

Psicologinews.it

Scientific

La salute delle donne in epoca COVID. Alcune riflessioni sull'accesso alla cura

di Francesca Dicè

...D'altra parte, è generalmente riconosciuto che le donne siano delle ottime promotrici delle buone prassi...

Stress lavoro-correlato e genere: un'immagine sulle lavoratrici

di Di Martino Daniela

...promuovere la considerazione della differenza di genere...

ADHD: le mamme pazienti la declinazione del disturbo al femminile

di Roberto Ghiaccio

...Ci sono dei miti da sfatare circa le donne e l'ADHD...



8 Marzo: celebrazioni emozioni e benessere psichico delle donne

di Raffaele Felaco

La giornata dell'8 Marzo ha in sé il rituale delle celebrazioni che continuamente si adattano allo spirito del tempo che viviamo. In questo anno di pandemia alle legittime richieste di parità e rispetto riteniamo indispensabile mettere al centro della narrazione pubblica "il benessere psichico delle donne" poiché sono loro che hanno pagato lo scotto maggiore del confinamento.



REDAZIONE

Valeria Bassolino
Alberta Casella
Barbara Casella
Francesca Dice
Daniela Di Martino
Ida Esposito
Roberto Ghiaccio
Monica Gianfico
Veronica Lombardi
Emanuele Mingione
Giulia Tarabbo

Supplemento mensile a:

psicologinews.it Autorizzazione
Tribunale di Napoli n° 5584/20
del 11/11/2020

Direttore Responsabile

Raffaele Felaco
redazione@psicologinews.it

Chiuso il, 8 Marzo 2021

COMITATO SCIENTIFICO

Caterina Arcidiacono
Rossella Aurilio
Gino Baldascini
Paolo Cotrufo
Pietro Crescenzo
Emanuele Del Castello
Massimo Doriani
Antonio Ferrara
Mariafrancesca Freda
Massimo Gaudieri
Michele Lepore
Giovanni Madonna
Nelson Mauro Maldonato
Fortuna Procentese
Sergio Salvatore
Raffaele Sperandeo
Antonio Telesca
Rino Ventriglia

Racconto

Ragione e sentimento

di *Ida Esposito*

Non ne faccio una buona!

Ha ragione Michele, non sono capace di tenere in ordine neanche in casa... eppure vorrei che fosse più gentile con me, invece mi rinfaccia tutte le mie mancanze.

Ieri sera, ad esempio, è tornato a casa dopo essere stato tutto il giorno in cerca di lavoro, mi ha trovata davanti alla TV, è successo un putiferio..... ma lo capisco, lui cerca lavoro nonostante nessuno abbia ancora compreso il suo valore ed io invece me ne sto comodamente a casa.

Ma non importa, la prossima volta starò più attenta, farò un respiro profondo e quando tornerà a casa, di nuovo nervoso, come sempre ormai, mi controllerò e non risponderò a nessuna delle sue accuse così dopo un po' gli passerà e verrà a scusarsi con me e sarà di nuovo tutto come prima.....sì, come prima.. all'inizio che stavamo insieme. Non dimenticherò mai la prima volta che ci siamo baciati, io ero scoppiata a piangere mentre prendevamo il caffè al bar, lui mi ha chiesto. "Perché?" Io, senza quasi conoscerlo, istintivamente gli ho risposto: " Ho litigato con i miei !"

Lui mi ha chiesto : "Perché?"

"Mi credono un'incapace, criticano ogni mia scelta. Sai cosa penso? Non credo mi abbiano mai amato, in realtà non so neanche se mi abbiano veramente voluto o se sono capitata per caso..."

Lui mi ha sorriso, mi ha accarezzato la faccia e guardandomi dritta negli occhi mi ha detto: " Non piangere, i tuoi sono degli stupidi e non meritano le tue lacrime. Da oggi in poi non permetterò più a nessuno di farti piangere!". Poi mi

ha baciata e mi ha portato via con se..... Da allora quante cose sono cambiate... ho lasciato il lavoro per seguirlo a Milano, facevo l'operaia in una fabbrica di gelati, mi trovavo bene, mi pagavano per quello che mi serviva, ma non mi è dispiaciuto mollare tutto. In fondo non me ne fregava niente dei colleghi, sembravano anche dispiaciuti, alcuni, ma si sa - la gente finge!-. e poi Michele mi diceva che avrebbe pensato a tutto lui. Avrebbe pensato lui a me, ed io gli ho creduto. Finalmente non avevo più bisogno di badare a me stessa, di mostrare ai miei che sono capace di mantenere uno schifo di lavoro. Bastava che mi occupassi solo di noi due, io e Michele, insieme per sempre... Eppure ora che ci penso, Ormai non ricordo neanche più il tempo in cui assomigliava al mio cavaliere in armatura scintillante. Può sembrare strano ma oggi di scintillante ricordo solo il riflesso della lampada operatoria che mi hanno puntato in faccia l'ultima volta che sono stata in ospedale. Mi hanno ricucito in anestesia locale, sei punti sulla guancia destra. Al pronto soccorso ho raccontato che sono inciampata in cucina e che sono rovinata sul ceppo dei coltelli lasciati fuori posto. Ed effettivamente potrebbe essere successo realmente così data la mia sbadataggine . A volte me la racconto proprio così Michele mi ha portato in ospedale, aveva tutta l'aria di un fidanzato premuroso e spaventato, ma quando sono tornata a casa gliel'ho rinfacciata la questione del coltello e lui di risposta, con la solita aria da cane bastonato mi ha giurato che è stato solo un momento di rabbia . Mi ha precisato, come spesso avviene, che di certo io sono l'unica donna che e' stata capace di fargli perdere la testa. Il giorno dopo e tutti i giorni per un mese intero mi ha regalato rose rosse

Non mi sono mai vista come una capace di far perdere la testa agli uomini, anzi mi

sono sempre considerata il brutto anatroccolo della compagnia, ogni mia compagna è sempre stata più bella, attraente e capace di me. Nonostante ciò, stranamente, c'è ne sono stati di uomini che mi hanno guardato e spese volte con intenzioni poco romantiche, ma si sa, gli uomini non si fanno problemi.

Adesso, però, non è più tempo di perdermi in pensieri negativi! I cinque minuti che dice il bugiardino sono abbondantemente passati... faccio un respiro profondo e dopo con decisione aprirò la porta del bagno. Meglio farla da sola questa cosa... d'altra parte non c'è un'amica di cui mi fidi e Michele è l'ultimo a cui potrei dirlo. Io sono un tipo regolare, ogni 28 giorni, come un orologio, è sempre stata l'unica cosa stabile della mia vita! Perciò, ieri, dopo sette giorni di ritardo, mi sono fatta coraggio e ho chiesto alla commessa della farmacia un test di gravidanza. Mi sono fatta di mille colori, come una tredicenne beccata in peccato, ma oggi in realtà di anni ne compio trenta! Eppure non riesco a pensare a me come ad una trentenne... come hanno fatto a passarmi tutti questi anni addosso senza che me ne accorgessi?! Oggi compio trent'anni e dietro la porta di questo bagno potrebbe esserci una bella sorpresa, un regalo tutto per me, solo per me, un figlio mio! Non sarei mai più sola....

Ma se non mi andasse bene neanche questa cosa farò? Che alternativa avrei, con Michele non ci resto se non mi dà almeno un figlio, potrebbe essere l'unico modo per risarcirmi di tutte le cose brutte che ho dovuto sopportare!

Dai miei non ci torno di certo, la soddisfazione di sentirmi dire "Te l'avevamo detto! Sbagli sempre", non gliela do.

Senza un figlio, senza un uomo, senza un lavoro, senza una famiglia, cosa mi resterebbe?

Solo quella faccia di plastica della

dottoressa che mi ha incastrato al consultorio familiare, dove mi ha portata Camilla, la nostra vicina, quella volta che mi ha vista piangere di rabbia fuori all'uscio della porta perchè Michele mi aveva punita chiudendomi fuori casa. Dottoressa poi.... Forse una psicologa? Mi pare.

Ha finto di interessarsi a me come di certo farà con tutte le disgraziate che le capitano ogni giorno. Mi ha detto che se ho bisogno di lasciare casa lì possono aiutarmi. Ho sorriso, finta come lei, ho ringraziato ma le ho detto che la mia situazione è diversa da tutte le altre....

Alla fine, la verità la possiamo raccontare solo a noi stessi..... io non sono una cretina, come pensa la mia vicina Camilla e come pensano tutti quelli che negli anni hanno visto sul mio corpo i segni delle botte che mi ha dato Michele. Quello che non riescono ad afferrare è la cosa più evidente e vera: io e Michele siamo destinati, mal equipaggiati, due che insieme, a stento fanno uno, e uniti a malapena riescono a cavarsela in questa giungla che è la vita!

Ma è ora di ritornare in me! Basta esitare.... Fisso la porta del bagno chiusa..

Trattengo un lungo respiro...

APRO!

La salute delle donne in epoca COVID. Alcune riflessioni sull'accesso alla cura

di *Francesca Dicè*

La salute psicofisica delle persone, gravemente compromessa dalla diffusione della pandemia da SARS-COVID-19, è uno degli argomenti più trattati di questo periodo; in particolare, le questioni legate alla salute del femminile sembra caratterizzarsi di specifiche peculiarità.

C'è innanzitutto da dire che, secondo le statistiche sanitarie, le donne sembrano essere meno colpite dal COVID-19 rispetto agli uomini (Gagliardi et al., 2020), probabilmente a causa di alcuni fattori fisici (come la minore tendenza al tabagismo ed ad una risposta immunitaria più pronta ed efficace) ma anche di maggiore attitudine a dedicare uno spazio significativo della propria quotidianità alla cura personale. È pertanto probabile, dunque, che le donne stiano mettendo in atto con maggiore rigore le buone pratiche ed i comportamenti volti al contenimento dell'infezione, richiesti dagli organi ministeriali.

D'altra parte, è generalmente riconosciuto che le donne siano delle ottime promotrici delle buone prassi volte alla promozione della salute e che, in questo, siano molto sostenute dalle strutture sanitarie grazie alle loro programmazioni volte allo screening ed alla prevenzione delle patologie femminili.

Ciononostante, in questo periodo, per motivazioni comprensibilmente dovute alla prudenza necessaria ad evitare il

contagio, negli ultimi mesi si sono rivolte in misura minore alle strutture sanitarie per controllare la loro condizione medica (Sharpless, 2020). In particolare, le istituzioni sanitarie hanno più volte dato l'allarme per il calo degli screening relativi al cancro al seno, evidenziando la necessità di riprendere il prima possibile le attività al fine di evitare gravi conseguenze cliniche quali l'aumento della mortalità o il peggioramento delle condizioni di salute (Humanitas, 2020). In altri termini, l'attenzione e la protezione di un aspetto della propria salute sta sostituendo la cura di tutti gli altri.

Per quanto è di nostra competenza di comunità psicologica, dobbiamo necessariamente evidenziare come, accanto alla gravità delle condizioni fisiche, questo allarme riguardi anche l'importante aumento del rischio psicopatologico nelle donne. È ben noto infatti come l'essere affette da cancro al seno comporti vissuti di ansia, depressione, rabbia ed ostilità (Martino et al. 2019a) nonché di svalutazione del proprio ruolo di genere o, in riferimento alle loro relazioni familiari, di senso di colpa per non essere sufficientemente disponibili al loro consueto ruolo accuditivo (Martino et al. 2019b).

Dunque, una donna ammalata di cancro al seno, anche e soprattutto nell'auspicabile caso in cui guarisca definitivamente, sarà anche una donna portatrice di importanti fragilità emozionali che potrebbero costituire un importante rischio per la sua salute psicologica e che andrebbero a sommarsi all'indebolimento psichico dovuto alle molteplici difficoltà della pandemia.

Tutto ciò non può essere oltremodo sottovalutato. È dunque necessario che la nostra comunità scientifica si allinei con forza alle campagne di sensibilizzazione operate da parte delle strutture sanitarie, affinché le donne non trascurino in alcun modo, seppure per proteggersi dal rischio di contagio dal COVID-19, il ricorso alle buone prassi legate allo screening ed alla prevenzione dalle malattie fisiche, in particolare quelle gravi come il cancro al seno. Ciò in ragione di preservare la loro sanità in tutti i suoi aspetti, medici e psicologici, e di tutelare completamente la loro salute.

Bibliografia.

Gagliardi MC, Ortona E & Ruggieri A. (2020) Differenze di genere in COVID-19: possibili meccanismi. Retrieved from <https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/sars-cov-2-differenze-genere-possibili-meccanismi>

Humanitas (2020). COVID-19 e tumori: la riduzione degli screening e il calo delle diagnosi. Retrieved from <https://www.humanitas.it/news/covid-19-tumori-la-riduzione-degli-screening-calo-delle-diagnosi/>

Martino ML, Gargiulo A., Lemmo D. & Margherita G. (2019a). Cancer Blog Narratives: The Experience of Under-Fifty Women with Breast Cancer during Different Times after Diagnosis. The Qualitative Report, 24(1):158-173. Retrieved from <https://nsuworks.nova.edu/tqr/vol24/iss1/13>

Martino ML, Lemmo D, Gargiulo A, Barberio D, Abate V, Avino F & Tortoriello R (2019b) Underfifty Women and Breast Cancer: Narrative Markers of Meaning-

Making in Traumatic Experience. Frontiers Psychology, 10:618. doi: 10.3389/fpsyg.2019.00618

Sharpless NE (2020). COVID-19 and cancer. Science 368(6497):1290 DOI: 10.1126/science.abd3377

ADHD: le mamme pazienti la declinazione del disturbo al femminile

di *Roberto Ghiaccio*

Ci sono dei miti da sfatare circa le donne e l'ADHD. Il mito dei miti è che le ragazze non ne possano soffrire. Le donne ADHD sono sotto diagnosticate e sotto-trattate, affrontano rischi diversi dell'ADHD al maschile, presentando anche una gamma sintomatologica diversa. Ci è voluto molto tempo per capire come il disturbo da deficit di attenzione / iperattività si presenti nelle ragazze e nelle donne e quali problemi può creare, scopo di questo articolo e capirne e delinearne le differenze fenomenologiche al fine di evitare il rischio della mancata diagnosi.

Ansia. Depressione. Insuccesso scolastico. Autolesionismo. Disoccupazione. Gravidanze non pianificate. Anche un aumento del rischio di morte prematura. I rischi e il tributo di sofferenza che possono derivare dal disturbo da deficit di attenzione / iperattività, sono enormi, conteggiati ogni anno miliardi di euro o dollari, in perdita di produttività e spesa sanitaria con in indicibili frustrazione da parte delle pazienti. Eppure, nonostante oltre un secolo di ricerche e migliaia di studi pubblicati, l'ADHD - rimane in gran parte frainteso, ciò è particolarmente peggiore quando si tratta di declinare l'ADHD al femminile.

Nonostante tale disturbo sia stato inizialmente concettualizzato come disturbo elettivo dell'infanzia è ormai chiaro e comprovato il suo essere cronico e persistente. Ormai è evidente la sua prospettiva life-span con un cambio sintomatologico dettato sia dalla gravità del disturbo che dal suo trattamento. Sappiamo che le

manifestazioni in età adulta sono eterogenee e si distaccano dai tipici pattern comportamentali che contraddistinguono la fenomenologia evolutiva, con espressioni che virano sulla disregolazione emotiva - comportamentale e compromissioni funzionali ed adattive.

Per molti anni si è creduto che l'ADHD fosse un disturbo ad appannaggio dell'età evolutiva e del sesso maschile, sotto valutando in ricerche, descrizioni e trattamenti al femminile. Le variazioni cliniche variano con l'età e le caratteristiche possono essere declinate anche in base alle tipicità di genere, con presentazione al femminile di disturbi del sonno, difficoltà di pianificazione ed organizzazione, riduzione o quasi assenza di iper attività, sensazione di instabilità con una certa dose di tensione interna costante.

Quando si parla di tale disordine tendiamo a "confinare" le donne nel ruolo dei madri o di mogli che hanno figli o mariti affetti da ADHD, oppure le vediamo come operatrici della sanità a vario titolo o come insegnanti. Tali donne ricoprono un ruolo cruciale e fondamentale nel coacing quotidiano di tali pazienti, ma sottovalutiamo la presenza e l'incidenza dell'ADHD nelle donne e nelle ragazze. La presenza del disturbo nelle donne ha una fenomenologia a tratti opposta e quasi contraddittoria a quella che siamo abituati e riscontrare nella popolazione maschile.

Tale diversità porta ad un misconoscimento diagnostico e ad una mancata comprensione del disturbo. La conoscenza dell'ADHD nelle donne è ancora limitata in quanto pochi studi sono stati condotti su questa popolazione. Le donne hanno iniziato solo di recente a essere diagnosticate e trattate per l'ADHD, ad oggi la maggior

parte di ciò che sappiamo su questa popolazione si basa sull'esperienza dedotta dai campioni maschili e gli studi evidence based specifici sono limitati e circoscritti alle aree americane.

Vari studi hanno largamente sottostimato il numero di donne ADHD (Walker, 1999). Per molti anni si è pensato che il deficit dell'attenzione e iperattività fosse un problema riguardante solo i maschi. Sono molte le ricerche che hanno individuato una percentuale di bambine con il deficit dell'attenzione molto minore rispetto a quella dei maschi. La ragione di questa differenza relativa al genere è rimasta oscura e inesplorata fino a qualche anno fa. In realtà, sembra che questa difficoltà nella diagnosi sia strettamente collegata ai criteri diagnostici ufficiali.

Di solito le donne arrivano a riconoscere il proprio ADHD dopo che uno dei suoi figli ha ricevuto una diagnosi. Man mano che imparano di più sull'ADHD, inizia a ri-vedere alcuni tratti, alcune difficoltà che hanno vissuto da ragazze e che ancora vivono, seppur in modalità diverse. Taluni tratti del disturbo finiscono per creare tendenze alla disistima, stati d'ansia, vissuti di inadeguatezza, fino alla sensazione di "non sentirsi una buona donna", tali problematiche secondarie adombrano e coprono così l'ADHD.

Gli psicologi stanno combattendo i pregiudizi di genere nella ricerca sul disturbo da deficit di attenzione e iperattività. La maggior parte dei pochi studi evidence based si sono limitati però, al confronto fenomenologico tra ragazze e ragazzi, utilizzando i sintomi dell'ADHD dei ragazzi come indicatore rispetto al quale le ragazze dovrebbero essere "misurate", trascurando il fatto che i bisogni delle donne sono biologicamente differenti e devono

tenere in considerazione una moltitudine di fattori anche sociali.

Storicamente, la ricerca sull'ADHD si è concentrata quasi esclusivamente sui bambini iperattivi, e solo negli ultimi sei o sette anni si è concentrata sugli adulti. Afferma Nadeau, esperto di disturbo nelle donne e direttore del Chesapeake Psychological Services of Maryland in Silver Spring: "E il riconoscimento delle donne [con il disturbo] è rimasto ancora più indietro". Secondo l'autore questo ritardo nel riconoscimento del deficit nelle ragazze e delle donne è dovuto agli attuali criteri diagnostici.

I criteri diagnostici sia del DSM 5 che dell' ICD 11 rimangono più appropriati per i maschi rispetto alle femmine, e sono incentrati su modelli di riferimento rivolti alla gestione e all'osservazione che genitori e insegnanti, possono fare di comportamenti più evidenti, più problematici e più overt. Secondo Jane Adelizzi, le donne con ADHD sono state trascurate perché l'iperattività di solito manca nelle ragazze, ed in genere la sintomatologia è più covert e disattenta.

"Le ragazze con ADHD rimangono un enigma, spesso trascurato, incompreso e molto dibattuto", afferma Ellen Littman, uno dei primi psicologi e ricercatori a concentrarsi sulle differenze di genere nell'ADHD e a sostenere un riesame sulla definizione nosografica e funzionale del disturbo. Littman teorizza che le ragazze con ADHD non siano identificate e aiutate dall'infanzia perché i modelli di tale condizione declinati al maschile sono stati sovra rappresentati nella letteratura.

Come per tutti i problemi di diversità, di neuro-varietà, il pericolo sta nel presumere che questi modelli tipici, più studiati, caratterizzino tutti i bambini con ADHD, aderendo così ad un paradigma assimilazionista. Pertanto, mentre

sembra esserci un'abbondanza di informazioni disponibili sull'ADHD, al maschile, potremmo avere la falsa sensazione di poter applicare alle ragazze con ADHD gli stessi tratti "ritrovati" nei maschi, credendo così di sapere più di quanto ne sappiamo in realtà

Sono necessarie ulteriori ricerche sulle questioni di genere nell'ADHD per diversi motivi, afferma Julia J. Rucklidge. Le influenze ormonali che possono influenzare notevolmente il loro comportamento ed il profilo neuro-psicologico; le influenze sociali e culturali che influenzano nuovamente il comportamento ed il profilo di adattamento. Ciò suggerisce che l'ADHD "si manifesterà e si esprimerà in modo diverso nelle donne, ma solo la ricerca può dircelo in modo definitivo. Fino ad allora, queste sono supposizioni che facciamo".

Molte donne non vengono diagnosticate prima dei 30 - 40 anni, il loro percorso diagnostico più comune è che il sospetto diagnostico inizi con l'iter di approfondimento per un figlio(di solito all'inizio della scuola primaria). Queste donne cominciano con il ricevere le tappe del proprio sviluppo, e a riconoscer dei propri tratti, che hanno procurato sofferenze ma mai definiti, riconoscendosi nei sintomi dei figli, e rivendo se stesse nelle difficoltà che i figli stanno affrontando.

Le donne con ADHD in genere presentano enormi sfide nella gestione del tempo, con una disorganizzazione cronica, sentimenti di stress di lunga data, sensazione di essere sopraffatte da pensieri senza riuscire a dare una pianificazione, difficoltà con la gestione del denaro, figli o fratelli con o senza ADHD. Ricorrono storie di ansia, ansie non solo libere ma legate a contesti e

situazioni con e deflessioni dell'umore e tendenze alle dipendenze affettive, legate a difficoltà di inibizione sostenuta.

Gli studi di Julia Rucklidge e Bonnie Kaplan, evidenziano come la metà delle donne ADHD hanno un figlio con ADHD. Quindi ai tratti tipici del disturbo si possono associare fattori di stress coinvolti nella genitorialità di un bambino che ne è affetto. Secondo le autrici le donne con ADHD avevano più probabilità di avere uno "stile impotente appreso" con tendenze forti all'auto svalutazione, allo scarso senso di auto efficacia, con tratti più chiusi rispetto agli ADHD maschili.

L'ADHD femminile è in qualche modo oscurato da quello maschile: sappiamo che i ragazzi hanno una probabilità tre volte maggiore di essere diagnosticati con l'ADHD rispetto alle ragazze, ma l'ADHD nelle donne è più stabile, peggiorato dalla sotto valutazione diagnostica. Inoltre i livelli di stress possono essere più alti per le donne rispetto agli uomini perché hanno maggiori responsabilità familiari e domestiche, spesso hanno mariti coniugi poco tolleranti.

Dall'analisi della letteratura emergono tratti tipici del disturbo nelle donne che però non sono menzionati negli attuali manuali diagnostici. Tendenza ad auto accusarsi, demoralizzazione, scarsa autostima; sensazioni d'ansia; propensione allo sviluppo di dipendenze (anche comportamentali- sentimentali, dove possono ricorrere fenomeni di stalking); difficoltà internalizzate laddove il quoziente intellettivo si colloca in una fascia medio-alta di funzionamento.

Ricorrono anche una particolare labilità emotiva con iper-reattività emozionale; iper sensibilità al dolore con tendenze alla somatizzazione; iper loquaci con difficoltà a tenere i turni conversazionali

e cogliere i costrutti para tattici, iper socievoli con facile raggirabilità e difficoltà nel cogliere le intenzioni altrui; letargiche, trasognate, facile demoralizzazione; ipersensibilità, accentuata sintomatologia premestruale; eccesso di pudore e fragilità emotiva, atteggiamenti orali inopportuni.

Un motivo per cui l' ADHD non viene diagnosticata nelle donne è credere che i sintomi sono solo il segno di fattori ormonali . Gli ormoni femminili presenti durante la pubertà, il ciclo mestruale e la menopausa cambiano il modo in cui si manifestano i sintomi. Durante la menopausa si verifica una riduzione dei livelli di dopamina e serotonina, necessari per la concentrazione quindi le donne in menopausa spesso lamentano difficoltà attentive. Così le normali fluttuazioni ormonali mascherano l'ADHD.

Si ritiene che l' elicitazione dei sintomi dell'ADHD derivi dalla riduzione della dopamina in diverse regioni del cervello e non solo nelle regioni frontali. Tale difficoltà dovuta nella velocità di ricettazione può agevolare forme di problematiche del tono dell'umore. Le donne con disturbo da deficit di attenzione / iperattività (ADHD) possono essere più vulnerabili ai disturbi dell'umore ormoni correlati, come disturbo disforico premestruale, depressione postpartum e sintomi dell'umore climaterico durante la loro vita.

Sebbene i sintomi siano diversi in ogni individuo, ci sono alcuni tratti comuni. Tra le fenomenologie ricorrenti abbiamo il sentirsi sopraffatti - le donne con ADHD possono spesso sentirsi "sull'orlo del baratro", come se un'altra cosa le spingesse oltre il limite e stiano a malapena affrontando. Facilmente distraibili: i rumori ambientali, i propri pensieri, nuove attività e telefonate

possono comportare l'abbandono di un'attività a metà strada e chi soffre di ADHD trova difficile concentrarsi su un'attività per un certo periodo di tempo.

L'ADHD è una condizione che può essere estremamente distruttiva per la vita delle persone. Quelli che ne sono affetti spesso dicono che la loro vita è caratterizzata da scarso rendimento, frustrazione e confusione sul perché le cose sembrano così difficili. Una diagnosi può migliorare in modo significativo le cose: all'improvviso si comprende il motivo per cui le cose sono complicate e le terapie come la CBT e i farmaci possono aiutare a migliorare la vita delle persone.

Anche quelle donne abbastanza fortunate da ricevere una diagnosi accurata di ADHD spesso affrontano la successiva sfida di trovare un trattamento appropriato. Ci sono pochissimi esperti nel trattamento di tale disturbo nelle donne adulte e ancora meno che hanno familiarità con i problemi unici affrontati dalle donne con ADHD. Di conseguenza, la maggior parte dei clinici utilizza approcci standard che spesso non aiutano una donna con ADHD a imparare a gestire meglio la propria quotidianità.

Si stanno sviluppando terapie incentrate sull'ADHD per affrontare una vasta gamma di problemi tra cui l'autostima, i problemi interpersonali e familiari, le abitudini quotidiane, il livello di stress quotidiano e le capacità di gestione dell'adattamento. Tali interventi vengono spesso definiti "psicoterapia neurocognitiva", che si concentra sulle capacità di gestione della vita per migliorare le funzioni cognitive (ricordare, ragionare, capire, risolvere i problemi, valutare e usare il giudizio), apprendere strategie compensative e ristrutturare l'ambiente.

Le questioni relative ai farmaci sono spesso più complicate per le donne con ADHD che per gli uomini. Qualsiasi approccio farmacologico deve prendere in considerazione tutti gli aspetti della vita della donna, con attenzioni alle condizioni biologiche ormonali, ciclo mestruale, gravidanza, meno pausa, con un aumento dei sintomi dell'ADHD ogni volta che i livelli di estrogeni diminuiscono. Le donne con ADHD hanno maggiori probabilità di soffrire di ansia e / o depressione nonché la tendenza a dipendenze da sostanze ma anche sentimentali.

In conclusione, il presente articolo ha sostanzialmente tracciato le differenze comportamentali tra la versione maschile dell' ADHD e quella femminile. Sarà utile, in futuro, studiare meglio queste differenze così da approntare degli strumenti diagnostici atti ad individuare il disturbo anche nelle donne. Non tutte le ragazze con ADHD avranno problemi con le dipendenze o con condotte a rischio. Molte di loro riusciranno ad avere una vita "normale", anche se con notevoli sforzi, aggravate da modelli culturali che ancora oggi sono pressanti e rigidi.

Bibliografia

Arnold L.E., (1996), Sex difference in ADHD: Conference Summary, "Journal of Abnormal Child Psychology" vol. 24, pp. 555-568.

Barkley R.A., (1987), Defiant children: A clinician's manual for parent training, New York, Guilford Press,.

Barkley R.A., (1999), Deficit di attenzione e iperattività, "Le Scienze", vol. 365, pp.71-77.

Barkley, R.A., (1997), Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: constructing a

unifying theory of ADHD," Psychological Bulletin", vol. 121, pp. 65-94.

Beck N, Warnke A., Kruger H.P., Barglik W., (1996), Hyperkinet syndrome and behavioral disorders in street traffic: a case control pilot study, "

Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie" vol. 24 (2), pp. 82-91.

Breen M.J., (1989), Cognitive and behavioral differences in ADHD boys and girls, "Journal of Child and Psychology and Psychiatry", vol.30, pp. 711-717.

Brown R.T., Madan-Swain A., Baldwin K., (1991), Gender differences in a clinic-referred sample of attention deficit disorder children, "Child Psychiatry and Human Development", vol. 22, pp. 111-128.

Campbell E.S., Redferring D.L., (1979), Relationships among environmental and demographic variables and teacher-rated hyperactivity, "Journal of Abnormal Child Psychology", vol. 7, pp. 77-81.

Castellanos F.X., Casey B.J., Giedd J.N., Marsh W.L., Hamburger S., Vaituzis A.C., Dickstein D.P., Sarfatti S.E., Vass Y.C., Snell J.W.,

Lange N., Kaysen D., Krain, A.L., Ritchie G.F., Rajapakse J.C., Rapoport, J.L., (1996), Quantitative brain magnetic resonance imaging in attention-deficit hyperactivity disorder, "Archives of General Psychiatry", vol. 53, pp. 607-616.

DeHaas P.A., (1986), Attention styles and peer relationships of hyperactive and normal boys and girls, "Journal of Abnormal Child Psychology", vol. 14, pp. 531-546.

James A., Tylor E., (1990), Sex difference in the hyperkinetic syndrome of childhood, "Journal of Child Psychology and Psychiatry", vol. 31, pp. 437-446.

Lambert N.M., Sandoval J., (1989), The prevalence of learning disabilities in a sample of children considered hyperactive, "Journal of Abnormal Child Psychology", vol. 18, pp. 35-50.

McEwen B. S., Alves S.E., Bullock K., Weiland N.G., (1997), Ovarian steroids

and the brain: implication for cognition and aging, "Neurology", vol. 48, pp. 8-15.

Nadeau K., (1998), Survey on problem eating patterns in women with AD/HD – preliminary Report, "ADDvance", vol. 2 (1), p. 26.

Nadeau K.G., Littman E.B., Quinn P.O., (1999), Understanding girls with AD/HD, Silver Spring, Advantage Books.

Pipher M., (1994), Reviving Ophelia, New York, Ballantine Books.

Ross D.M., Ross S.A., (1982), Hyperactivity: Current Issues, Research and

Theory, New York, Wiley.

Sanberg S., (1996), Hyperactivity Disorders of Childhood, Cambridge, Cambridge University press.

Seideman L.J., Biederman J., Faraone S., (1997), A pilot study of neuropsychological function in ADHD girls, "Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry", vol. 36, pp 366-373.

Solden S., (1995), Women with attention deficit disorder, Grass Valley, Underwood Book.

Thorley G., (1984), Review of follow-up and follow-back studies of childhood hyperactivity, "Psychological Bulletin", vol. 96, pp. 116-32.

Tylor E., Hemsley R., (1995), Treating hyperkinetic disorders in childhood, "BMJ", vol. 310, pp. 1617-1618. 21

Walker C., (1999), Gender and genetics in ADHD: Genetics matter; Gender does not, Relazione presentata alla conferenza regionale del DDAI, Chicago.

Wheeler J., Carlson C., (1994), The social functioning of children with ADD with and without hyperactivity: a comparison of their peer relations and social deficits,

LE FORME DI LINGUAGGIO NELLA RELAZIONE INTERPERSONALE L'INCOMPRESIONE NELLA COMUNICAZIONE

di Alberta Casella

In questo articolo è mia intenzione collaborare per la soluzione del mistero della **comunicazione umana**: perché talvolta abbiamo l'impressione che l'altro non ci capisca, o non ci ascolti, perché anche se ci impegniamo a spiegare le nostre ragioni non riusciamo a trovare un accordo con il nostro interlocutore. La **linguistica** e la **psicologia** possono aiutarsi ed aiutarci, rendendosi complementari, trovando reciproco appoggio ed analizzando le stesse questioni da punti di vista differenti, attuando, quindi, un confronto ed un'integrazione tra gli studi effettuati.

Lo studio della lingua risulta essere, infatti, premessa necessaria per impostare un'analisi del **rapporto** tra le persone poiché questo è, soprattutto, fondato sull'uso del linguaggio come primo strumento comunicativo.

Analizzare lo **scambio** di parole tra i due soggetti, capire in che modo esso si formi, cosa intende e sottintende, come e quanto l'ambiente possa influenzarlo può essere, quindi, un'area d'incontro fertile e produttiva.

Nella **relazione**, decisivo è il tipo di comunicazione che si utilizza: le dichiarazioni **verbali** possono fornire notizie ed indizi, la comunicazione **non verbale** arriva a complicare o chiarire il messaggio.

Spesso può accadere che nella relazione comunicativa tra persone i registri di comunicazione risultano diversi e sfasati e ciò rende lo scambio non fluido, il messaggio non chiaro.

È importante il fluire della parola per comprendere a fondo il filo del discorso; le parole, ricreando atmosfere,

illustrando situazioni, suggerendo sentimenti ed emozioni, saranno la chiave per chiarire anche i movimenti del non verbale.

Un atteggiamento propositivo che inviti l'altro ad esprimere liberamente il suo pensiero risulta fondamentale perché apre la strada ad un rapporto di fiducia per poter arrivare, poi, a conversare su temi sempre più significativi.

Uno dei problemi fondamentali dell'analisi del linguaggio verbale è che esso non ha sempre un significato chiaramente condiviso da entrambi gli interlocutori: le parole, le espressioni usate dal soggetto sono plasmate dal contesto culturale nel quale egli le ha apprese e possono assumere, quindi, diversi significati a seconda del senso che si attribuisce loro.

Può accadere che si fraintendano le parole dell'altro, dando ad esse diverso significato, alterando la comprensione dei fatti.

Inoltre, l'ambiente e le circostanze influenzano sempre il comportamento e le comunicazioni e questo può ulteriormente modificare il messaggio e la sua ricezione.

Numerosi sono gli studi che confermano l'importanza del contesto nel plasmare atteggiamenti ed opinioni: tra gli studi più affascinanti troviamo gli esperimenti di Cook che analizzò le valutazioni di studenti su un discorso condotto in classe con sottofondi musicali diversi: a seconda del contesto piacevole o sgradevole in cui esso era condotto, i ragazzi ne davano una valutazione positiva e soddisfacente o, al contrario, ne ricevevano un'impressione di negatività e malcontento, nonostante che le parole del discorso rimanessero invariate durante entrambe le situazioni sperimentali.

Altrettanto interessanti sono le ricerche che correlano gli stati emozionali con aspetti della conduzione del discorso: si è notata, ad esempio, una correlazione tra situazioni di stress o ansia e

variazione di alcuni aspetti specifici dell'eloquio come un cambiamento nel tono della voce o fenomeni di esitazione. Inoltre, tramite esperimenti che deliberatamente ponevano il soggetto in situazioni ansiogene, si è notato che questi comportamenti hanno un'elevata frequenza: ciò sembra confermare l'ipotesi che essi siano involontari e non controllabili da parte del soggetto.

Quest'esempio di variazioni del linguaggio, dette aspetti para-linguistici dell'eloquio, c'introduce facilmente nell'esplorazione e spiegazione dell'altra faccia della interazione umana: la "comunicazione non-verbale" di cui questi fenomeni, comprendenti la voce e le vocalizzazioni, il tono, le caratteristiche temporali nella successione delle parole, ne sono un aspetto.

Il linguaggio verbale, infatti, è peculiare della comunicazione umana ma, negli scambi quotidiani, la comunicazione "non-verbale" o gestuale è altrettanto importante.

Spesso non occorre sentire le parole per comprendere ciò che ciascuno custodisce dentro di sé, perché i segni esteriori degli atteggiamenti rivelano più di quanto si potrebbe esprimere.

La comunicazione non-verbale accompagna e rafforza l'esposizione verbale; a volte, addirittura, la sostituisce riuscendo altrettanto comprensibile ed efficace.

Gli atteggiamenti del viso e del corpo, gli sguardi, un suono ci trasmettono messaggi al pari delle parole, spesso al di là delle parole, con un effetto rapido ed immediato.

Una stretta di mano, infatti, od uno sbadiglio, un cenno di assenso o di disappunto esprimono compiutamente i sentimenti, i pensieri, gli stati d'animo che si vogliono comunicare.

Lo studio delle interazioni non-verbali può avere il duplice aspetto di approfondire la comprensione del singolo individuo e di ricercare

spiegazioni per l'analisi dell'interazione sociale, dello stile e delle abilità dei singoli che si manifestano al suo interno. Canestrari fornisce un elenco dettagliato di ciò che considera fondamentale e necessario al fine di essere in grado di capire ed interpretare correttamente i messaggi impliciti del comportamento del nostro interlocutore.

I diversi segnali considerano ambiti molto disparati:

il "comportamento spaziale", ovvero il modo con cui gli individui si dispongono tra loro; molto approfondito è, in questo caso, lo studio della vicinanza fisica tra persone, che sembra sottostare a regole implicite e fisse che giocano sulla relazione d'intimità e di dominanza tra i soggetti;

l' "orientazione", ovvero il modo con cui le persone si situano nello spazio, che può esprimere rapporti di gerarchia, sottomissione, amicizia, intimità;

la "postura", che attesta relazioni di ruolo, atteggiamenti interpersonali e cultura di provenienza, status sociale, stati emotivi particolarmente riferiti alla dimensione tensione-rilassamento.

Infine, un'intera area delle comunicazioni non-verbali si situa nello studio di movimenti particolarmente espressivi quali i gesti delle mani ed i movimenti del capo.

Ekman e Fiesen considerano questi due elementi come emblematici della comunicazione umana, illustrando come essi siano fondamentali per lo scambio di qualsiasi informazione: essi possono essere, infatti, utilizzati per sottolineare determinate frasi, possono essere emessi intenzionalmente per sostituire parole sottintese, possono indicare stati affettivi, possono, infine, servire per comunicare in tutti i casi in cui non siamo in grado di esprimerci verbalmente: si pensi, ad esempio, alla condizione del neonato che si serve dei gesti del capo e delle espressioni facciali per comunicare alla madre i suoi

bisogni, riuscendo ad instaurare un rapporto con lei con altrettanta efficacia. Sul problema del riconoscimento delle espressioni facciali esiste una vasta letteratura che è stata ampiamente criticata per motivi di mancata validità delle condizioni sperimentali osservate; l'utilizzazione di queste indagini nell'ambito del colloquio clinico va, quindi, condotta con molta attenzione va sempre convalidata e sostenuta da approfondite verifiche.

Tutte le forme del linguaggio, dunque, sono utili per rendere chiari i nostri pensieri e manifestarli agli altri in modo completo e semplice; tuttavia, il processo di scambio è facilitato dall'uso dello stesso codice di significati linguistici.

Essi devono, cioè, appartenere al medesimo contesto sociale e storico: solo così essere in grado d'interpretare correttamente ed attribuire lo stesso significato alle parole ed ai messaggi non-verbali usati nella loro interazione.

Un tema che esula dalle competenze specifiche di questa trattazione, ma che va comunque, a questo punto, ricordato, è che queste suddette differenze culturali sono, attualmente, molto meno marcate e influenti, grazie allo sviluppo totale delle comunicazioni.

Esse continuamente migliorano, trasformando il mondo contemporaneo in un "villaggio globale" dove è possibile uno scambio d'informazioni e notizie in tempo reale in qualsiasi parte della Terra.

Ciò nonostante, è sempre bene tenere presente che un individuo nasce e si forma continuamente influenzato e saldamente radicato nella sua cultura d'origine e che i modi di pensare e di agire appresi in essa rimangono costanti del suo comportamento.

(1) CANESTRARI R. (1984): *Psicologia Generale e dello Sviluppo*, CLUEB, Bologna, 1990

(2) COOK A. (1971): *La Percezione Interpersonale*, Il Mulino, Bologna, 1973

(3) EKMAN G. e FIESEN F.: *The Repertoire of non Verbal Behaviour*, in "Semiotica", 1, 49-68, 1969

(4) GILLIERON E. (1994): *Il Primo Colloquio in Psicoterapia*, Borla, Roma, 1995, p.125

(5) Mc LUHAN M.: *Dal Cliché all'Archetipo. L'Uomo Tecnologico nel Villaggio Globale*, Sugarco, Varese, 1970

Stress lavoro-correlato e genere: un'immagine sulle lavoratrici

di Di Martino Daniela

Il **D.Lgs n. 81/2008** e le successive disposizioni integrative e correttive del **D.Lgs. 3 agosto 2009 n. 106** introducono l'obbligo di attuare la valutazione dello stress lavoro-correlato, ciò per tutte le aziende (pubbliche e private), secondo quanto previsto da due documenti:

- l'Accordo Quadro Europeo sullo stress lavoro-correlato (recepito il 9 Giugno 2008)
- le indicazioni della Commissione Consultiva Permanente per la Salute e Sicurezza sul Luogo di Lavoro (18 Novembre 2010)

Il D. LGS n.81/2008 rappresenta una rivoluzione rispetto all'attenzione posta alle differenze di genere nell'esposizione ai rischi professionali e in particolar modo a quelli specificamente connessi allo **"stress lavoro-correlato"**. L'articolo 6, comma 8 *let. L* afferma che la prevenzione di questo rischio non possa esulare dal riconoscimento delle differenze di genere e cito:

*La Commissione consultiva permanente per la salute e sicurezza sul lavoro ha il compito di.... promuovere la considerazione della **differenza di genere** in relazione alla valutazione dei rischi e alla predisposizione delle misure di prevenzione.*

Viene dunque superato il paradigma della prevenzione e protezione della salute sui luoghi di lavoro a carattere "neutro" e si valorizza la specificità di genere nell'interazione con l'ambiente di lavoro.

Lo stress lavoro-correlato è un rischio professionale che evidenzia differenze significative tra le lavoratrici e i lavoratori rispetto a cause, effetti e conseguenze.

*Il principale fattore di stress per il genere femminile riguarda la conciliazione lavoro/famiglia e il cosiddetto **fenomeno del "doppio carico"**.*

Le donne sono sempre più presenti nel mercato del lavoro, tuttavia a ciò non è ancora seguita una piena ed equa rimodulazione dei carichi extralavorativi tra i generi. Ancora oggi le donne si occupano dell'accudimento di figli e familiari anziani, in misura maggiore rispetto agli uomini.

La **conciliazione lavoro/famiglia** si configura, pertanto, come la prima e principale fonte di stress lavoro-correlato per le donne. Il “doppio carico” rappresenta il problema principale d’accesso ad adeguati meccanismi di recupero psico-fisico: basti pensare che secondo un’indagine ISTAT, i lavoratori maschi dedicano in media 2 ore all’assistenza dei familiari, le donne ne dedicano in media 5 e mezza. Ciò implica che in Italia, mediamente, una donna ha meno tempo libero rispetto ad un uomo.

Il fenomeno del “doppio carico” ha effetti anche sulla sfera emotiva, in particolare, il timore della donna di penalizzare la carriera in caso di gravidanza o matrimonio, e viceversa, il timore di penalizzare la famiglia a causa del lavoro, sono due dinamiche mentali estremamente presenti e negative per la salute mentale femminile.

A ciò si aggiungono le tensioni che spesso insorgono con i datori di lavoro di fronte a richieste di turnistiche agevolate, permessi, aspettative che nascono dalla necessità di meglio conciliare le esigenze lavorative con quelle familiari. Altro aspetto intorno al quale più spesso nascono tensioni sono le comprensibili resistenze della donna a svolgere

trasferte/distacchi in luoghi lontani dal domicilio e quindi dalla propria famiglia.

Questi fenomeni sono annoverati tra le principali cause del maggior disagio delle donne lavoratrici rispetto agli uomini.

Secondo alcuni studi il “doppio carico” rappresenterebbe anche una delle cause del minor accesso delle donne a posizioni gerarchiche apicali (fenomeno del “**Soffitto di cristallo**”).

Un altro fenomeno che attanaglia il genere femminile sui luoghi di lavoro riguarda **le molestie sessuali**.

Sembra incredibile ma solo di recente le molestie hanno cominciato ad assumere un valore e un significato giuridico. Alcuni atteggiamenti maschili sono stati a lungo considerati dalle stesse donne come parte della comune convivenza con gli uomini sul luogo di lavoro. *Dare a quegli stessi comportamenti il valore di una impropria e oltraggiosa prevaricazione e, quindi, di molestia*, è una conquista dei nostri tempi.

Definire la molestia non è semplice. Su questo tema ci viene in soccorso *la raccomandazione dell’Unione Europea sulla tutela delle donne e degli uomini sul lavoro (1991) che introduce, a tale*

riguardo, in modo esplicito, il concetto di molestia, specificandone le caratteristiche:

- “reiterazione”, ossia di insistenza;
- “intenzionalità”, ossia volontà soggettiva di offendere;
- “indesiderabilità” di determinati comportamenti, da parte di chi li subisce.

Questi aspetti sono difficilmente obiettivabili e dimostrabili, in quanto spesso diventa rilevante la *percezione soggettiva di chi subisce quei comportamenti*. Ciò che fa veramente la differenza sono: la percezione, il vissuto e le reazioni che caratterizzano l'esperienza *di una donna molestata da un uomo*. Questo aspetto, rende ad oggi ancora difficile l'applicazione di sanzioni al fenomeno delle molestie.

Analizziamo come ultimo elemento di stress lavoro-correlato il mobbing.

A tal proposito è utile riportare uno studio condotto dall'Università degli studi di Pavia (Tonin e coll.). In questo studio sono stati elaborati statisticamente i dati di pazienti esaminati presso l'ambulatorio di Medicina del Lavoro istituito presso la suddetta l'Università, tra il 2001 e il 2009.

Tra i lavoratori con diagnosticata “**sindrome da mobbing**” o patologie

correlabili, si è riscontrata una netta preponderanza del sesso femminile (65%).

Del 65% delle donne vessate:

1. la percentuale più alta appartiene alla fascia d'età compresa tra i 34 e i 45 anni;
2. si tratta di soggetti con scolarità medio-elevata;
3. la professione prevalente è quella impiegatizia.

Ad un'analisi dettagliata notiamo che, al punto 1, la fascia di età tra i 34 e i 45 anni risulta essere più esposta ad atteggiamenti “mobbizzanti”. Sarebbe a tal proposito interessante uno studio di correlazione tra mobbing e incremento degli impegni legati all'ambito familiare, in considerazione del fatto che questi ultimi caratterizzano maggiormente proprio questa fascia d'età.

Uno studio effettuato nel 2008 dall'Apem fornisce risultati sostanzialmente convergenti, evidenziando come *la fascia d'età più colpita dal mobbing, coincida proprio con il picco dell'età fertile*, dai 25 ai 37 anni.

I comportamenti mobbizzanti verso le donne tendono a presentarsi soprattutto al rientro dalla **maternità**, quando si ha più necessità di allontanarsi, con una

certa frequenza, dal lavoro per provvedere alle cure familiari. È ragionevole ipotizzare che il sesso femminile sia più esposto al fenomeno perché rappresenta la categoria che più frequentemente ricorre ad agevolazioni contrattuali come riduzioni di orario, aspettative, congedi e permessi.

Se è la donna a “mobbizzare” ?

Secondo una ricerca americana del **Workplace Bullying Institute**, sul lavoro il 40% dei responsabili di mobbing sono donne e, quando è la donna il soggetto “mobbizzante”, il bersaglio ideale sono, nel 70% dei casi, altre donne. Questo dato appare paradossale e mette in evidenza che spesso sono le stesse donne a sviluppare idee sessiste e ad avere atteggiamenti aggressivi nei confronti del loro stesso genere.

Infine, riguardo a questo fenomeno, è utile richiamare il concetto di “doppio mobbing” definito per la prima volta da H.Ege, per descrivere quella situazione in cui le donne vessate sul lavoro, spesso non trovano neanche in ambito familiare degli adeguati supporti sociali e psicologici.

Considerazioni conclusive

Penetrare i processi lavorativi per conoscerne a fondo le variabili presuppone una cultura della prevenzione, salute e sicurezza, nei luoghi di lavoro, che contempli un’attenzione particolare al genere e non solo al genere femminile (anche agli uomini va restituita culturalmente la pari opportunità nel campo del lavoro familiare).

La promozione della salute sui luoghi di lavoro deve tener conto della qualità della vita che passa attraverso il riconoscimento e la valorizzazione delle diversità, da trasformare in valore aggiunto e arricchimento per l’intera organizzazione.

Bibliografia

-D.LGS 81/2008 e successive modificazioni e integrazioni

-Accordo Quadro Europeo sullo Stress Lavoro-Correlato-8 Ottobre 2004

-<http://www.mobbing-prima.it/mobbing-parolaesperti1.html>

-<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7809986/>

***L'illusione di 'Riempire':
L'atto del Mangiare come nesso
Simbolico tra Corpo, Cibo e
Amore***

di Valeria Bassolino

*"Evitate di ingoiare bocconi fisici e
mentali che sono destinati a
rimanere corpi estranei del vostro
sistema.*

*Per capire ed assimilare il mondo,
dovete usare molto i vostri denti".*

F. Perls

La funzione alimentare, per quanto essenziale, non è del tutto innata, ma ha bisogno di essere formata, e ciò equivale a dire che tale funzione può essere deviata dalla propria destinazione originaria, qualora la formazione in questione sia mal condotta. Dalle parole di A. Mindell:

"Esiste un corpo inconscio, "un corpo che sogna" che è contemporaneamente corpo e sogno e indica la personalità globale con tutti i suoi canali. Chiamiamo "sintomo" il segnale che giunge attraverso il corpo e "simbolo" quello che si manifesta attraverso il sogno".

Fritz Perls, in "L'io, la fame e l'aggressività", spiega come il bambino cominci ad acquisire autonomia già con la dentizione, quando può masticare e destrutturare da solo il cibo, assimilarlo e farlo proprio. In termini psicologici, il 'destrutturare' vuol dire scomporre l'esperienza, masticarla. In tal modo, è possibile attivare un processo elaborativo interno che consente di non incorporare passivamente i messaggi genitoriali, ma di assimilarne le parti buone e rifiutarne quelle cattive.

L'aggressività è intesa, in senso etimologico (*adgredior*), come energia dell' 'andare verso' e afferrare, prendere, impossessarsi dell'esperienza. La rabbia, dunque, è l'emozione che ci permette di affrontare ciò che è pericoloso per noi o di respingerlo. Per questa ragione, la repressione della rabbia nel bambino gli impedisce di sfruttare energie vitali indispensabili. Il bambino, quindi, porterà alla bocca e inghiottirà tutto ciò che gli sembra 'buono', desiderabile, suscettibile di soddisfare i bisogni, rifiutando e sputando ciò che considera 'cattivo'.

Nelle fasi iniziali della vita, quindi, nessuna altra funzione vitale svolge un ruolo importante nella crescita quanto l'alimentazione. Soddisfare la fame produce un sentimento di sicurezza e di benessere; nell'allattamento il bambino prova il primo sollievo dal disagio fisico, e il contatto 'caloroso' con la pelle della madre gli dà la sensazione di essere amato. Durante l'allattamento, sperimenta sensazioni piacevoli nella bocca, nelle labbra e sulla lingua, che poi cercherà di produrre, in assenza della madre, succhiandosi il dito. Così, le sensazioni di sazietà, di sicurezza e di amore sono indivisibili nelle prime esperienze del bambino.

Hilde Bruch sostiene che - quando la madre non risponde in maniera adeguata ai messaggi del figlio - questo perde ben presto la capacità di discriminare fame e sazietà. Vi sono madri che alimentano il proprio figlio tutte le volte che piange, perché sono incapaci di immaginare altri bisogni. Si sviluppa in tal modo il nesso simbolico in cui il cibo rappresenta amore, sicurezza e soddisfazione del bisogno; in questo caso, il cibo sarà utilizzato in maniera inadeguata ed esagerata allo scopo di risolvere tutti i problemi della sua esistenza.

In età adulta, quello che per alcune persone è un 'buco nero', per altre è un 'vuoto incolmabile' e mangiare diventa il modo per riempirlo e riempirsi, per non sentire il vuoto affettivo e relazionale circostante. Quando è una carenza affettiva ad aver segnato e caratterizzato l'infanzia, quando non si riesce a percepire il calore e l'amore di chi sta attorno, ingerire una grande quantità di cibo può essere un modo appreso per 'scaldarsi' e gratificarsi.

Se immaginiamo l'espressione della sofferenza che si sviluppa lungo un continuum che va dalla condizione 'sana' alla patologia, possiamo osservare manifestazioni di disagio solo quantitativamente differenti; dalla 'normalità', ove sono sempre possibili fasi di sofferenza seppur episodiche o rivelate limitatamente nel tempo, fino ai Disturbi della Condotta alimentare.

H. Bruch afferma che i Disturbi della Condotta Alimentare sono espressione esterna di disagi inerenti al Sé, al senso di inadeguatezza e alla bassa autostima che successivamente, nelle fasi critiche di passaggio, arrivano a manifestare disturbi nella sfera alimentare. In genere, afferma, tali pazienti sono state bambine compiacenti, brave, obbedienti, che ad una certa età incominciano a diventare oppositive e ribelli.

L'Analisi Transazionale individua ingiunzioni del tipo: 'Non essere te stessa', 'Non sentire', 'Non appartenere' e Spinte del tipo: 'Sii perfetta!', 'Sforzati!', 'Sbrigati!'.

Si osserva, in questi casi, un Processo di Copione del tipo 'finché'. Per esempio: 'Finché non sarò magra non potrò essere felice'.

Schematicamente, di seguito sono rappresentate le Spinte Comportamentali applicate al cibo:

'Sii forte!' diventa 'Mangia anche ciò che non ti piace'

'Sii perfetta!' diventa 'Mangia solo ciò che ti fa bene'
'Compiaci!' diventa 'Mangia tutto quello che ti do, tutto quello che dico io'
'Sforzati!' diventa 'Mangia fino alla fine, anche se non ti va, non lasciare niente'
'Sbrigati!' diventa 'Mangia veloce, presto'

Secondo Renate Göckel, gli attacchi di fame, dal punto di vista simbolico, hanno varie valenze. Per esempio, dalle parole di alcune pazienti:

'Devo tapparmi la bocca perché quello che ho da dire veramente potrebbe essere o risultare aggressivo o distruttivo, quindi minacciare il rapporto che ho in corso'.

Oppure: *'Ho bisogno di colmare il terribile vuoto che mi porto dentro e che identifico come sintomo di fame anche se so che non è così'.*

In altro modo: *'Potrebbe servire a "placarmi" in qualche modo sollevandomi momentaneamente dall'ansia di dover dare delle ragioni profonde per questo senso di sgomento e di scontentezza di me e degli altri'.*

Anche sulla base di questi elementi, l'autrice ritiene che i disturbi dell'alimentazione producono lo stesso risultato: creano distanza.

Infatti, *"L'anoressica si erge psicologicamente su tutti gli altri; la bulimica offre agli altri un'immagine di sé diversa dalla realtà, una sorta di finta facciata; l'obesa costruisce intorno a sé un'impenetrabile barriera protettiva".*

Sulla base delle sue osservazioni, queste donne non riescono a formulare richieste o rifiuti per paura di non essere più amate. Per questa ragione, mettono distanza tra sé e gli altri ed evitano che le persone si avvicinino. Hanno paura del contatto in tutti i sensi.

A tal proposito, fa esplicito riferimento alla loro difficoltà a lasciarsi andare alle emozioni, abilmente nascoste dietro la propria maschera. L'autrice chiarisce le tipiche idee che ricorrono nel dialogo interno delle sue pazienti affette da un disturbo della condotta alimentare. Tali idee, rigide, 'universali' ed assolute, sono:

- "Se fossi magra tutto sarebbe diverso"
- "Se fossi magra molti problemi sarebbero risolti di colpo"
- "Non devo deludere nessuno."
- "Tutto deve sempre andare in fretta."
- "E' meglio lasciar perdere quel che non riesco a fare bene."
- "Se non avessi i miei attacchi di fame la mia vita sarebbe a posto."
- "E' grave commettere un errore."
- "E' meglio andar sul sicuro piuttosto che correre un rischio."
- "Una volta che inizio a mangiare non riesco più a smettere."
- "E' importante quel che pensa la gente."
- "La cioccolata fa ingrassare, l'insalata fa dimagrire."
- "Solo quando sarò magra potrò: praticare uno sport, fare una sauna, mostrarmi in costume da bagno, avere una relazione con un uomo, andare a ballare, flirtare con gli uomini, indossare pantaloni vistosi, andare in vacanza da sola, chiedere un aumento, dire di no quando sono sovraccarica, sbocciare sessualmente, essere egoista, vivere secondo i miei gusti, guidare una motocicletta, competere con le altre donne, dire di no alle offerte, cercare un nuovo lavoro, trovarmi un altro uomo, andare in una bettola, andar fuori a mangiare da sola."
- "Finché sarò grassa non posso permettermi di essere egoista

perché devo compensare la mia grassezza."

- "Finché sarò grassa devo essere contenta se qualcuno è disposto ad avere a che fare con me."

Appare chiaro, dunque, come la repressione forzata dei sentimenti e delle emozioni generi, oltre che sofferenza psicologica, sintomi fisici. In questo senso, la psicoterapia della Gestalt ha rappresentato una risposta all'obiettivo di ricercare il senso del bisogno emergente all'interno della relazione.

"Considerando il disagio psichico come un disturbo della competenza relazionale che si esprime nelle diverse interazioni, la psicoterapia della Gestalt ritiene che esso possa essere risolto solo all'interno di una relazione in grado di ripristinare la spontaneità dell'organismo. Spontaneità che va ricercata nell'esperire la relazione, nella modalità di fare, o non fare, contatto".

Se il comportamento umano è inteso come 'tensione per il contatto', la sofferenza delle manifestazioni iperfagiche può essere vista come conseguenza della mancanza di tale contatto.

È possibile indagare la modalità relazionale che sta alla base del disturbo, ricercando nel *qui ed ora* come tale modalità si presenti, e come questa si ripeta di fronte agli eventi quotidiani.

"L'idea non è tanto comprendere i perché della sofferenza ed affrontarli, quanto lavorare sul come da questa sofferenza emerga, nel presente, una modalità comportamentale così disfunzionale. [...] Per fare ciò, l'osservazione fenomenologica rappresenta uno strumento quanto mai adatto. Essa si traduce nello stare, con consapevolezza, al confine di contatto, là dove l'esperienza si crea e, nello starci, giungere alla 'novità' dell'esperienza nel momento stesso in cui essa si genera, essendone parte".

In questo senso, dalle parole di Margherita Spagnuolo Lobb, il cibo, in quanto sostituto di un 'Tu' inarrivabile, diventa oggetto da introiettare, e l'eccitazione verso un 'Tu' reale si interrompe. Il bisogno non è soddisfatto né riconosciuto, e il cibo introdotto non è assimilabile, perché non realmente desiderato e perché ingoiato senza alcuna elaborazione.

Schematizzando, il ciclo di contatto si può così osservare: Bisogno → Eccitazione → Mancanza di sostegno → Vuoto → Cibo → Blocco dell'eccitazione → Bisogno → ...

Secondo il modello del Ciclo di Contatto così come analizzato da Spagnuolo Lobb, quindi, la difficoltà è soprattutto nella sotto-fase immediatamente successiva a quella di pre-contatto (orientamento), cioè quando dovrebbero iniziare a portare a termine un'azione con un obiettivo specifico. Ciò che accade è che l'Organismo interrompe il contatto e applica le varie resistenze (confluenza, introiezione, proiezione, retroflessione ed egotismo).

Obiettivo terapeutico auspicabile, dunque, riguarda il ricontattare l'eccitazione collegata al bisogno e reindirizzarne l'energia; far emergere un'aggressività sana che dia la possibilità al paziente di poter destrutturate gli stimoli in arrivo, chiedere all'ambiente e fornire un sostegno del campo. E' in tal senso, quindi, che non sono funzionali indicazioni, spiegazioni e strategie, ma *"il terapeuta deve arretrare sullo sfondo per evitare di essere egli stesso introiettato e lasciare che il paziente avanzi nel campo, diventando figura"*.

Il fine ultimo è quello di far riemergere il bisogno inibito, *"Favorire lo sviluppo dei denti, rendendo cosciente l'impazienza, che poi diviene fastidio e si trasforma in*

aggressività. Il volere tutto e subito, il 'Sette chili in sette giorni', deve trasformarsi in paziente masticazione del cibo fisico e psicologico".

Lo stesso Fritz Perls, chiarisce a questo proposito che *"Il cibo in psicoterapia della Gestalt è la metafora dell'Altro e della relazione con l'Altro"*.

L'abbuffata, il vomito o i sintomi alimentari vengono letti dunque all'interno della dialettica 'Io-Tu' come espressione di una particolare modalità di contatto con l'Ambiente.

"I soggetti con disturbi del circuito anoressico-bulimico, attraverso l'abbuffata e il vomito o dicendo no al cibo, rifiutano l'Altro in quanto hanno sperimentato, sin dai primissimi anni di vita, un'insufficiente fiducia nella relazione e in ciò che 'proviene' dall'esterno: non riescono a fidarsi di tutto ciò che proviene dalla realtà esterna poiché il loro vissuto personale, a livello evolutivo, fu [...] troppo poco sostenuto da importanti figure di riferimento, o scalfito per inaffidabilità e contraddittorie affermazioni".

In proposito, Spagnuolo Lobb riprende la riflessione sul ruolo della dinamica relazionale nella sofferenza legata alle modalità apprese, osservate nelle donne iperfagiche.

"Le loro intenzioni ed esperienze precoci si sono fatalmente incontrate con le reazioni 'confuse' delle figure di riferimento e di conseguenza essi esperiscono la 'vicinanza' dell'Altro con diffidenza e temono continuamente che qualcuno possa ingannarli e imbrogliarli (ed invaderne i confini). Questi soggetti si declinano nel mondo come se fossero angosciati da un Ambiente inaffidabile (e invasivo) da cui vorrebbero allontanarsi per acquisire autonomia: si dibattono oscillando drammaticamente tra l'angoscia di essere risucchiati dall'Altro e il bisogno di essere in relazione con l'Altro".

L'obiettivo terapeutico più rilevante, per lei *"[...]è quello di sperimentare confini più solidi, idonei all'energia che sperimentano. La relazione terapeutica è dunque vissuta come esperienza di contenimento"*.

La ricerca di una cura ha visto le persone divenire soggetti sempre più passivi e vittime di un sistema che, se da una parte fornisce grossa pressione nella direzione del 'Prendersi cura di sé', dall'altra non garantisce un adeguato sostegno a chi non ne ha ancora compreso il 'come'.

E' possibile individuare delle linee di intervento su base analitico transazionale:

- Un aspetto fondamentale riguarda l'alleanza: in un percorso con tali pazienti non ci si può focalizzare troppo presto sul contratto, in quanto in questi casi, esso diventa un punto di arrivo. Si tratta, infatti, di pazienti che si avvicinano alla terapia in maniera ambivalente e quasi mai scelgono autonomamente di fare terapia, per cui è fondamentale non avere fretta e lavorare a lungo sull'alleanza terapeutica, perché quello che per gli operatori è un sintomo, per i pazienti rappresenta l'unico mezzo che permette l'integrazione. Bisogna, quindi, fare attenzione a non colludere con la Spinta 'Sbrigati'.

- Nel modello di Analisi Transazionale, il terapeuta non si interessa del peso o della dieta, anche se non è del tutto disinteressato. Infatti, ciò che vengono considerati comunemente sintomi della malattia rappresentano, al tempo stesso, 'la loro salvezza'. Insistere sul cambiamento del peso corporeo, così come fanno i

genitori, ostacola fortemente l'alleanza terapeutica.

- Bisogna accogliere il silenzio di certi pazienti: si dice che c'è un'equazione tra il parlare/non parlare e mangiare/non mangiare e, quindi, accettare questo silenzio iniziale del non vedere cambiamenti e contemporaneamente non avere una forte richiesta di cambiamento.

- Si possono usare tutte le tecniche berniane: Illustrazione e Spiegazione soprattutto.

- Bisogna usare poco l'interpretazione, soprattutto riguardo ai conflitti interni. Infatti, le interpretazioni di paure e desideri inconsci vengono esperite dalla paziente come una ripetizione della storia della sua vita; 'qualcun altro' le sta dicendo quello che lei realmente sente, mentre la sua esperienza viene minimizzata e invalidata. Al contrario, il terapeuta deve essere interessato a ciò che lei pensa e sente, per mostrarle che ha diritto ad essere una persona autonoma e ad avere le proprie idee riguardo alla sua malattia.

- Tali pazienti utilizzeranno l'identificazione proiettiva facendo, così, provare al terapeuta ciò che provano loro (Identificazione Complementare). È importante controllare il controtransfert per identificare le sensazioni di impotenza, fallimento, eccitamento, possesso, etc che essi suscitano. Bisogna operare l'Analisi del controtransfert sia Funzionale (in quale Stato dell'io sono?) sia Storica (Cosa mi sta facendo vivere?). Per questa ragione, è preferibile che ad occuparsi del problema del peso sia un operatore diverso dal terapeuta.

•Bisogna, poi, evitare e stare attenti sia all'Identificazione Concordante che all'Identificazione Complementare, che implicano il fallimento della terapia.

•Va fatto un uso controllato della confrontazione, in quanto tali pazienti non la reggono a sufficienza.

•È utile sottolineare gli aspetti positivi che riguardano la paziente e il suo vissuto.

•Tenere un setting rigido su orari, sedute mancanti, etc.

•Fare attenzione alle distorsioni cognitive: bisogna educare pedagogicamente alle emozioni, spiegare proprio cosa sia la rabbia, cosa la tristezza, il dolore, la felicità, perché esse a livello propriocettivo (B0) hanno un difetto di traduzione delle tensioni, di confluenza, non riconoscono le emozioni, non le sanno individuare e le trasformano tutte in fame, in bisogno di riempimento. Anche se quest'ultimo aspetto è molto evidente nel mondo bulimico, è anche presente nel mondo delle anoressiche.

In ultima istanza, è interessante capire qual è il meccanismo che spinge queste donne a chiedere aiuto e a decidere di modificare spesso radicalmente la propria vita. Renate Göckel lo racconta così:

“Un giorno [...] arriva il cosiddetto ‘ultimo avvertimento’. [...] A questo punto molte donne sono pronte a mettere in discussione la propria esistenza fino a quel momento. E’ l’inizio della ‘svolta’. Imparano a trattare se stesse e la propria vita in modo diverso. Lentamente e con cautela imparano ad usare i gomiti e la voce in modo da farsi ascoltare”.

BIBLIOGRAFIA

Bruch I., *Disturbi della Condotta Alimentare*. Feltrinelli, Milano

Cuzzolaro M., *Anoressie e bulimie*. 2004. il Mulino, Bologna

A cura di Antonio Ferrara e Margherita Spagnuolo Lobb. *Le voci della Gestalt. Sviluppi e innovazioni di una psicoterapia*. Franco Angeli, Milano, 2008

Evoluzione della genitorialità

di *Giulia Tarabbo*

Guardando a ciò che sta accadendo in questo momento storico e osservandone le ripercussioni psicosociali, è possibile interrogarsi sulle relazioni familiari e su come queste si stiano modificando.

I grandi eventi storici hanno cambiato le relazioni tra i membri della famiglia. Alla base di queste modifiche vi è il cambiamento della comunità, all'interno della quale sono inserite le relazioni stesse e le richieste che la comunità fa ai singoli.

È possibile differenziare le modalità con cui avvengono i cambiamenti sociali. Questi possono essere la causa o la conseguenza di eventi storici rilevanti come guerre, rivoluzioni o catastrofi naturali.

Nella prima ipotesi, la crescente consapevolezza di un bisogno sociale e comunitario spinge gli individui ad aggregarsi in gruppi in base al bisogno condiviso da questi. Così i singoli assumono le caratteristiche delle **MASSE** descritte da Freud in *Psicologia delle masse e analisi dell'io*: "la massa è impulsiva, mutevole e irritabile. È governata quasi per intero dall'inconscio. (...) I sentimenti di una massa sono sempre semplicissimi e molto esagerati." (1) Sulla base di questo principio le rivoluzioni partano cambiamenti sociali e culturali legati al bisogno di un gruppo di persone.

Nel secondo caso, alle catastrofi naturali o alle guerre seguono cambiamenti sociali e culturali motivati da eventi non influenzati dai bisogni comunitari. In questi casi è la comunità che ha avuto necessità di adeguarsi ad un nuovo

assetto politico e sociale di cui non è promotrice.

È possibile, quindi, individuare un'evoluzione del sistema famiglia.

Nell'ultimo secolo i bisogni emotivi individuali sono mutati, anche grazie al benessere economico e sociale della seconda metà del novecento.

L'attenzione dedicata alle necessità dei bambini è sempre maggiore così come le conoscenze inerenti il loro sviluppo emotivo e psicoaffettivo.

La teoria dell'attaccamento ha messo in evidenza come il ruolo del caregiver sia centrale per lo sviluppo dell'infante. Numerosi studi hanno evidenziato la presenza di correlazione tra uno specifico modello di attaccamento e psicopatologie. Intorno al ruolo del caregiver ruota l'attenzione di chi si interroga sulle dinamiche intra familiari.

Moltissime ricerche sono orientate all'individuazione delle caratteristiche della madre sufficientemente buona. Ciò che sembra essere determinate è la capacità di essere presente emotivamente all'interno della relazione con il bambino.

Essere madre e padre attualmente ha caratteristiche differenti da quelle che appartenevano alle generazioni precedenti. I ruoli del paterno e del materno si sovrappongono e si confondono. Lentamente e con grandi difficoltà la donna lascia il focolare e smette di essere solo madre.

La donna decide di andare nel mondo eppure, nonostante la politica di inclusione così fortemente considerata, durante l'ultimo anno tantissime donne si sono trovate a dover rinunciare al proprio lavoro per rimanere a casa con i propri figli, costretti alla didattica a distanza.

Va sottolineato come ad entrambi i genitori siano affidati i compiti legati sia al codice paterno che a quello materno.

Le caratteristiche del codice materno riguardano la capacità di *appartenere* dell'individuo. La persona impara attraverso l'identificazione, l'apparenza, l'identificarsi con l'altro e le modalità con cui entrare in relazione. Al codice paterno sono invece attribuiti i compiti legati alla *differenziazione*. La persona va alla ricerca del nuovo e dell'altro diverso da sé.

Apprendere e assimilare entrambi i codici è un aspetto fondamentale per lo sviluppo individuale.

Dunque fatte tali premesse è possibile osservare come nel corso del tempo le figure genitoriali abbiano cambiato le modalità relazionali. Il ruolo normativo severamente vincolato all'autorità genitoriale è stato sostituito da figure genitoriali molto più accoglienti rispetto ai bisogni *espressi* dai figli. In tale passaggio sembra però essersi perso il ruolo di contenimento emotivo e normativo che pure appartiene alle figure genitoriali.

Dalla pratica clinica sembra esserci da una parte la difficoltà di differenziazione tra genitori e figli e, dall'altra, si riscontra una difficoltà nella possibilità di fornire frustrazioni evolutive ai propri figli. I genitori sembrano essere preoccupati di perdere l'amore dei propri figli se assumono una funzione più normativa. Il disagio che segue questa difficoltà è possibile rintracciarlo in modo evidente attraverso il malessere espresso già a partire dal periodo adolescenziale.

L'appartenenza ad una società, come descritta da Claudio Naranjo, dove prevale una mente patriarcale, ossia

“una società nella quale la fame d'amore paterno e materno costringe la maggior parte delle persone ad una dipendenza affettiva.”,(2) pone ancor di più in evidenza le difficoltà osservate dai genitori. Il ruolo sociale richiesto agli adulti pone questi ultimi in un costante bisogno di riconoscimento affettivo, mettendo in atto un'inversione di ruolo.

Non è più il genitore che riconosce e differenzia da sé il bambino, ma è il figlio che rispecchia l'integrità del genitore. Vengono così a sovrapporsi e a confondersi ruoli e funzioni ed il processo di separazione ed individuazione, che risulta essere fondamentale per la crescita, trova le resistenze dettate dalla paura di perdere l'amore vitale rispecchiato dal figlio.

Note

(1)Psicologia delle masse e analisi dell'Io, pag. 19. Biblioteca Bollati Boringhieri.

(2)La civiltà, un male curabile, pag- 78-79
Claudio Naranjo, FrancoAngeli 2017

Bibliografia

CAVIGLIA G.; *Teoria della mente, attaccamento disorganizzato, psicopatologia*, Carducci, 2015.

FREUD S.; *Psicologia delle masse ed analisi dell'Io*, Bollati Boringhieri, 1975, 19.

GUERRIERA C.; *Il padre della mente*, Idelson-Gnocchi, 1999

NARANJO C.; *La civiltà, un male curabile*, FrancoAngeli, 2017, 78-79.

IL CYBERBULLISMO, LA VIOLENZA DELL'ERA DIGITALE

di Veronica Lombardi

Le parole pesano, creano relazioni, aspettative e stimoli, mettono radici, muovono energia, rappresentano mondi paralleli, racchiudono menti umane...

L'attuale emergenza sanitaria, ha evidenziato la grande importanza della "Rete". L'anno appena trascorso ha incrementato l'uso della digitalizzazione in tutti i settori pubblici e privati. Tuttavia, se la rete ci offre numerosi benefici, dall'altro permette il dilaniarsi dei reati correlati a questo complesso e multiforme universo.

La parola *Lockdown* ha significato ridisegnare la concezione del tempo e dello spazio, non esistono più i sabati e le domeniche ma giornate che si susseguono, seduti dietro un pc, una dietro l'altra, quasi tutte uguali. L'implementazione dei programmi di didattica a distanza (DAD) ha garantito il proseguimento delle lezioni per completare programmi ministeriali ma i ragazzi si sono visti sottrarre un bene più prezioso: la libertà di socializzare, di stare insieme, in uno scambio perenne di esperienze nuove che danno vita a nuove connessioni personali e a stimoli sempre maggiori e quando sei un adolescente nulla può essere più devastante del dover frenare in corsa questa travolgente libertà.

La meravigliosa opportunità della Rete, che tuttavia dà continuità a questo scambio interpersonale, può trasformarsi così in una ragnatela che ti imprigiona. È in questo contesto che il cyberbullismo è

in continua evoluzione. Ma facciamo un passo indietro, cos'è il cyberbullismo? La parola *cyberbullismo* è un neologismo coniato per identificare forme di "*bullismo virtuale, compiuto mediante la rete telematica*". In ambito giuridico il termine è circoscritto nella [L. 71/2017](#), secondo cui per *cyberbullismo* deve intendersi "*qualunque forma di pressione, aggressione, molestia, ricatto, ingiuria, denigrazione, diffamazione, furto d'identità, alterazione, acquisizione illecita, manipolazione, trattamento illecito di dati personali in danno di minorenni, realizzata per via telematica, nonché la diffusione di contenuti on line aventi ad oggetto anche uno o più componenti della famiglia del minore il cui scopo intenzionale e predominante sia quello di isolare un minore o un gruppo di minori ponendo in atto un serio abuso, un attacco dannoso, o la loro messa in ridicolo*".

Il cyberbullismo, quindi, costituisce "un fenomeno nuovo, legato all'era digitale". Oggi la tecnologia consente ai bulli di infiltrarsi nelle case delle vittime, di materializzarsi in ogni momento della loro vita, perseguitandole con messaggi, immagini, video offensivi inviati tramite smartphone o pubblicati sui siti web tramite Internet. Il **bullismo** diventa quindi **cyber**. Il cyberbullismo, appunto, definisce un insieme di azioni aggressive e intenzionali, di una singola persona o di un gruppo, realizzate mediante strumenti elettronici (sms, mms, foto, video, email, chat rooms, instant messaging, siti web, telefonate), il cui obiettivo è quello di provocare danni ad un coetaneo incapace di difendersi. Rispetto al bullismo tradizionale, il cyberbullismo, svolgendosi sulla rete

internet ne rende più “*difficile la reperibilità*” del cyberbullo inoltre è svolto in “*assenza di limiti spazio temporali*” in quanto mentre il bullismo tradizionale avviene di solito in luoghi e momenti specifici (ad esempio in contesto scolastico), il cyberbullismo investe la vittima ogni volta che si collega al mezzo elettronico utilizzato dal cyberbullo (*WhatsApp, Facebook, Twitter, blog, ecc.*) Ma la differenza più evidente tra bullismo e *cyberbullismo* risiede nella perdita della componente fisica e diretta che, pur nella varietà dei casi e delle forme, caratterizza gran parte dei classici episodi di bullismo: ad una “relazione” nell’ambito della quale bullo e vittima si conoscono, abitano nella stessa città e frequentano gli stessi ambienti, le nuove forme di *cyberbullismo* sostituiscono invece una dimensione nella quale ad interagire possono essere anche perfetti estranei, che nulla conoscono gli uni degli altri, se non i rispettivi nomi utente, *avatar* e immagini di profilo.

La perdita di qualsiasi limitazione legata al tempo e allo spazio: se infatti gli episodi di bullismo tradizionale rimangono comunque legati alle occasioni di contatto che bullo e vittima possono avere nell’ambito di un ambiente comune, le potenzialità dei nuovi mezzi di comunicazione fanno sì che le condotte aggressive riconducibili al *cyberbullismo* possano invece verificarsi in qualsiasi momento e a prescindere dalla distanza geografica tra i soggetti coinvolti, rendendo ancor più difficile per la vittima sottrarsi alle vessazioni di cui è fatta bersaglio. Gli stessi strumenti informatici contribuiscono poi ad alimentare,

specialmente nei soggetti più giovani, una particolare disinvoltura nel loro utilizzo: la semplicità con cui ragazzi e ragazze possono oggi accedere a svariati servizi online, assieme alla mancata percezione dei rischi e delle conseguenze anche gravi delle azioni poste in essere nel mondo digitale, possono indurre all’adozione di comportamenti che nella vita reale non sarebbero stati assunti o avrebbero comunque probabilmente trovato un argine in meccanismi di controllo e disapprovazione operanti all’interno dell’ambiente scolastico, sportivo e sociale in genere.

La pericolosità del fenomeno si evidenzia anche sotto un altro profilo: per via della stessa natura della rete *Internet*, tutti i contenuti su di essa caricati finiscono per sfuggire alla diretta disponibilità di chi li ha condivisi, determinando una possibilità di diffusione di dati, informazioni e materiali su una scala che non ha uguali in altre forme di comunicazione del passato, con conseguenti difficoltà nel procedere in un secondo momento alla loro rimozione anche per le stesse autorità preposte al controllo.

Il cyberbullismo può manifestarsi in maniera differente e a tal proposito sono state coniate le seguenti categorie:

- ***flaming***, consistente nella pubblicazione di messaggi dal contenuto aggressivo, violento, volgare, denigratorio, in danno di un utente nel momento in cui questi compie una *d e t e r m i n a t a* attività *online* (ad esempio quando esprime il suo

pensiero intervenendo su un *social network*);

- **harassment**, consistente nell'invio continuo e reiterato di una moltitudine di messaggi informatici di carattere volgare, aggressivo e minatorio (attraverso strumenti di comunicazione come sms, e-mail, *chat*, *social network*, ecc...) da parte di uno o più soggetti nei confronti un individuo assunto come bersaglio; a questo genere di condotte – seppur con i dovuti distinguo quanto a motivazioni e cause scatenanti – è assimilabile il fenomeno del *cyber-stalking*, spesso posto in essere da chi, non accettando un rifiuto o la fine di una relazione, inizia a perseguire tenacemente la persona da cui è stato respinto, avvalendosi di canali informatici o telematici per porre in essere una prolungata serie di molestie o minacce;
- **denigration**, consistente nella diffusione in via informatica o telematica di notizie, fotografie o video (veri o anche artefatti riguardanti comportamenti o situazioni imbarazzanti che coinvolgono la vittima), con lo scopo di lederne l'immagine, offenderne la reputazione o violarne comunque la riservatezza;

nell'ambito di questa categoria si fanno rientrare anche alcune ipotesi nelle quali forme più tradizionali di bullismo si avvalgono delle potenzialità di condivisione offerte dai nuovi mezzi di comunicazione per garantirsi una più ampia platea di spettatori, attraverso la divulgazione in rete o tramite sistemi di messaggistica di contenuti (spesso video) che gli stessi bulli registrano mentre sottopongono la propria vittima a maltrattamenti e soprusi (pratica che prende il nome di *cyber-bashing* o *happy slapping*);

- **impersonation**, consistente nelle attività non autorizzate poste in essere da un soggetto il quale, dopo essersi in qualche modo procurato le credenziali di accesso ad uno o più *account* di servizi *online* in uso alla vittima, se ne serve per creare nocumento o imbarazzo (ad esempio attraverso l'invio di messaggi o la pubblicazione di contenuti inopportuni, facendo credere che gli stessi provengano dalla vittima);

- ***outing and trickery***, consistente nella condotta di chi, avendo ricevuto o detenendo dati, immagini intime o altro materiale sensibile della vittima (ricevuti direttamente da quest'ultima o, comunque, realizzati con il suo consenso), li diffonde tramite messaggi, *chat* o *social network* o comunque li carica in rete senza l'approvazione della vittima o addirittura contro la sua esplicita volontà, rendendoli così accessibili ad una moltitudine di utenti.

Come nel bullismo tradizionale, però, il prevaricatore vuole prendere di mira chi è ritenuto "*diverso*", solitamente per aspetto estetico, timidezza, orientamento sessuale o politico, abbigliamento ritenuto non convenzionale e così via. Gli esiti di tali molestie sono, com'è possibile immaginarsi a fronte di tale stigma, l'erosione di qualsivoglia volontà di aggregazione e il conseguente isolamento, implicando esso a sua volta danni psicologici non indifferenti, come la depressione o, nei casi peggiori, ideazioni e intenzioni suicide.

Spesso le vittime di cyberbullismo vivono situazioni di profonda solitudine, una violenza silenziosa presente anche in ogni classe scolastica, poiché c'è sempre un ciccione da colpire, una secchiona da offendere o un balbuziente da deridere. Le parole cattive possono essere più violente di un virus, ogni giorno finiscono con il muoversi leggere e spietate nell'universo online. La

sofferenza non è riservata solo a chi finisce sulle prime pagine dei giornali o su video virali diffusi in rete, siamo tutti più fragili di quanto possa sembrare. Una parola di troppo, un sorriso negato, un abbraccio non corrisposto, una risatina alle nostre spalle, una mezza frase scritta in chat, una brutta emoji. Sono tanti i piccoli tasselli che vanno a comporre un mosaico di dolore, quello che se prolungato nel tempo penetra fino alle ossa e ti fa sprofondare dentro una stanchezza relazionale.

Il cyberbullismo comprende il 59% di vittime Donne, il "*Beauty*" cyberbullismo ; ci riferiamo al fenomeno che ha contato fino ad oggi 55 milioni di vittime, con una maggioranza incisa maggiormente sulle donne che usano i social network.

Molte ragazze tra i 16 e i 25 anni si sono viste commentare la propria foto con insulti per non rispondere ai cannoni di bellezza della nostra società.

Nel 2017 ci sono state circa 115 milioni di foto cancellate dai social ed è proprio da qui che per rimediare a questa situazione, nasce la campagna del #Iwillnotbedeleted, ovvero, "Non sarò cancellata". Persino la famosissima attrice "Cara Delevingne", vittima anche lei, ha incoraggiato le donne ricordando che la personalità ha una grande valore e non importa ciò che dicono gli altri, si è uniche per come si è e non si deve aver paura di mostrare immagini reali di se stessi, imparando a mostrare anche i propri difetti fisici e ad amare per le proprie diversità .

Numerose le donne hanno aderito all'iniziativa di questa campagna e poter

finalmente ammettere di non cancellarsi più sui social e di fregarsene altamente degli insulti online per non rispettare stereotipi di bellezza ma avere il coraggio di mostrarsi in rete le proprie imperfezioni.

#Iwillnotbedeleted è una campagna per promuovere il concetto di bellezza e sostenere appunto tutte queste vittime. Nessun individuo ha il diritto di sparlare di un altro, denigrandolo per le proprie diversità fisiche.

La prevenzione, è sempre la politica più efficace; in questo caso prevenzione significa diffusione della cultura del rispetto della persona e delle diversità e sensibilizzazione rispetto alle conseguenze di tutte le forme di violenza e marginalizzazione.

È essenziale accorgersi della presenza del problema in un contesto, cosa particolarmente difficile nel caso del cyberbullismo (i segnali sono spesso sfuggenti, ma può essere indicativo osservare i repentini cambiamenti dell'umore e del comportamento delle vittime); per individuare il problema e le sue dimensioni si possono utilizzare questionari anonimi, in cui si chiede ai ragazzi di segnalare episodi di bullismo o cyberbullismo osservati o conosciuti, oppure di dichiarare se ed in che misura essi stessi sono bulli o vittime.

Le vittime debbono essere sottratte all'azione dei bulli e questi debbono essere aiutati a maturare un'autentica consapevolezza della portata dei propri atti e delle conseguenze anche sanzionatorie cui vanno incontro.

Sicuramente, sottoporre la vittima e la sua famiglia ad un percorso psicologico,

nonché svolgere una puntuale attività di informazione, soprattutto nelle scuole e soprattutto sulle conseguenze, rappresentano gli step necessari, per la prevenzione ed il contrasto al fenomeno del cyberbullismo.

Fondamentale è la cultura del rispetto dei ruoli: i ragazzi devono essere aiutati a capire quanto compete a ciascuna persona in virtù del suo ruolo. In particolare il ruolo genitoriale, che deve vegliare sui tempi e gli utilizzi del mezzo telematico del figlio; devono, inoltre, capire il ruolo dell'insegnante, che è anche quello di assicurare le condizioni di serenità essenziali per il lavoro scolastico e pronto ad un eventuale ascolto attivo in classe e stabilire una prima relazione d'aiuto. Inoltre bisogna sensibilizzare i ragazzi ai rischi connessi alle attività on-line, sia in termini quantitativi (l'eccesso di tempo on-line ha conseguenze marcatamente negative sulle attività cognitive) che qualitativi (alcuni comportamenti espongono molto più di altri alla vittimizzazione, come condividere materiali personali ed imbarazzanti, confidando nella riservatezza di chi le riceve, oppure rispondere a messaggi offensivi ed insultanti, che induce il bullo a porre in atto attacchi ancora più marcati).

La cultura del rispetto delle persone, significa rispettare le differenze perché tutti siamo "diversi" l'uno dall'altro, ed è proprio la differenza la radice della nostra unicità ed è questa, infondo, la più grande forza.

Lo scudo che un adolescente, vittima di cyberbullismo può indossare, affinché possa uscire da questa esperienza più forte, è la consapevolezza che i rapporti

umani virtuali vivono uno spazio ed un tempo che realmente non esistono. La vittima, con un percorso terapeutico, può ridefinire se stesso e le dinamiche relazionali.

Il Covid-19 non è solo un virus da debellare, ma rappresenta un cambiamento sociale e gli adolescenti di oggi sono in prima linea a combattere le loro fragilità come detto, sempre più spesso “telematiche”, in una lotta in cui chi afferma se stesso, le proprie diversità rispetto ai canoni standardizzati dettati dai falsi miti del mondo social, può diventare bersaglio del web.

BIBLIOGRAFIA:

•“ZONA CESARINI” DI LUCA

PAGLIARI (BOMPIANI 2016);

•“UNA SCELTA DI VITA” DI LUCA

PAGLIARI (BEVIVINO 2007);

•“ SILENZIO DOPO LA NEVE” DI

LUCA PAGLIARI (GIUBILEI

REGNANI 2014);

•CYBERBULLISMO DI LUCA

PAGLIARI (LA SPIGA 2018);

“STORIE DI VITE ON-LINE E DI

CYBERBULLISMO” DI LUCA

PAGLIARI (NUOVA CANTELLI

EDITORE 2020)-BULLISMO E

CYBERBULLISMO, STUDI,

METODOLOGIE E TECNICHE DI

PREVENZIONE (ERIKSON 2018)

•CIRIPO, BULLI E BULLE. STORIE

DI BULLISMO E CYBERBULLISMO

DI GIUSEPPE MAIOLO GIULIANA

FRANCHINI (ERICKSON, 2017)

•BULLISMO E CYBERBULLISMO.

COME INTERVENIRE NEI

CONTESTI SCOLASTICI DI

DANIELE FEDELI CLAUDIA

MUNARO (GIUNTI EDU, 2019)

•CYBERBULLISMO. GUIDA

COMPLETA PER GENITORI,

RAGAZZI E INSEGNANTI DI

MAURO BERTI, SERENA VALORZI,

MICHELE FACCI (NOVEDITO 2017)

Fattori di rischio e livelli di stress nelle madri con minore affetto da Disturbo dello Spettro Autistico

di Emanuele Mingione

Keywords: Ruolo materno, Stress genitoriale, Autismo

ABSTRACT

L'articolo qui presentato ha lo scopo di sintetizzare alcuni aspetti psicoemotivi di genitori di minori disabili in base all'esperienza clinica svolta dall'equipe multidisciplinare del Nucleo di II Livello di NPIA del Distretto 12 dell'ASL CE (1).

Nello specifico, è stato considerato il ruolo materno, prendendo in esame in particolar modo il lavoro effettuato con le madri di bambini che hanno già ricevuto la diagnosi di Disturbo dello Spettro Autistico o che sono in corso di approfondimento diagnostico, compresi in una fascia di età tra i 18 mesi e i 10 anni.

L'analisi delle narrazioni durante i colloqui e le visite, nonché le interviste semistrutturate o le sessioni di osservazione di gioco attraverso test standardizzati hanno evidenziato un forte bisogno, specialmente delle madri, di ricevere un supporto personale o familiare dove poter ottenere da un lato informazioni utili sulla gestione del proprio bambino, dall'altro uno spazio dove poter elaborare i propri vissuti legati alla malattia del figlio.

Introduzione

Il disturbo dello Spettro Autistico è una disabilità multidimensionale dello

sviluppo neurologico che colpisce le interazioni sociali e le capacità di comunicazione (2). Tale disturbo è caratterizzato da interessi e attività ripetitive e stereotipate, e da comorbidità comuni che variano in gravità in tutto lo spettro, inclusi aggressività, comportamento impulsivo, ansia, depressione, difficoltà del sonno e disturbi cognitivi. Le peculiarità della sintomatologia clinica possono essere estremamente eterogenee sia in termini di complessità che di severità e possono presentare un'espressione variabile nel tempo. Gli studi epidemiologici internazionali hanno riportato un incremento generalizzato della prevalenza del Disturbo dello Spettro Autistico. La maggiore formazione dei medici, le modifiche dei criteri diagnostici e l'aumentata conoscenza del disturbo da parte della popolazione generale, connessa anche al contesto socio-economico, sono fattori da tenere in considerazione nell'interpretazione di questo incremento (3).

In Italia, si stima che 1 bambino su 77 (età compresa tra i 7 ed i 9 anni) presenti un Disturbo dello Spettro Autistico con una prevalenza maggiore nei maschi. Questa stima nazionale è stata effettuata nell'ambito del "Progetto Osservatorio per il monitoraggio dei Disturbi dello Spettro Autistico" co-coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità e dal Ministero della Salute.

Diversi studi sottolineano come tale disabilità abbia un forte impatto sul benessere dell'intera famiglia. Una ricerca condotta da Bluth e collaboratori nel 2013, ad esempio, ha evidenziato che i genitori di bambini con Disturbo dello Spettro Autistico sperimentano una serie complessa di fattori di stress che sono direttamente correlati alle caratteristiche del bambino, come comportamenti molto invalidanti, e indirettamente correlati a fattori di stress del sistema, come le barriere all'accesso ai servizi per il bambino (4). In tal senso,

Karst e collaboratori, in uno studio precedente, datato 2012, hanno sottolineato che i fattori di stress, che man mano si accumulano, portano le famiglie a vivere tensioni finanziarie, difficoltà nella gestione del tempo, conflitti coniugali, isolamento sociale, diminuzione dell'autoefficacia genitoriale e incertezza sul futuro del loro bambino (5).

Fattori di rischio e di stress nelle madri di minori con Disturbo dello Spettro Autistico.

Il mondo della psicologia ha sempre prestato una particolare attenzione al ruolo del "materno", basti pensare al pensiero freudiano con il complesso edipico o le successive teorie psicanalitiche kleiniane o bioniane, fino al concetto di attaccamento di Bowlby. Anche rispetto alle cause dell'insorgenza dell'autismo, diverse sono state le teorizzazioni, nel tempo smentite, che vedevano nel rapporto madre-bambino la possibile causa di insorgenza del disturbo stesso. Le prime teorie, infatti, sono state di stampo psicoanalitico e vedevano le cause alla base dello sviluppo del Disturbo dello Spettro Autistico incentrate su di una particolare alterazione della relazione tra madre e bambino. Nello specifico, Bruno Bettelheim, nel 1967, ipotizzava che l'autismo scaturisse da un rapporto inadeguato del bambino con la madre, definita "madre frigorifero", da cui il minore doveva essere staccato per una terapia riabilitativa, la cosiddetta "parentectomia" (6) (7).

Oggi, invece, si è visto che il Disturbo dello Spettro Autistico è causato da una varietà di fattori di natura organica, genetica, epigenetica e di sviluppo del cervello ed il ruolo genitoriale ha assunto un'importanza nelle strategie di gestione ed intervento a supporto del minore stesso. Naturalmente, è necessario

sottolineare che una madre deve mantenere il suo ruolo di genitore senza pretendere di trasformarsi essa stessa in

una terapeuta del figlio. Durante il lavoro svolto dall'equipe multidisciplinare del Nucleo di II livello dell'ASL CE, in diversi colloqui ed interviste si è evinto, infatti, che molti genitori, in particolare le madri, che spesso sono delegate in maniera univoca al ruolo di caregiver del minore disabile, frequentavano corsi di formazione specifici per poter intervenire in maniera "abilitativa", perdendo di vista l'importanza dell'esclusività di accadimento della relazione materna.

Le caratteristiche del Disturbo dello Spettro Autistico, in particolare le difficoltà relazionali e comunicative, rendono molto complessa da un punto di vista emotivo la metabolizzazione della malattia stessa del proprio figlio. Durante gli approfondimenti diagnostici, svolti nel suddetto Nucleo, la discontinuità o la mancanza del contatto oculare, l'assenza o il ritardo nel linguaggio o il non voltarsi quando è chiamato per nome, ad esempio, sono i primi campanelli di allarme che creano sin da subito nell'animo del genitore (90% madri) che assiste alle osservazioni standardizzate, ad esempio test CARS 2 (8) o test ADOS (Modulo Toddler o Modulo 1) (9), un forte senso di angoscia. Molte madri durante le visite o durante le interviste semistrutturate come l'ADI-R (10) o le Vineland II (11) raccontano spesso di raccogliere molte informazioni sull'autismo da internet, andando incontro anche a tanti pareri o teorizzazioni basati sulla disinformazione, come ad esempio l'attribuire l'origine del disturbo alle vaccinazioni. La fase diagnostica risulta essere molto delicata in quando può essere vista come un momento estremamente luttuoso, soprattutto per una madre. Proprio come l'elaborazione di un lutto, il genitore deve attraversare vari stati per poter giungere

all'accettazione della malattia. Non manca, infatti, specialmente all'inizio, l'attivazione di meccanismi di difesa come la negazione.

Certamente le madri sono già altamente "messe in discussione" da un punto di vista psicoemotivo, rispetto alle aspettative proprie personali, di coppia e sociali, dalla diagnosi della disabilità di un figlio. Per far fronte alle maggiori responsabilità quotidiane legate all'accudimento del figlio disabile, spesso le madri rinunciano a diverse opportunità di sviluppo individuale, con rinunce rispetto ad ambizioni personali, specialmente in ambito lavorativo e professionale (12) (13). Sicuramente la nascita di un figlio disabile o, comunque, il momento della scoperta del disturbo, è un avvenimento altamente esplosivo all'interno del ciclo vitale di una famiglia, tale da produrre un grande "crollo". Quest'ultimo, però, è solo la prima difficoltà davanti alla quale le famiglie si trovano. Le maggiori difficoltà e l'inevitabile aumento di stress, spesso correlato con un aumento degli stati ansiosi o in alcuni casi con l'esordio di veri e propri disturbi dell'umore, sorgono con l'evolvere e la crescita del figlio. In letteratura, ad esempio, uno studio classico condotto da Holroyd e McArthur, nel 1976, ha dimostrato che le madri di bambini con autismo, rispetto alle madri di bambini con Sindrome di Down, sono più stressate e più preoccupate per la dipendenza del bambino, la gestione del suo comportamento e gli effetti del bambino su altri membri della famiglia e più ansiose di ottenere servizi adeguati (14).

La stessa funzione di caregiver cambia durante la vita del bambino con tale disturbo e risultano particolarmente critiche le fasi di transizione. Ad esempio, Hayes e Watson, nel 2013 hanno rimarcato che dopo la diagnosi iniziale, lo stress del genitore può derivare dalla difficoltà nel raccogliere informazioni e nell'ottenere servizi di

intervento precoce. Durante gli anni scolastici, le difficoltà si trasformano e possono coincidere con l'accedere a servizi di istruzione speciale. Con il passaggio del bambino all'età adulta, fattori di tensione possono derivare dalle barriere all'accesso alla comunità, all'occupazione e all'alloggio. I genitori possono anche dover affrontare sfide legate alla pianificazione del "dopo di noi", alle finanze e alla tutela (15). In un'ulteriore ricerca di Baker e collaboratori che hanno confrontato il livello di "stress gestionale" di genitori di bambini con sviluppo tipico e con altre disabilità, i genitori di bambini con Disturbo dello Spettro Autistico sperimentano un maggiore carico a livello psicoemotivo, affaticamento e problemi di salute (16). Infine, in diversi studi sperimentali è emerso che un minore benessere familiare crea un ciclo bidirezionale negativo che può esacerbare i comportamenti problematici del bambino oltre a ridurre gli effetti positivi degli interventi terapeutici (17) (18). Al contrario, il miglioramento del funzionamento familiare può avere un impatto positivo sui risultati dei bambini nel corso dei trattamenti (19).

Hartley e Schultz (20) hanno riportato una percentuale maggiore di bisogni importanti insoddisfatti per le madri rispetto ai padri. I bisogni insoddisfatti delle madri erano spesso legati allo sviluppo sociale del bambino, agli impatti a livello familiare, al sostegno emotivo e alla pianificazione per il futuro. Gli autori hanno affermato che comprendere le importanti esigenze di supporto insoddisfatte dei genitori di bambini con Disturbo dello Spettro Autistico è un primo passo fondamentale verso il miglioramento del benessere dei genitori e dei risultati familiari.

Conclusioni

Il lavoro che si è svolto e che si sta svolgendo ha fatto affiorare una decisa

necessità di trovare per i genitori di minori con il Disturbo dello Spettro Autistico, in particolare per le madri, uno spazio di ascolto e in diversi casi attraverso una vera e propria presa in carico terapeutica, in cui poter narrare ed elaborare i propri vissuti emotivi rispetto alla patologia dei figli. Inoltre, se da un lato è importante fornire loro le corrette informazioni, dall'altro gli aspetti comunicativi-relazionali all'interno del contesto familiare giocano un ruolo di centrale importanza per la costruzione di un ambiente capace di fornire un adeguato sostegno alla crescita del bambino con tale disabilità.

La famiglia è il primo ambiente nel quale ogni bambino si trova a vivere. L'integrazione nell'ambiente familiare è, quindi, il primo obiettivo educativo nei confronti del bambino autistico. Aiutare il bambino autistico a sviluppare le sue capacità sociali e i suoi interessi nell'ambiente domestico deve costituire il primo passo del processo riabilitativo e ha come obiettivo il miglioramento della qualità di vita propria e dell'intera famiglia. Il benessere del bambino e la sua educabilità sono infatti imprescindibili dal benessere della famiglia in cui lo stesso è inserito. Il supporto alle madri e al loro equilibrio psicologico risulta, dunque, un aspetto imprescindibile del lavoro con il bambino affetto da Disturbo dello Spettro Autistico.

Note

1 Luana Sergi, Neuropsichiatra Infantile e Referente del Nucleo di II livello del ASL CE; Emanuele Mingione, Psicologo-Psicoterapeuta; Giuseppina D'Angelo, Psicologa (Borsista Progetto Regionale); Benedetta De Rosa, Psicologa (Borsista Progetto Regionale); Viviana Natale, Logopedista.

2 American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-5, American Psychiatric Association, Arlington, Va, USA, 5th edition, 2013.

3 http://www.salute.gov.it/portale/salute/p1_5.jsp?id=62&area=Disturbi_psichici

4 Bluth K., Roberson P. N., Billen R. M., Sams J. M., A stress model for couples parenting children with autism spectrum disorders and the introduction of a mindfulness intervention, *Journal of Family Theory & Review*, vol. 5, no. 3, pp. 194–213, 2013.

5 Karst J.S., van Hecke A. V., Parent and family impact of autism spectrum disorders: a review and proposed model for intervention evaluation, *Clinical Child and Family Psychology Review*, vol. 15, no. 3, pp. 247–277, 2012.

6 Bettelheim B.: *La fortezza vuota: l'autismo infantile e la nascita del sé* (tr. it. Anna Maria Pandolfi, *The Empty Fortress: Infantile Autism and the Birth of the Self*, 1967), Garzanti, Milano 1976.

7 Bettelheim B.: *Un genitore quasi perfetto* (tr. it. Adriana Bottini, *A Good Enough Parent: A Book on Child-Rearing*, 1987) Feltrinelli, Milano 1987.

8 Militeri R., Nardocci F., Faggioli R., Arduino G.: *CARS-2*, Giunti Psychometrics, Firenze, 2014.

9 Colombi C., Tancredi R., Persico A., Faggioli R.: *ADOS-2*, Hogrefe Editore, Firenze, 2013

10 Faggioli R., Sacconi M., Persico A.M., Tancredi R., Parrini B., Igliozzi R.: *ADI-R*, Giunti Psychometrics, Firenze, 2005.

11 Balboni G., Belacchi C., Bonichini S., Coscarelli A.: *Vineland II*, Giunti Psychometrics, Firenze, 2016.

12 Harris S.L., Boyle T.D., Fong, P., Gill M.J., Stanger C.: Family of the developmentally disabled children. In

Wollraich M., Routh D.K. (eds) *Advances in developmental and behavioral pediatrics*, JAI Press Inc., London, 1987.

13 Sorrentino A.M.: *Handicap e riabilitazione: una bussola sistemica nell'universo relazionale del bambino handicappato*. NIS, Roma, 1987.

14 Holroyd J., McArthur D.: Mental retardation and stress on the parents: A contrast between Down's syndrome and childhood and childhood autism. *American Journal of Mental Deficiency*, 80, 431–436, 1976.

15 Hayes S. A., Watson S. L.: The impact of parenting stress: A meta-analysis of studies comparing the experience of parenting stress in parents of children with and without autism spectrum disorder, *Journal of Autism and Developmental Disorders*, vol. 43, no. 3, pp. 629–642, 2013.

16 Baker J. K., Smith L. E., Greenberg J.S., Seltzer M. M., Taylor J. L.: Change in Maternal Criticism and Behavior Problems in Adolescents and Adults With Autism Across a 7-Year Period, *Journal of Abnormal Psychology*, vol. 120, no. 2, pp. 465–475, 2011.

17 Dunst C. J., Trivette C. M., Hamby D. W.: Meta-analysis of family-centered helpgiving practices research, *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, vol. 13, no. 4, pp. 370–378, 2007.

18 Mandell D. S., Xie M., Morales K. H., Lawer L., McCarthy M., Marcus S. C.: The interplay of outpatient services and psychiatric hospitalization among medicaid-enrolled children with autism spectrum disorders, *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, vol. 166, no. 1, pp. 68–73, 2012.

19 Sergi L., Mingione E., Ricci M.C., Cavallaro A., Russo F., Operto F.F., Corrivetti G., Frolli A.: Autism, Therapy

and COVID-19, *Pediatric Report* 2021, 13, 35-44.

20 Hartley S. L., Schultz H. M., Support Needs of Fathers and Mothers of Children and Adolescents with Autism Spectrum Disorder, *Journal of Autism and Developmental Disorders*, vol. 45, no. 6, pp. 1636–1648, 2014.

Bibliografia

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, DSM-5, American Psychiatric Association, Arlington, Va, USA, 5th edition, 2013.

BAKER J. K., SMITH L. E., GREENBERG J.S., SELTZER M. M., TAYLOR J. L.: *Change in Maternal Criticism and Behavior Problems in Adolescents and Adults With Autism Across a 7-Year Period*, *Journal of Abnormal Psychology*, vol. 120, no. 2, pp. 465–475, 2011.

BETTELHEIM B.: *La fortezza vuota: l'autismo infantile e la nascita del sé*, Garzanti, Milano 1976.

BETTELHEIM B.: *Un genitore quasi perfetto*, Feltrinelli, Milano 1987.

BLUTH K., ROBERSON P. N., BILLEN R. M., SAMS J. M., *A stress model for couples parenting children with autism spectrum disorders and the introduction of a mindfulness intervention*, *Journal of Family Theory & Review*, vol. 5, no. 3, pp. 194–213, 2013.

DUNST C. J., TRIVETTE C. M., HAMBY D. W.: *Meta-analysis of family-centered helpgiving practices research*, *Mental Retardation and Developmental*

Disabilities Research Reviews, vol. 13, no. 4, pp. 370–378, 2007.

HARRIS S.L., BOYLE T.D., FONG, P., GILL M.J., STANGER C.: *Family of the developmentally disabled children*. In WOLLRAICH M., ROUTH D.K. (eds) *Advances in developmental and behavioral pediatrics*, JAI Press Inc., London, 1987.

HARTLEY S. L., SCHULTZ H. M., *Support Needs of Fathers and Mothers of Children and Adolescents with Autism Spectrum Disorder*, *Journal of Autism and Developmental Disorders*, vol. 45, no. 6, pp. 1636–1648, 2014.

HAYES S. A., WATSON S. L.: The impact of parenting stress: A meta-analysis of studies comparing the experience of parenting stress in parents of children with and without autism spectrum disorder, *Journal of Autism and Developmental Disorders*, vol. 43, no. 3, pp. 629–642, 2013.

HOLROYD J., MCARTHUR D.: *Mental retardation and stress on the parents: A contrast between Down's syndrome and childhood and childhood autism*. *American Journal of Mental Deficiency*, 80, 431–436, 1976.

KARST J.S., VAN HECKE A. V., *Parent and family impact of autism spectrum disorders: a review and proposed model for intervention evaluation*, *Clinical Child and Family Psychology Review*, vol. 15, no. 3, pp. 247–277, 2012.

MANDELL D. S., XIE M., MORALES K. H., LAWER L., MCCARTHY M., MARCUS S. C.: *The interplay of outpatient services and psychiatric hospitalization among medicaid-enrolled children with autism spectrum disorders*, *Archives of Pediatric and Adolescent*

Medicine, vol. 166, no. 1, pp. 68–73, 2012.

SERGI L., MINGIONE E., RICCI M.C., CAVALLARO A., RUSSO F., OPERTO F.F., CORRIVETTI G., FROLI A.: *Autism, Therapy and COVID-19*, *Pediatric Report* 2021, 13, 35-44.

SORRENTINO A.M.: *Handicap e riabilitazione: una bussola sistemica nell'universo relazionale del bambino handicappato*. NIS, Roma, 1987.

**Indice:
Ragione e Sentimento**

di Ida Esposito pag 3

**La salute delle donne in epoca
COVID. Alcune riflessioni
sull'accesso alla cura**

di Francesca Dicè pag 5

**ADHD: le mamme pazienti la
declinazione del disturbo al
femminile**

di Roberto Ghiaccio pag 7

**LE FORME DI LINGUAGGIO
NELLA RELAZIONE
INTERPERSONALE
L'INCOMPRESIONE NELLA
COMUNICAZIONE**

di Alberta Casella pag 13

**Stress lavoro-correlato e
genere: un'immagine sulle
lavoratrici**

di Di Martino Daniela pag 16

**L'illusione di 'Riempire':
L'atto del Mangiare come nesso
Simbolico tra Corpo, Cibo e
Amore**

di Valeria Bassolino pag 20

Evoluzione della genitorialità

di Giulia Tarabbo pag 26

**IL CYBERBULLISMO, LA
VIOLENZA DELL'ERA DIGITALE**

di Veronica Lombardi pag 28

**Fattori di rischio e livelli di
stress nelle madri con minore
affetto da Disturbo dello Spettro
Autistico**

di Emanuele Mingione pag 34