .01$). La religione cristiana e la provenienza da Paesi dell'Africa Ovest (Nigeria in particolare), appaiono essere maggiormente correlati alla presenza di diagnosi conclamate di Disturbi Psicotici ed a punteggi più alti nella scala della Psicosi della Scheda di osservazione. Data la ristrettezza del campione osservato, i dati necessitano ulteriori approfondimenti.



CONCLUSIONI

In conclusione, la Scheda di osservazione appare valida per l'individuazione ed il monitoraggio delle vulnerabilità dei MSNA e dei giovani migranti. Essa, inoltre, per la rapidità e per la presenza di items che prendono in considerazione aspetti non esclusivamente psicologici, è facilmente utilizzabile dalle équipes multidisciplinari dei centri e permette alle diverse figure professionali di poter dare il proprio contributo, sia per la strutturazione del PEI e del PII (inserendo laddove possibile un'area specifica per obiettivi a breve, medio e lungo termine sulle vulnerabilità) sia per l'invio ai CSM e l'eventuale presa in carico terapeutica. Risulta altresì necessario allargare il campione per successive validazioni della Scheda di osservazione e approfondire l'analisi relativa alla maggiore incidenza dei Disturbi Psicotici nei pazienti provenienti dall'Africa Ovest rispetto a quelli di altre nazionalità e in quelli di religione cristiana rispetto ai pazienti musulmani, indagando le possibili variabili culturali nella definizione dei Disturbi Psicotici e, più in generale, dei disturbi mentali.



INDIRIZZO PER LA CORRISPONDENZA

[Alberto Polito, Psicologo](#)
[Via Vespia trav. V, 8](#)
[89135 Reggio Calabria](#)
[0039 3347289060](#)
politoalberto88@gmail.com

Bibliografia

- Bonadies S., Polito A. *The Lüscher Color Test for psychological evaluation of asylum seekers: brown color foresees integration and difficulty in autonomy*. The International Journal of Migration and Mental Health, 2017 n. 1, pp. 11-16.
- Bonadies S., Polito A. *Il test dei Colori di Lüscher nella valutazione psicologica dei richiedenti asilo politico e rifugiati: la carta marrone quale indicatore di difficoltà di integrazione e autonomia*. Psicologia Calabria 2017 n. 1-2 pp. 42-53.
- Caldarozzi A. et al. *Le dimensioni del disagio mentale nei richiedenti asilo e rifugiati. Problemi aperti e strategie di intervento*. Sprar (Sistema di protezione per richiedenti asilo e rifugiati), Cittalia (Fondazione Anci Ricerche), Roma, 2010.
- D'Alia P. P., Giannetti A., Bonadies S. *Passato e presente della Terapia a Seduta Singola in Terapia a Seduta Singola di Cannistrà F., Piccirilli F.* Giunti Editore, Firenze, 2018.
- Fazel M., Wheeler J., Danesh J. *Prevalence of serious mental health disorders in 7000 refugees resettled in Western countries: a systematic review*. Lancet 2005, n. 365 pp. 1309-1314.
- Jibeen T., Khalid R. *Development and Preliminary Validation of Multidimensional Acculturative Stress Scale for Pakistani Immigrants in Toronto, Canada*. International Journal of Intercultural Relations. Volume 34, Issue 3, May 2010, pp. 233-243.
- Polito A. *Il lavoro psicosociale con MSNA in Calabria in "Migranti" di Spagna D. Città del sole, Reggio Calabria, 2017.*
- Polito A., Rioli M.L. *Enea. Manuale per la presa in carico psicosociale dei Minori Stranieri Non Accompagnati*. Médecins du Monde, Roma, 2018.
- Sandhu D. S., Asrabadi B. R. *Development of an Acculturative Stress Scale for International Students: Preliminary Findings*. Psychological Reports 75 (1 Pt 2): 435-48 September 1994.
- Tedeschi R. G., Calhoun L. G. *Posttraumatic Growth: conceptual foundations and empirical evidence*. Psychological Inquiry, 2004, 15: 1-18.
- Thoman, L. V., Suris, A. *Acculturation and acculturative stress as predictors of psychological distress and quality-of-life functioning in Hispanic psychiatric patients*. International Journal of Social Psychology, 2004, 26 (3), pp. 293-311.
- Werner, E. E., Smith, R.S. *Vulnerable but invincible: A longitudinal study of resilient children and youth*. New York: McGraw Hill, 1982.



IDENTITÀ FEMMINILE E SCLEROSI MULTIPLA

Romeo Nelide, Qualtieri Antonio, Magariello Angela,
De Benedittis Selene, Spadafora Patrizia

ABSTRACT

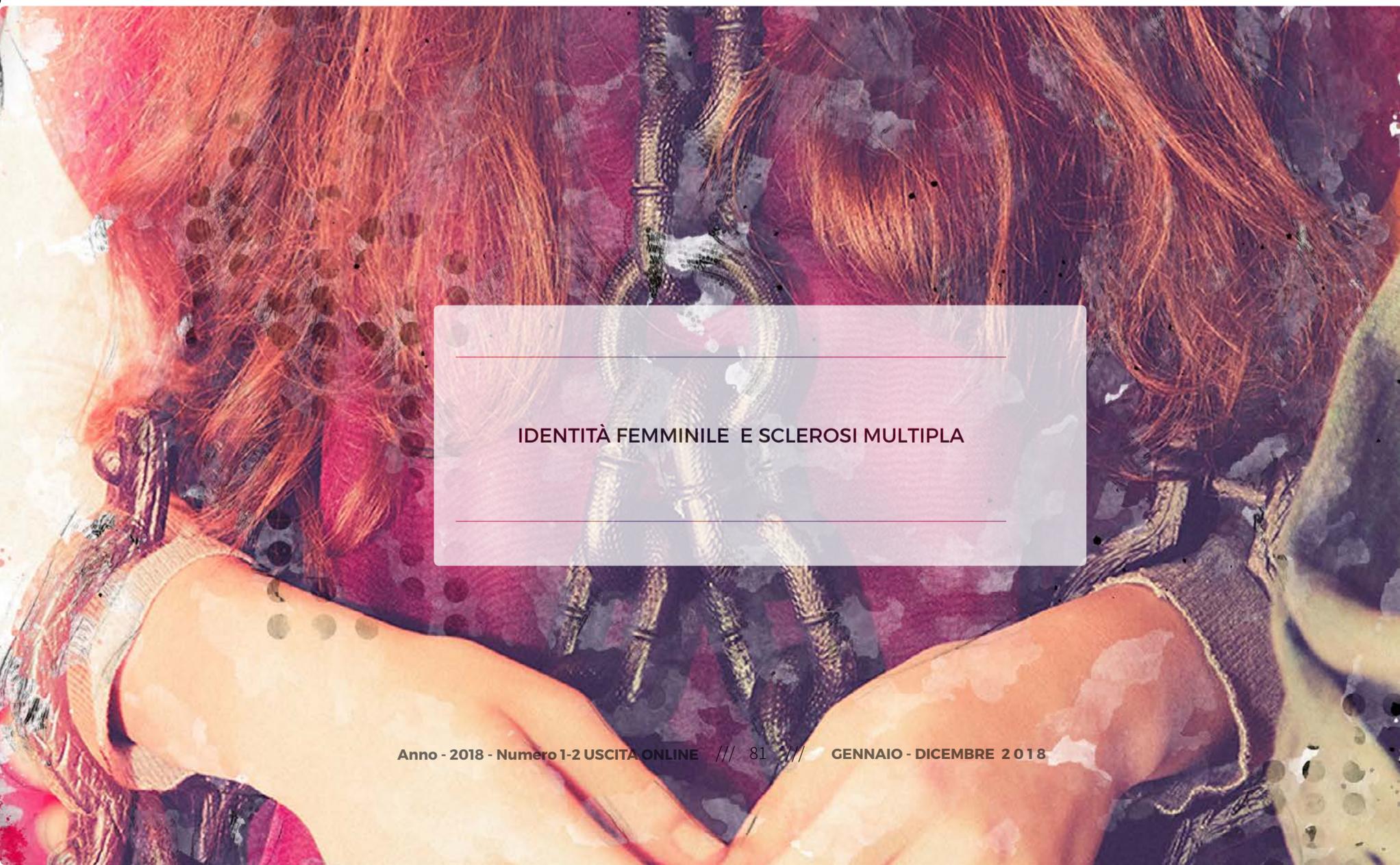
**Parole
chiave**

Identità femminile,
Sclerosi Multipla,
Resilienza,
Ricerca, Vissuti
Psicologici, Malattie
Degenerative .

Il presente lavoro si fonda sull'esperienza di un gruppo di ricerca di biomedici e psicologi che, attraverso l'attività clinica e il contatto quotidiano con pazienti affette da Sclerosi Multipla (SM), hanno creato un consultorio genetico, all'interno del quale approcciare la malattia in maniera olistica in una prospettiva clinica, genetica e psicologica.

Il consultorio genetico ha rappresentato per le pazienti con SM uno spazio protetto in cui poter affrontare un processo di ri-costruzione della stima di sé, attraverso continue riletture e rielaborazioni oltre al recupero della dimensione corporea come fonte di benessere (Miller A., 2006). Ascoltare la donna, elaborare i vissuti di ferita rispetto alle funzioni corporee e ai progetti di vita, ha rappresentato una buona prassi nella gestione della SM. Tale lavoro ha offerto la possibilità di integrare l'intervento psicologico- psicoterapico con il percorso biomedico.

Lo studio ha mostrato l'importanza e la necessità di recuperare per la donna il senso di sé e della malattia nel contesto della propria storia personale.



IDENTITÀ FEMMINILE E SCLEROSI MULTIPLA

INTRODUZIONE

La Sclerosi Multipla è una malattia neurodegenerativa progressiva e infiammatoria, spesso disabilitante, caratterizzata da lesioni demielinizzanti e atrofia del sistema nervoso centrale. La maggior parte delle persone viene diagnosticata tra i 20 ed i 40 anni. La Sclerosi Multipla presenta un decorso variabile con disturbi sensoriali, visivi, alterazioni dell'equilibrio, affaticamento, spasticità, intorpidimento, linguaggio legato, disfunzioni sessuali, impedimento nella deambulazione, disfunzione cognitiva, depressione (Busillo B., 2014; Bronner G., 2010).

La scoperta di essere affette da SM apre uno scenario di crisi esistenziale: la persona è costretta a separarsi dal suo stato di vita precedente per affrontare qualcosa di nuovo e sconosciuto, imprevedibile e bizzarro.

Scopo del presente studio è stato quello di stimolare le singole persone a recuperare le proprie risorse e metterle a servizio di un progetto personale o di gruppo, come forma di terapia intesa a fronteggiare il senso di impotenza e inutilità che accompagna la SM. Focus del lavoro è il loro vissuto di malattia.

Essere una donna disabile in un mondo in cui l'immagine femminile appare sempre patinata e perfetta, infatti, non è facile. L'idea proposta dai media è quella di una donna eternamente giovane, bella, lontana dalla caducità, dalla vecchiaia, dalla malattia. Ogni volta che si verifica un attacco di SM, si palesa una speculare crisi fisica ed emotiva che richiede la necessità di una rielaborazione (Rogers C.R., 1971).

Per migliorare la qualità della vita bisogna

recuperare un controllo emozionale, utilizzando strategie di coping e di adattamento più adeguato e soddisfacente.

Fondamentale è, dunque, per ogni paziente, incontrarsi con persone che hanno lo stesso problema, per confrontarsi, specchiarsi, differenziarsi, sostenersi nella costruzione di una nuova identità. Risposte terapeutiche efficaci si hanno con gruppi di incontro, in cui la ricchezza principale è la condivisione dei vissuti. Il senso di autoefficacia personale, cioè la convinzione di sapersi reinvestire, dà forza e sicurezza.

L'obiettivo dunque, è duplice, di ricerca e di supporto psicologico: indagare la dimensione psicologica della malattia e al contempo offrire alle donne che hanno frequentato il centro la possibilità di una crescita e di un rafforzamento del proprio io.

MATERIALI E METODI

Il campione di studio è costituito da circa 100 donne affette da SM accolte presso l'ambulatorio di consulenza neuropsicologica dell'Istituto di Scienze Neurologiche-CNR di Piano Lago (CS). Tale Istituto rappresenta un importante polo di ricerca multidisciplinare per lo studio genetico e neuropsicologico delle malattie del sistema nervoso centrale convenzionato con il Sistema Sanitario Nazionale (unico in Calabria). In esso convivono, infatti, attività di ricerca e di clinica.

Lo studio psicologico oggetto del presente lavoro ricopre il periodo di tempo che va dal 2001 al 2017. L'età delle pazienti è compresa tra i 16 e i 60 anni. Il livello culturale da 3 a



IDENTITÀ FEMMINILE E SCLEROSI MULTIPLA

18 anni di scolarità.

L'attività di consultorio ha dedicato a ogni donna uno spazio di accoglienza all'interno di un setting clinico. A ciascuna paziente è stato somministrato il MMSE, al fine di avere informazioni rispetto all'aspetto cognitivo generale, e attraverso la Hamilton Depression Rating Scale il tono dell'umore, in linea con le indicazioni presenti in letteratura (Folstein M.F., 1975; Worboys M., 1960). L'approccio metodologico è quello analitico esistenziale con riferimento alle teorie psicologiche della Klein, alla teoria dell'attaccamento e del sostegno di Winnicott (Winnicott D.W., 1961), alle teorie sull'identità femminile di Silvia Vegetti Finzi (Finzi S.V., 1990) e alla teoria antropologica di Antonio Mercurio (Mercurio A., 1990). Un continuo e costante riferimento è al pensiero positivo moderno.

Ciascuna paziente ha dato il proprio consenso informato alla conduzione dello studio.

RISULTATI

L'attività di Consultorio psicologico ha previsto incontri di gruppo e individuali (Del Vecchio G., 2013). Attraverso un colloquio ad orientamento psicodinamico, abbiamo realizzato una preziosa banca dati. È stato rilevato un forte bisogno di comunicare da parte non solo delle pazienti, ma anche dei familiari più prossimi. Il lavoro psicoterapico svolto ha posto le basi per l'accettazione da parte delle donne affette da SM della loro parte fragile, malata, del loro corpo ferito. L'avversione, l'allontanare da sé la SM, il negarla rappresenta, infatti, un comportamento difensivo che amplifica l'idea di malattia. Il passaggio importante è, dunque,

sviluppare la capacità di accogliere la propria parte malata e prendersene cura; accogliere le parti "malate" cui l'io corporeo si ribella; liberarsi dai meccanismi di pensiero come la critica, la collera, il risentimento e la colpa; assumere la malattia con benevola comprensione.

Abbiamo ottenuto risultati incoraggianti, lavorando proprio su quelle che sono le risorse personali a cui si può attingere per affrontare momenti di crisi:

L'AUTOSTIMA (considerarsi un dono);

REALISMO (non si può rimuovere il problema, bisogna ogni volta guardare funzionalmente agli ostacoli);

FIDUCIA NELLE PROPRIE CAPACITÀ (riattivare la fiducia di base) (Bowlby J., 1988).

Tali risorse, insieme al riappropriarsi della propria identità di donna, contribuiscono a traghettare le pazienti con SM verso un'identità più serena, rendendole capaci di progettualità e creatività.

DISCUSSIONE E CONCLUSIONE

Condizioni patologiche come la SM possono causare alterazione dell'umore in aggiunta a disabilità motoria e cognitiva. Le pazienti sviluppano, inoltre, una propensione verso uno stato depressivo nel corso della malattia.

La SM porta con sé, nell'alternarsi delle sue varie fasi, un profondo senso di solitudine, dovuto alla percezione della propria diversità. C'è lo smarrimento per il senso di fragilità del proprio corpo e la disintegrazione

del proprio Io. Il corpo delle donne è la sede privilegiata di espressione della malattia: un corpo percepito progressivamente come poco affidabile e non controllabile, che perde la possibilità di essere fonte di gratificazione.

In questo contesto si inserisce il presente studio, cercando di dare spazio all'ascolto, all'accoglienza, alla condivisione dei vissuti che accompagnano l'esistenza di queste donne. Ciò allo scopo di elaborare il profondo dolore ed evitare che diventi motivo di commiserazione, ma al contrario trasformarlo in un'occasione per la costruzione di una nuova identità (Resta R., 2000).

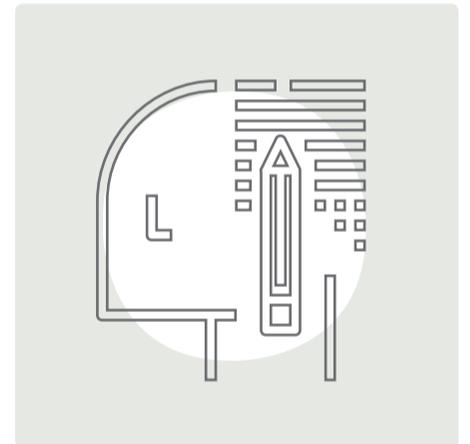
Il processo di elaborazione del dolore e di accettazione della malattia è passato attraverso:

- a) il tentativo di non focalizzare la propria vita soltanto sulla malattia;
- b) la ricerca di informazioni che permettano di conoscere la SM e di compiere scelte di vita consapevoli e serene in merito al proprio futuro. Affermare il diritto, quindi, a un'informazione il più possibile chiara e completa;
- c) un rapporto di fiducia con il proprio neurologo;
- d) la disponibilità a ricorrere allo psicologo per affrontare le difficoltà, ovvero la capacità di chiedere aiuto;
- e) la decisione di sottrarsi all'idea di essere vittime;
- f) la disponibilità a vivere pienamente la propria vita.

Il lavoro condotto con le pazienti SM ci permette di concludere che la metodologia di

lavoro fondata sull'elaborazione del vissuto di malattia può portare un significativo miglioramento della qualità di vita grazie alla riattivazione di energie vitali. Sottolinea inoltre l'importanza di un approccio multidisciplinare nella cura delle malattie (Romeo N., 2014).

“Ma allora curanti e curati debbono essere educati alla resilienza; e questa educazione può a mio avviso attingere utilmente [...] agli strumenti della ‘medicina partecipativa’ (Virzì A., 2007). Tra questi, assume rilevanza la narrazione del vissuto di malattia” (Luciano Vettore, Società Italiana di Pedagogia Medica).



INDIRIZZO PER LA CORRISPONDENZA

Nelide Romeo,
Via L.M. Greco n. 6/A
3478887270/ 09849801227
0984 969306
nelide.romeo@cnr.it

Bibliografia

- Miller A., Dishon S. *Health-related quality of life in multiple sclerosis: the impact of disability, gender and employment status*, «Qual. Life Res.» 15, 259-271 (2006).
- Bronner G., Elran E., Golomb G., Korczyn A.D. *Female sexuality in multiple sclerosis: the multidimensional nature of the problem and intervention*, «Acta. Neural Scand. » 121, 289-301 (2010).
- Busillo V., Pizza V., Cassano D., Busillo A., Somma M.R. *Mood Disorders and Multiple Sclerosis*, «Pharmacology Online, Archives» vol. 1, 87-89 (2014).
- Rogers C.R. *Counseling and psychotherapy*; trad.it. *Psicoterapia di consultazione*, Roma, Astrolabio, 1971 «Science», 291, pp. 1304-1351 (1942).
- Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-mental state": A practical method for the cognitive state of patients for the clinician, «J Psychiatr Res.» 12(3):189-98 (1975).
- Worboys M. *The Hamilton Rating Scale for Depression: The making of a "gold standard" and the unmaking of a chronic illness, 1960-1980*, «Chronic Illn.» 9(3):202-19 (2013).
- Winnicott D.W. (1961) *La distorsione dell'io in rapporto al Vero Sé e Falso Sé*, Armando, Roma (1974).
- Finzi S.V. *Il bambino della notte* Mondadori, Milano (1990).
- Mercurio A. *La vita come opera d'arte SUR - Costellazione di Arianna*, Roma (1990)
- Del Vecchio G., Vettore L. *Decidere in terapia. Dialogo sul metodo nella cura* Libero di scrivere, Milano (2013).
- Bowlby J. *Una base sicura* Raffaello Cortina, Milano (1988).
- Resta R.G. *Psyche and Helix: Psychological Aspects of Genetic Counseling-Essays* by Seymour Kessler, Ph.D. New York, Wiley-Liss. p. 15 (2000).
- Virzì A. *Medicina e narrativa. Un viaggio nella letteratura per comprendere il malato (e il suo medico)* Franco Angeli, Milano (2007).
- Romeo N., Tagarelli G., Spadafora P., Liguori M. *Cognitive Dysfunction and Quality of Life in Multiple Sclerosis disease* *Activitas Nervosa Superior Rediviva* Volume 56 n 1-2. International C.I.A.N.S. Conference, Venezia (2014).

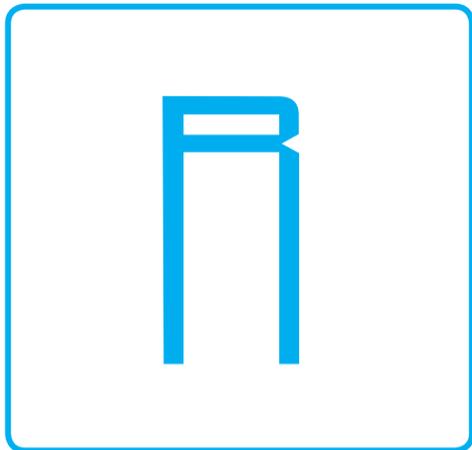


IDENTITÀ FEMMINILE E SCLEROSI MULTIPLA

Esperienze a confronto

Francesco Lando,
Laura Melara





Se alla fine degli anni ottanta ti fosse capitato di scendere dal treno Roma-Milano alla stazione di Arezzo, avresti potuto notare sul primo binario, accanto al gabbiotto del manovratore, la figura di un uomo, un gigante, un corazziere, alto quasi due metri, vestito scuro, camicia bianca. Spalle al muro, gambe leggermente divaricate, braccio destro lungo il corpo, mentre con la mano sinistra sosteneva una radiolina a transistor vicino all'orecchio, sguardo perso nel vuoto, rima labiale atteggiata ad un sorriso plastificato. Questo è quello che vedemmo quando, insieme al collega psichiatra Tonino, ci recammo lì per una visita programmata al Dipartimento di Salute Mentale di Arezzo diretto dal professor Martini, collega di Basaglia a Gorizia. Si partiva, noi, dal Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura di Oppido Mamertina, solo per donne, cinque posti letto. Nella stessa USL 27, bacino di utenza di circa 30.000 abitanti, insisteva un altro SPDC a Taurianova per soli maschi con altri cinque posti letto. Dopo qualche anno dalla entrata in vigore della cosiddetta legge Basaglia, nella USL 27, come in tutte le altre USL della Calabria, solo (forse) con qualche eccezione, dopo aver "sbrigativamente" fatto le assunzioni del caso, si è proceduto alla creazione di frammentati e piccoli presidi sanitari dedicati

alla malattia mentale, caratterizzati da quello che può essere definito il sistema della "porta girevole": entravano e uscivano sempre gli stessi cronici senza alcun progetto di riabilitazione, di ascolto, di sostegno alle famiglie (ad es. l'emotività espressa), una specie di "crazy sitting" non tanto e non solo dedicati al contenimento delle acuzie del paziente, quanto ad una sospensione del diritto di cittadinanza a favore della conferma della identità di "malato mentale" veicolata da improbabili esigenze di cura in "ambiente protetto" su precisa richiesta dei familiari, per i quali, questa forma di cura dei loro congiunti, rappresentava l'unico punto di contatto con le istituzioni. Non potevano ridursi solo a questo i contenuti della legge 180. Questa ovvia considerazione sollecitò la nostra curiosità che ci spinse ad andare a vedere cosa succede altrove. Dalla ricerca effettuata, Arezzo risultò il luogo più vicino alla Calabria (!) dove lo spirito della legge di riforma ci sembrò essere meglio compiuto. Arrivati davanti al Dipartimento, un bel palazzo ottocentesco, vicino al centro storico, comunque lontano da qualunque idea di Ospedale, ci siamo trovati di fronte una lunga fila di 126 (per i colleghi più giovani: piccole utilitarie prodotte dalla Fiat, ora fuori produzione) tutte dello stesso colore amaranto, colore non comune e per questo riconoscibile.

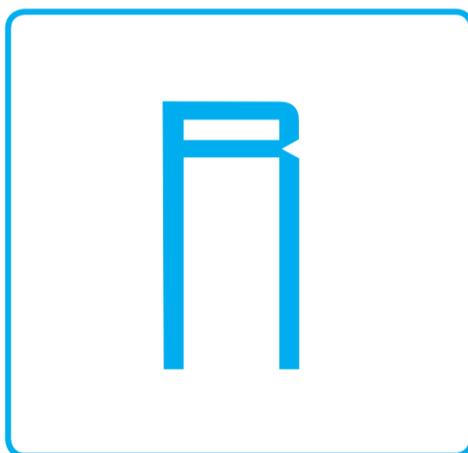


Esperienze a confronto

Siamo saliti al primo piano dove ci aspettava una Assistente Sociale che ci ha fatto da guida nei due giorni in cui siamo stati lì. Per prima cosa ci ha fatto entrare in un ampio salone dove abbiamo potuto incontrare tutto il personale: psicologi, psichiatri, infermieri, assistenti sociali, terapisti della riabilitazione. Assistevamo alla realizzazione di un concetto fondamentale della 180: *il lavoro d'équipe*. Era tardi mattinata, il personale che smontava dal servizio lasciava le consegne al personale della équipe in entrata. L'équipe era formata anche da artigiani reclutati dal dipartimento che seguivano i pazienti nella terapia occupazionale dei laboratori artigianali di ceramica, di falegnameria e di cucito. In questo luogo, *il lavoro d'équipe* era stato un modo pionieristico di affrontare il tema "malattia mentale" ed era diventato prassi consolidata e fruttuosa. Occorre rendersi conto, con occhi storici, cosa abbia potuto significare mettere insieme a dialogare sul caso, persone e ruoli che, fino a quel momento, erano rigidamente separate da funzioni (la "diagnosi" e la prescrizione farmacologica al medico, la loro somministrazione agli infermieri, in una complessiva parcellizzazione dell'intervento che non consentiva all'uno di giovare delle osservazioni dell'altro). Indipendentemente dal fatto che la parola "équipe" risulti oggi usata ed abusata (soprattutto dove non viene percorsa), occorre rendere merito alla intuizione che fondò un modello di indiscutibile validità. La partecipazione di altre figure sanitarie nelle équipes, come gli psicologi; tecnici, come assistenti sociali, terapisti della riabilitazione psichiatrica e, addirittura, del mondo del lavoro, è da considerarsi il fulcro ideologico della riforma. Concluso il passaggio di consegne, le "126" si sarebbero spalmate di nuovo sul ter-

ritorio per le visite domiciliari di controllo e di somministrazione della terapia e di costituzione di una rete famiglia-servizi. *Territorio*: altro concetto chiave della legge Basaglia. Il "Territorio" diventa non un luogo fisico ma un luogo innervato di istituzioni (scuola, servizi, sociale etc) che sono connesse e impegnate in processi di riforma simili a quella che attraversa la Psichiatria. Il senso della "azione" che permeò quel movimento culturale sollecitato dall'esperienza di Basaglia era lo sviluppo di un pensiero estremamente sofisticato: curare "nel" territorio implica un territorio capace di. Parallelamente, l'avversione per la "tecnica" era avversione per ciò che separa: la tecnica come operazione che divide, incapsulando in una stasi (sia di ruolo che di agire). Il manicomio separava non solo il malato dal fuori, ma anche i suoi stessi abitanti (curante-curato, reparti diversi per categorie diverse etc.). L'Ospedale Psichiatrico era, secondo Basaglia, Istituzione di una società che esclude alla vista e al contatto una parte di sé, intesa sotto-prodotto, depositandola in un luogo preposto alla sua custodia e al suo controllo. Aprire gli spazi, che fu una operazione reale, aprire i reparti, far circolare gente, il famoso Marco Cavallo, erano tutte azioni che avevano lo scopo, oltre che il messaggio simbolico, di contrapporre alla segregazione lo "stare nel mondo". La visita è proseguita visitando le strutture collegate al dipartimento: case famiglie residenziali autogestite, semiresidenziali sempre autogestite, il bar interno anch'esso autogestito dai pazienti. Edifici moderni e funzionali costruiti sul terreno che faceva parte del vecchio manicomio che ora ospita un Istituto Superiore di Scuola Professionale. In parte di questo terreno insisteva una piantagione di ulivi e di viti, ora curati e colti-

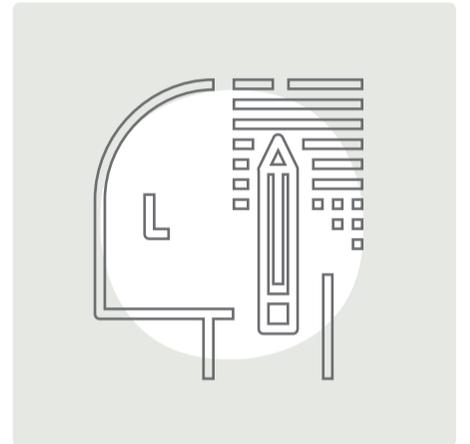
vati dai pazienti stessi con la supervisione di agricoltori convenzionati per questa finalità ed operatori del DSM. Nel pomeriggio, la nostra accompagnatrice ci condusse a visitare l'Ospedale dove il Dipartimento aveva in dotazione una stanza con 4 (quattro, si tenga a mente questo dato) posti letto dove abbiamo trovato un solo paziente, ricoverato in fase acuta ma in via di compensazione della sitomatologia. Questa stanza con, ripeto, 4 (quattro!) posti letto era tutto quello che nell'ambito di un territorio con un bacino d'utenza di 180.000 abitanti costituiva il luogo dove era possibile osservare intrecciarsi l'idea di Ospedale con quella di Psichiatria. Duro colpo per noi, per la nostra identità professionale. Giovani neo laureati, o quasi, presi dalla necessità di definire i contorni della nostra identità sociale dall'interno di un "reparto di psichiatria" per essere riconosciuti come "clinici", abbiamo tardato a porci la domanda che veniva da una non molto approfondita idea di "rivoluzione" scandita da un numero: 180; da un nome: Basaglia. Lontani dai centri culturali del Paese, in un profondo Sud dove una quotidianità soporifera riusciva ad addormentare anche le passioni civili e culturali dell'animo più sensibile. Insomma, quanta differenza con la nostra realtà laddove un ricovero in acuzie di un paziente era una battaglia persa, per noi, con due cosiddetti Servizi di Psichiatria di Diagnosi e Cura con un totale di 10 (dieci!) posti letto in un territorio con un bacino d'utenza di appena 30.000 abitanti, era una prassi. Anzi, l'ospedalizzazione della malattia mentale era l'unico modello per noi percorso e percorribile in quel contesto. Nel-



la cittadella degli edifici utilizzati per la residenzialità, è stato creato un ampio spazio dedicato alla aggregazione sociale, dove, a parte l'utilizzo come luogo di incontro fra cittadini comuni e malati finalizzati a momenti ludici (scacchi, dama, gioco delle carte e giochi di società), venivano organizzati laboratori teatrali con personale specializzato. Ci è stato riferito che era consuetudine che, alla fine del percorso di preparazione, venivano rappresentati le opere nei teatri della città e dei paesi limitrofi. Visitare questi "luoghi di confine" nel tardo pomeriggio, nel momento di massima frequenza, ci si rende conto che le diversità, quando si intrecciano, proiettano verso alt(r)e dimensioni di identità e coscienza. Per ultimo, la nostra guida, una gentile signora di mezza età, figura alta e dinoccolata, ci condusse in centro città a visitare il negozio dove si potevano trovare in vendita gli oggetti prodotti dai laboratori di artigianato, l'olio e il vino prodotti dai terreni dell'ex manicomio e acquisiti dal DSM. Ci lasciammo con l'operatrice cercando di soddisfare l'ultima curiosità: chi era quell'uomo fermo alla stazione con la radiolina all'orecchio? Era un ricercatore del Dipartimento di Fisica dell'Università di Pisa. Improvvisamente aveva manifestato turbe psichiche che lo avevano portato ad atti di aggressività inconsulta con chiunque avesse intorno, ci vollero parecchi uomini della polizia e dei carabinieri per immobilizzarlo al fine di eseguire l'ordinanza di Trattamento Sanitario Obbligatorio. Si trovava in quel luogo dove trascorrevva gran parte della giornata, accompagnato e prelavato dagli operatori. Probabilmente, nel suo immaginario imprescrutabile, la stazione ferro-

viaria rappresentava il luogo simbolo dove il proprio delirio interno trovava il punto di equilibrio con la realtà esterna. Inutile dire che tornammo con molte idee e non poco turbamento, ma non è questo il punto centrale di questo scritto. A distanza di 40 anni dalla legge, tempo congruo per “tirare le somme”, come da più parti viene fatto, sembra di poter ammettere che, se da un lato non aver saputo attuare dappertutto, in Italia, i processi idonei, abbia penalizzato intere aree, dall'altro, non si può non avvertire un debito di riconoscenza con un movimento, prima di idee e dopo di azioni coerenti con esse, che ha totalmente ribaltato non solo il concetto di “cura” della malattia mentale, ma soprattutto il rapporto stesso tra istituzioni e persona. L'idea basagliana che ognuno abbia bisogno di esprimere la propria soggettività, che, inoltre, il luogo di questa espressione sia “con” gli altri, nell'agire sociale comune, e che sia l'interazione reale stessa d' aiutare il paziente , oltre le cure, in

ciò cui le cure non possono giungere, a tutt'oggi, rimane il più alto grado di pensiero, sull'umano, che abbia davvero saputo produrre un cambiamento nel reale.



INDIRIZZO
PER LA
CORRISPONDENZA

Francesco Lando,
Psicologo Psicoterapeuta
Consultorio Familiare Polistena (RC)
339 2409743
scolando@katamail.com

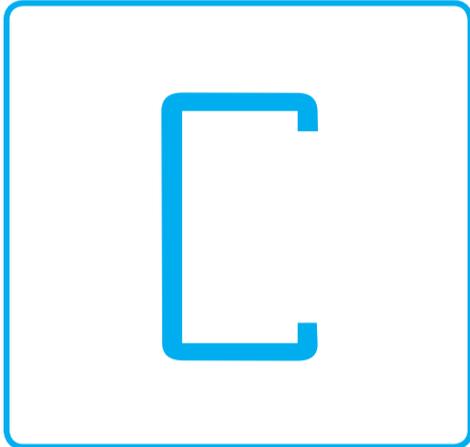


Rocco Chizzoniti

Shutter

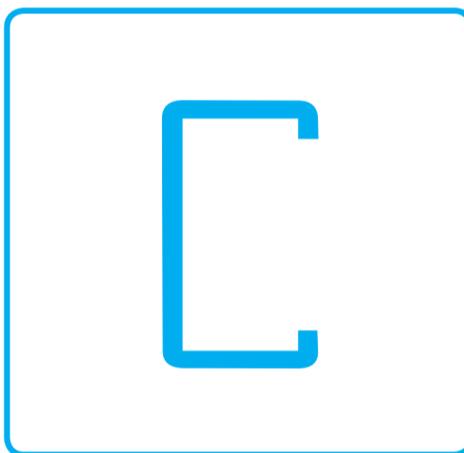
Island (2010)

diretto da Martin Scorsese con Leonardo Di Caprio, Mark Ruffalo, Ben Kingsley, Michelle Williams, Emily Mortimer e Max von Sydow. Il film è basato sul romanzo del 2003 "L'isola della paura" di Dennis Lehane.



Negli ultimi anni si sono moltiplicate a Hollywood le produzioni dei cosiddetti thriller psicologici, molte delle quali scadenti e non particolarmente attente a raccontare storie con risvolti psicologici o psichiatrici degni di nota (almeno per un pubblico più esigente), visto che per lo più si cade nei soliti cliché da cinema piuttosto prevedibili e orientati verso un ovvio e semplicistico intrattenimento dello spettatore. In fondo si va al cinema per divertirsi, staccare la spina e non per riflettere sui grandi drammi della vita. E' giusto che sia così per carità. Tuttavia con "Shutter Island" si è visto qualcosa di diverso come da molti anni non si vedeva. Un film che riesce ad accontentare anche chi cerca una dimensione più profonda dei vari protagonisti, in un contesto appunto non facile da rappresentare come quello psichiatrico, fornendo dei grandi colpi di scena. La mano di Martin Scorsese, regista della pellicola, è una garanzia in questi casi: è un artista che non lascia nulla al caso e tende sempre ad approfondire ogni aspetto psicologico. Brevemente il film, ambientato nel 1954, racconta di due agenti federali Edward "Teddy" Daniels e Chuck Aule, collaboratore del primo, giunti in un Centro specializzato nella cura di criminali malati di mente, l'Ashecliff Hospital, posto su di un'isola (Shutter Island), a seguito della scomparsa di una paziente rinchiusa. Quest'ultima è stata internata per aver ucciso i propri figli, credendo comunque di vivere ancora nella propria casa senza che sia morto nessuno. Durante le indagini Teddy affronterà molti misteri e rebus da risolvere sulla reale natura del Centro stesso, scoprendovi addirittura esperimenti sugli esseri umani, salvo poi realizzare che il reale obiettivo è tutt'altro e a dir poco drammatico. Non si intende di proposito proseguire nella narrazione offrendo temibili spoiler, per consentire così a chi non l'avesse di visto di poter apprezzare a pieno questo lungometraggio. Ci soffermeremo pertanto sugli aspetti psicologici e psichiatrici sviluppati, avendo cura di non svelare troppo della trama. L'omicida dei bambini è una persona intelligente, con passati problemi di alcolismo ed un disturbo post traumatico da stress che si scontra con il disturbo bipolare di un altro personaggio del film, innescando eventi tragici e irreparabili, evolvendosi successivamente in un disturbo delirante. Scomodando il DSM (Manuale dia-

gnostico e statistico dei disturbi mentali) la rappresentazione di questi disturbi è piuttosto fedele e ben congegnata, elargendo allo spettatore dei protagonisti dalle strutture di personalità interessanti, con alto funzionamento cognitivo ed emotivo, in presenza di grandi traumi reconditi che sfociano in deliri solamente a tratti bizzari (anche per agevolare la narrazione e l'immedesimazione dello spettatore). Ciò perché il disturbo delirante che si riscontra agisce attraverso un'illusione che genera temi di grandiosità e persecuzioni al fine di tutelare il personaggio principale dal dramma rimosso. Shutter Island ricorda (seppur con le allegorie hollywoodiane) quanto sia complicata la gestione dei disturbi psichiatrici, frutto di interventi scientifici in continua evoluzione, suscettibili di miglioramento, risaltando altresì l'importanza fondamentale di un rapporto empatico, non giudicante con il proprio terapeuta. Questo aspetto è forse la cosa che più colpisce del film. Nel finale si assapora tutta la tragicità di un'anima flagellata e di chi cerca in tutti i modi di aiutarla facendo l'impossibile. Inoltre non c'è dubbio che l'ambientazione negli anni '50 ricordi più il vecchio concetto stereotipato degli ospedali mentali, sedi di probabili maltrattamenti e incuria. Fu appunto lo sdegno dell'opinione pubblica negli anni '70 a far rivedere i concetti di istituzionalizzazione e deistituzionalizzazione. Questo amplifica di molto l'impatto del finale. In Shutter Island si affronta infatti anche il tema della famosa lobotomia frontale, una procedura molto frequente al tempo (oltre 5.000 casi negli Stati Uniti) per il trattamento di disturbi ritenuti ingestibili e irreversibili. Da questo



punto di vista la pellicola è molto fedele alle pratiche utilizzate, non scadendo nel solito utilizzo dell'elettroshock per qualsivoglia problematica mentale, appannaggio di una svariata quantità di film passati. Fra i film più conosciuti negli anni 2000 ricordiamo tra gli altri "A beautiful mind", di Ron Howard con Russel Crowe, che pure presenta un utilizzo fedele ai fatti storici e terapeutici, in questo caso dell'insulinoterapia nei casi di schizofrenia. In conclusione chi avesse voglia di un

film ben diretto, con un eccellente cast di attori, addentrando in una storia coinvolgente, ricca di colpi di scena, che riporta abbastanza bene la psicologia (anche patologica) dei personaggi, troverà in Shutter Island una gradita sorpresa, soprattutto se amanti del genere thriller.

INDIRIZZO PER LA CORRISPONDENZA

Rocco Chizzoniti
Psicologo Psicoterapeuta
www.rocco-chizzoniti.it
info@rocco-chizzoniti.it
333 5622264



RIVISTA SEMESTRALE SCIENTIFICO-DIVULGATIVA
DELL'ORDINE PSICOLOGI DELLA CALABRIA

ORDINE DEGLI PSICOLOGI
DELLA CALABRIA
WWW.PSICOLOGICALABRIA.IT
VIA ACRI, 81 88100
CATANZARO
RIVISTA@PSICOLOGIACALABRIA.IT