

La rana e lo scorpione: percorsi di autonomia e differenziazione per le donne vittime di violenza.

Premessa

Ad introdurre le nostre riflessioni sul lavoro clinico con donne vittime di violenza, appaiono rilevanti alcuni riferimenti in merito alla nascita e alla storia sociale e politica dei centri anti violenza - la principale organizzazione a livello europeo attualmente impegnata nell'azione di contrasto alla violenza di genere - al fine di indicare una matrice culturale di fondo che ne ha caratterizzato l'evoluzione.

Vogliamo ricordare brevemente quanto già indicato nell'introduzione a questo volume e nel primo capitolo di Lucia Valenzi, che la violenza alle donne, in qualunque forma si presenti, ma in particolare quando si tratta di violenza intrafamiliare, è uno dei fenomeni sociali più nascosti; la punta dell'iceberg dell'esercizio di potere e controllo dell'uomo sulla donna. Dai dati elaborati dall'Istat nello studio sulla "Sicurezza delle donne" del 2006 quasi sette milioni di donne in un'età compresa tra i sedici e i settanta anni riferiscono di aver subito almeno una volta nella vita violenza fisica o sessuale; ovvero il 31,9% della popolazione femminile italiana. Tale indagine valuta tre tipi di violenza, fisica, sessuale e psicologica, dentro e fuori la famiglia; il numero di donne vittime di violenza cresce ad oltre sette milioni per le violenze psicologiche, descritte come episodi di isolamento, controllo, violenza economica, svalorizzazione e intimidazione. Inoltre, il 96% delle violenze subite non è denunciato, e solo poco più del 18% delle donne che hanno subito violenze fisiche o sessuali in famiglia le considera reati.

Già negli anni settanta, le prime "Case delle donne" e i centri gestiti dalle associazioni di donne, costituiscono un rifugio concreto e una risorsa per le vittime di violenza. Da queste esperienze politiche e associative è maturato uno dei presupposti che ha contraddistinto lo sviluppo del

* Psicoterapeuta, Specialista in Psicologia Clinica, Dottore di Ricerca in Studi di Genere Università "Federico II"

** Psicologo, dottore in Filosofia, Dottorando di Ricerca in Studi di Genere Università "Federico II"

*** Professoressa Ordinaria di Psicologia Clinica, Università "Federico II"

pensiero femminista in merito alla violenza, ovvero: qualsiasi donna è a rischio di subire violenza, indipendentemente dalla razza, etnia, religione, classe sociale, orientamento sessuale, disabilità e/o stile di vita. In tal senso è la differenza di genere che assume rilievo sociale, culturale e soprattutto politico, nel qualificare la violenza degli uomini contro le donne. Attraverso il confronto e il riconoscimento dei propri vissuti, le donne del movimento femminista e le ex-vittime hanno rapidamente appreso che la violenza domestica include maltrattamenti fisici, psicologici e sessuali; forme diverse di soprusi finalizzate ad un unico obiettivo: avere potere e autorità sul comportamento e le scelte della donna. In questa prospettiva, le origini della violenza domestica sono state rintracciate all'interno delle strutture familiari tradizionali e patriarcali di dominio e di subordinazione della donna, e all'interno di un quadro globale di discriminazione e di negazione dei diritti umani. Dal lavoro comune e solidale tra donne, si è andato costruendo un patrimonio culturale e politico di pratiche e di esperienze volte al cambiamento e all'acquisizione di diritti, di cui sono parte anche i servizi di protezione e di empowerment per sole donne. Le prime Case delle donne nascono già negli anni settanta nel nord Europa (a Londra nel 1971) e nel nord America (Stati Uniti e Canada), dove il problema della violenza è assai diffuso e lo sviluppo delle case rifugio e dei centri è avvenuto in modo diffuso e capillare.

Alla fine degli anni '80, seppur in ritardo rispetto al nord Europa, in diverse città italiane si iniziarono a riunire gruppi di donne che, attraverso l'approfondimento del tema e l'osservazione di quanto stava avvenendo all'estero, iniziarono a far emergere dal silenzio il maltrattamento e la violenza domestica e a creare luoghi per fornire una risposta concreta. I primi Centri antiviolenza nacquero nel 1990 a Bologna, Modena, Milano, Roma e Merano. Nel 1990 si tenne il primo incontro a Bologna, con l'obiettivo di creare un coordinamento dei gruppi che avevano iniziato ad occuparsi di violenza. Ad oggi sono più di cento i centri che operano in tutto il territorio nazionale. Essi nascono in contesti in cui l'esperienza femminista continua ad essere viva, e sono organizzati da associazioni di donne, tra le quali la "Casa delle donne per non subire violenza" di Bologna e la "Casa delle donne maltrattate" di Milano. L'intreccio tra teoria e pratica politica è, in tal senso, una cornice fondamentale nella genesi dei Centri, e ha caratterizzato la condivisione e la promozione di esperienze in cui le donne vittime di violenza trovano assistenza e protezione, rinviando al contempo ad una lettura politica dei vissuti.

In continuità con tali presupposti, nel 2008 si è costituita una federazione nazionale che riunisce 58 Centri antiviolenza in tutta Italia dal nome "D.i.Re: Donne in Rete contro la violenza alle donne". Proponiamo alcuni punti dello statuto costitutivo, che consideriamo particolarmente significativi in

riferimento alle nostre riflessioni seguenti: art. 3 *“la metodologia dell’accoglienza è fondata sulla relazione tra donne e sul rimando positivo del proprio sesso/genere. Sulla base di tale relazione, ogni donna accolta ha l’opportunità di intraprendere un percorso di autonomia, consapevolezza, empowerment”*. È sottolineata, pertanto, *“la necessità che nei Centri e nelle Case lavorino solo operatrici che abbiano avuto una formazione specifica sulle dinamiche della violenza e sugli effetti che produce, e che sia garantita la supervisione e la formazione continua”*. In tal senso, i Centri anti violenza, nella fase di accoglienza, propongono la *riparazione* di parti di sé fortemente traumatizzate, attraverso una modalità che mira al rinforzo dell’Io mediante un rispecchiamento simmetrico: io come donna valgo! L’affermazione del proprio valore e della propria dignità lesa, passa per l’accoglienza e la presa in carico connotate da una comunanza di genere, in cui sono gli aspetti della femminilità ad essere messi in gioco e bisognosi di riparazione: a questa cornice metodologica è connesso il requisito pratico per cui le operatrici dei centri devono essere tutte donne.

Fermo restando il carattere preferenziale, “politicamente corretto” dell’uguaglianza di genere tra l’operatrice e utente in contesti in cui la violenza di genere ha un ruolo determinante, tuttavia crediamo che esso non possa avere il carattere dell’esclusività: in tal senso ci proponiamo di indicare alcuni possibili aspetti di rischio di tale requisito **per un supporto psicologico**.

A nostro avviso, da un punto di vista psicodinamico, può accadere che tale rispecchiamento, in questo caso da donna a donna, non promuova un reale processo di cambiamento del soggetto, né la fuoriuscita da una relazione maltrattante¹. In tal senso il rapporto tra l’operatrice e la vittima connotato al femminile, potrebbe favorire **un’identificazione imitativa**, “simmetrica” o “adesiva” (Bick, 1968), della donna vittima con la donna emancipata, **identità imitativa, dunque**, che non resiste all’usura del tempo.

Come sottolineato da L. Storti (2010, p. 106), *“ciò che le istituzioni propongono attraverso i centri anti violenza alle donne in difficoltà che spesso denunciano maltrattamenti o violenze di varia natura è un percorso che prevede un’assistenza e in alcuni casi anche una collocazione in luoghi protetti, soggiorni dai tre ai cinque mesi, durante i quali le donne devono intraprendere un percorso di fuoriuscita dalle difficoltà ed eventualmente dalla violenza, con relativo reinserimento lavorativo, abitativo e sociale”*. Tuttavia, tale reinserimento, commenta la Storti, può incorrere nel

¹ Il termine maltrattamento è sinonimo di violenza ed implica che la donna, oltre ad essere costretta a fare cose contro la propria volontà, si trovi in uno stato di inferiorità da un punto di vista sia oggettivo, come nel caso fisico ad esempio (più alto, più basso, più forte, più debole), sia soggettivo, se si percepisce come mancante di qualche attributo, prerogativa di altri.

rischio di produrre un effetto di deresponsabilizzazione, dovuto ad un intervento che l'autrice definisce "autoritario". Pertanto, sottolinea che "malgrado i migliori propositi di restituire alle donne la loro dignità e mettere in valore le loro potenzialità, ciò che si rischia è di proporre loro un modello di donna emancipata, pret-à-porter, funzionale al discorso sociale" (ibidem, p. 107). In tal senso, appare difficile prendere in considerazione l'unicità e la singolarità della donna che chiede aiuto, laddove l'operatrice del centro antiviolenza, potrebbe rappresentare per quest'ultima un modello preconfezionato a cui aderire magicamente al fine di fuoriuscire dal dolore.

Oltre alla tradizione oramai consolidata dei Centri antiviolenza, va riconosciuto il ruolo di supporto e protezione per le vittime di violenza dei cosiddetti "Centri Donna", altra realtà sociale presente nel territorio nazionale, che, pur essendo in linea con i temi portati avanti dai movimenti in difesa dei diritti delle donne, non appare inserita nel discorso femminista della *prima ora*. Del resto, già solo in riferimento dalla denominazione utilizzata, l'assenza di un'indicazione esplicitamente "anti", rimanda ad uno spazio meno connotato e più ampiamente rivolto ai bisogni delle donne.

Intendiamo soffermarci in particolar modo sulle specificità e sulle differenze messe in gioco da queste due realtà sociali e associative, che rimandano a Odiversi aspetti salienti della relazione d'aiuto con donne vittime di violenza. Le note a partire da un'esperienza clinica proposte di seguito, pertanto, hanno l'intento di stimolare una riflessione sulle pratiche politiche e sociali messe in gioco dalle donne in difesa dei propri diritti, ma anche sul perché dell'esiguità delle denunce di violenza da parte delle donne. Forse perché la sofferenza sociale è tale da impedire di tutelarsi?

Una storia clinica: alcuni nodi dell'intervento.

Uno scorpione vuole attraversare un fiume, ma non sa nuotare. Chiede a una rana di traghettarlo. La rana non si fida, ma lo scorpione la rassicura: "se ti pungessi annegherei". La rana convinta, accetta, ma a metà percorso lo scorpione la colpisce con il suo aculeo velenoso. La rana, disperata e morente, gli chiede "Perché?". Lo scorpione, prima di morire annegato, risponde "È la mia natura".

Perché la nota favola di Esopo ad introdurre queste riflessioni? Nel discutere sulle nostre esperienze cliniche con donne vittime di violenze perpetrate da uomini, in genere loro compagni di vita, abbiamo avvertito spesso il peso e la frustrazione della ripetizione di scenari drammatici, di frequente apparentemente immutabili, come se non ci fosse possibilità di sottrarsi; sottofondi di un destino ineluttabilmente tragico². La favola citata è tornata in mente come un triste presagio, dando voce alle emozioni delle operatrici e degli operatori.

Il senso e le ragioni di questa violenta reiterazione possono ricercarsi *in primis* in condizioni sociali, economiche ed esistenziali di dipendenza che legano troppo spesso le donne ai loro aguzzini; in quei comportamenti "abusivi", come acutamente evidenziato nella tradizione femminista³, volti a mantenere il controllo e il potere sulla vittima, dando il via alla spirale relazionale perversa che lega i componenti della coppia nella violenza. Tuttavia questa spiegazione non appare esaustiva e invita lo psicologo ad interrogarsi sulla propria esperienza, alla ricerca di un senso possibile della ripetizione muta e sorda. Non intendiamo qui reiterare a nostra volta, la scottante domanda "Perché le donne subiscono?"⁴, che rivela sempre una duplice valenza, una di difficile realtà da osservare,

² Ci riferiamo in particolare alla esperienza da noi svolta a Napoli in qualità di psicologi presso il centro antiviolenza Lilith di San Sebastiano al Vesuvio gestito dall'associazione sott'è 'ncoppa attivo dal 2010 e lo Sportello Donna di Ponticelli gestito dall'associazione Le Kassandre attivo dal 2005. Entrambi i Centri rientrano nella rete nazionale antiviolenza che gestisce il numero telefonico 1522.

³ A partire dagli anni settanta il movimento delle donne e il femminismo in occidente hanno iniziato a mobilitarsi contro la violenza di genere, sia per quanto riguarda lo stupro, sia in riferimento al maltrattamento e alla violenza domestica. Le donne hanno messo in discussione la famiglia patriarcale e il ruolo dell'uomo nella sua funzione di "marito/padre-padrone".

⁴ Perché molte donne non riescono a fuoriuscire dal circuito della violenza? Cosa accade a molte di loro al di là degli aspetti concreti legati, specialmente in realtà più degradate, alla difficoltà di emancipazione anche economica legata alla ricerca del lavoro?

l'altra di implicita critica verso chi "nonostante tutto" continua a subire. Ci proponiamo, piuttosto, di sviluppare alcune riflessioni sulla nostra pratica clinica, partendo dall'assunto che l'intervento ha l'intento di promuovere un percorso trasformativo che sostenga l'autonomia personale e la differenziazione. In particolare, alcune riflessioni su un'esperienza clinica, in cui è coinvolta una donna vittima di violenza, che in questo scritto chiameremo Margherita, richiamano l'attenzione su due coordinate fondamentali della consultazione clinica: il setting e la relazione tra il clinico e l'utente, che con i necessari distinguo dalle specificità dell'assetto psicoanalitico, rimanda al transfert.

La storia che introduciamo presenta una caratteristica singolare: Margherita ha chiesto una consultazione psicologica in seguito all'arresto del marito, avvenuta dopo una colluttazione con lei, in cui l'uomo si è impossessato di una pistola sottratta alle forze dell'ordine, chiamate dalla moglie, e l'ha minacciata. Il primo tempo dell'intervento è avvenuto in un "Centro anti-violenza" della provincia di Napoli, con una psicoterapeuta donna e ha avuto una durata di 8 colloqui⁵. Dopo alcuni mesi di sospensione, Margherita ha iniziato una nuova consultazione, dietro suggerimento dell'avvocato, della durata di 5 mesi presso uno "Sportello Donna" con uno psicologo uomo⁶.

Qualche parola adesso sul setting dell'intervento.

La situazione in cui generalmente avviene la consultazione presenta molteplici aspetti significativi e particolarmente pregnanti per la metodologia clinica, riferibili a due caratteristiche generali:

- 1) elementi statici e costanti, che circoscrivono e contengono l'intervento (luogo, tempi, aspetti formali della relazione)
- 2) l'insieme delle azioni e dei dispositivi messi in campo, che ne contraddistingue la specificità.

Il setting va configurandosi in tal senso in maniera complessa, condensando e mettendo in gioco nello scambio tra il clinico e l'utente, significati cognitivi ed emozionali attribuiti allo scenario in cui si opera, fantasie più o meno conscie, ma anche una dimensione culturale e sociale del contesto complessivo dell'intervento, che inevitabilmente si coniuga con quella individuale e intrapsichica. Pertanto, tenendo fermo il monito di Grasso e collaboratori (2004) di non illudersi che possa

⁵ Il modello d'intervento psicologico che viene offerto presso lo Sportello Antiviolenza Lilith (che prevede al suo interno un servizio di accoglienza, di consulenza psicologica, legale, di orientamento al lavoro e gruppi di auto-aiuto) comprende una fase di consultazione iniziale, generalmente di 4 colloqui, a seguito della quale viene offerta alle utenti la possibilità di intraprendere un percorso psicologico prolungato della durata media di 10 colloqui, da adeguarsi in base alle problematiche emerse.

⁶ Lo Sportello Donna gestito dall'Associazione le Kassandre si rivolge sia a donne italiane che migranti e offre accoglienza e consulenza psicologica e legale. Per quanto riguarda la consulenza psicologica, anche in questo caso a seguito della consultazione iniziale generalmente di 4 colloqui, viene offerto alle utenti la possibilità di effettuare un percorso psicologico prolungato di durata indeterminata.

esistere un unico setting, rileviamo la necessità di sviluppare qualche ipotesi interpretativa sulle possibili implicazioni della specificità del nostro setting, come elemento di fondo che concorre nel dar forma al discorso sia dell'utente, anche in termini di fantasie e aspettative, sia alle possibilità di ascolto e sostegno dell'operatore.

La specificità dei due contesti diversi in cui è avvenuta la consultazione di Margherita, evidenzia due luoghi differenti delegati all'accoglienza delle donne vittime di violenza: i Centri anti-violenza e gli sportelli di orientamento e supporto dedicati alle donne (Centri Donna); entrambi appartenenti alla tradizione politica delle donne. Alcuni aspetti intrinseci dei due centri appaiono, a nostro parere, aver giocato un ruolo non secondario nel caso di Margherita, sollecitando una riflessione sulla specificità degli universi simbolici di riferimento, che i diversi setting mettono in gioco.

L'esperienza clinica descritta di seguito, è tratta dall'integrazione del lavoro svolto in un centro anti-violenza e successivamente in un centro donna o sportello, favorendo la possibilità di riflettere su punti di forza e di debolezza di due diversi contesti d'intervento che, a nostro parere, hanno avuto una loro valenza, proprio perché relativi a due fasi del processo clinico, integrate attraverso il confronto, nel lavoro di supervisione⁷, tra i due operatori che hanno seguito il caso nei diversi setting.

Margherita si rivolge al centro con una richiesta urgente e carica di angoscia. La segnalazione viene effettuata telefonicamente dal Comando di Polizia, che ci espone la gravità della situazione. Si presenta come una donna senza età: appare giovane e anziana insieme, forte e fragile nello stesso momento, decisa e confusa. E' immediatamente presa in carico dall'avvocato del centro per procedere con la denuncia. Il marito ha minacciato con una pistola lei ed i figli, due ragazze di 12 e 16 anni ed un ragazzo di 17, in preda ad un'ennesima crisi determinata da un disturbo psichico già diagnosticato in precedenza. L'uomo è subito ricoverato in un Ospedale Psichiatrico Giudiziario (OPG) mentre la donna continua il suo percorso presso il centro. Le viene proposto un percorso di sostegno psicologico che decide di cominciare perché preoccupata per il trauma subito dalle figlie. Il problema delle figlie sembra inizialmente preoccuparla più d'ogni altra cosa, accanto alla paura di essere costretta a trasferirsi in un'altra città, come la polizia stessa, all'epoca della denuncia, aveva suggerito: sembra angosciata all'idea che le figlie possano sentirsi disorientate e la incolpino dell'assenza del padre e del rischio di dover "cambiare tutto". Per Margherita è più facile presentare le figlie spaventate e traumatizzate che la sua stessa paura. Le figlie sembrano rappresentare la

⁷ Il caso è stato supervisionato dalla Prof.ssa Nunziante Cesàro, coautrice del presente contributo.

propria parte **infantile**, fragile e confusa che può chiedere aiuto, laddove aspetti più adulti di sé possono affrontare, attraverso l'identità materna, **l'eventuale responsabilità delle** denunce e accuse al marito.

Per contenere le ansie di Margherita la terapeuta del centro, a differenza della normale prassi di accoglienza che di norma propone la presa in carico della sola donna, decide di consultare separatamente anche le due figlie. Al termine della breve consultazione con le due figlie, avvenuta parallelamente a quella con Margherita, una volta individuati alcuni aspetti problematici connessi al trauma subito, le ragazze decidono di non continuare il lavoro psicologico. Dal suo canto Margherita, dopo aver sgomberato il campo dalle ansie “materne”, essendo riuscita a portare, attraverso le figlie, anche le sue paure, può adesso accogliere positivamente la possibilità di intraprendere un cammino di riflessione su di sé. Durante i primi colloqui Margherita racconta delle violenze subite, fisiche e sessuali, da parte del marito, quando questi, a causa della sua malattia **psichica**, era in preda a deliri di gelosia. La descrizione degli episodi di violenza appare minuziosa e cruenta: eppure Margherita si sofferma a raccontare, senza alcun apparente coinvolgimento emotivo, le penetrazioni di oggetti di varia natura subite dal suo corpo per mano del marito, quando questi, in preda ai suoi deliri, abusava di lei. L'atteggiamento deciso e fermo di Margherita, palesato nei primi incontri, sembra via via affievolirsi col procedere della descrizione delle violenze subite, quando il marito, agli occhi delle due donne, operatrice ed utente, appare sempre più nel suo aspetto di potenza maschile **malata, perversa**, violenta e mortifera. Negli incontri successivi il racconto di Margherita comincia a spostarsi sulla descrizione delle vicende quotidiane e familiari, come se le difficoltà concrete legate ai cambiamenti, generati dall'assenza del marito (difficoltà economiche, colpevolizzazioni e **minacce di abbandono** da parte dei **contesti familiari e sociali**), prendessero il posto della paura e dell'umiliazione espressa da Margherita nei primi colloqui attraverso il racconto delle violenze. Col procedere degli incontri emerge una difficoltà a proseguire il percorso, come se la colpa rispetto alla malattia psichiatrica del marito sostituisse la rabbia che vedeva inizialmente unite operatrice ed utente *contro* la potenza distruttiva maschile. La donna appare afflitta all'idea di aver allontanato il marito e di averlo fatto “rinchiudere” in un luogo che descrive come “sporco, pieno di topi”. Dice che si sente colpevolizzata dalla famiglia del coniuge, ma anche dalle figlie. La figlia più grande comincia infatti settimanalmente, anche da sola, a recarsi all'OPG per parlare con il padre. In questa prima fase appare evidente un bisogno da parte di Margherita di trovare una propria strada escludendo la presenza del marito. Eppure quando tale esclusione diviene sempre più tangibile nel corso degli incontri, in quanto supportata dalle vicende giudiziarie che mantengono il

marito all'interno dell'OPG in un tempo indeterminato, Margherita sembra esserne spaventata, dilaniata dal senso di colpa. Dopo circa due mesi, la donna decide di interrompere il percorso psicologico prima del tempo stabilito e contemporaneamente di ritirare le denunce.

Gli aspetti ambivalenti e particolarmente intensi presenti nei vissuti di Margherita, e che hanno caratterizzato questa prima consultazione, sono a nostro avviso i vissuti comuni a molte operatrici di "prima accoglienza", nei Centri Antiviolenza, quando si opera sull'onda dell'emergenza: da un lato la forte angoscia di separazione che lega la donna al partner maltrattante, unita ad un altrettanto forte senso di colpa, in questo caso, per la sua malattia psichiatrica che determina un costante vacillamento in riferimento ai comportamenti da adottare, dall'altro timidi tentativi della donna di emanciparsi da una situazione che sente pericolosa e violenta per sé e le figlie, incoraggiati dalle operatrici del centro antiviolenza, mettendo in gioco in tal senso una spinta ad identificarsi con figure femminili sentite come protettive e contenitive. Margherita sembra collocarsi in questa fase in un universo simbolico connotato al femminile: è preoccupata esclusivamente per le figlie femmine e le operatrici che l'accolgono, dal legale alla psicoterapeuta, sono tutte donne; inoltre ritorna a vivere nella casa materna. Scenari simili ritornano non di rado nelle storie delle donne vittime di violenza che, spaventate dai cambiamenti a cui andranno incontro a partire dall'**usare lo strumento della denuncia**, a nostro avviso forse "**strumento troppo avanzato**" per le **loro** condizioni psicologiche e di vita **del** momento, ricominciano a coltivare aspettative miracolose che l'altro "diventi buono". Potremmo ipotizzare, in una situazione traumatica e di emergenza, **la necessità di costruire un luogo di consultazione** se all'insorgenza delle violenze ed all'atto della denuncia ci fosse un luogo, una sorta di *limbo* precarcerario, ove i soggetti maltrattanti **possano** usufruire di un aiuto psicologico e legale. **Legale, però, nel senso di dar voce ad una sorta di autorità paterna che spieghi, dal punto di vista normativo, ai partner maltrattanti che sono convinti di esercitare un loro diritto di coniugi o conviventi, quanto la legge prevede come reati di violenza e le sanzioni connesse. Ciò potrebbe essere di sollievo per la donna rispetto a quella che è vissuta come unica come unica possibilità per sopravvivere all'angoscia: fare fuori il maschile.**

Del resto, se per un verso **la modalità di presa in carico tutta al femminile** si configura come una risorsa, in termini di vissuti di protezione e sostegno, ma anche di consolidamento di sé, come abbiamo precedentemente detto, **tuttavia va evidenziata la possibilità che tale aspetto di esclusività possa costituire un limite della relazione d'aiuto.**

Pensiamo che, di fronte a vissuti **così** traumatici, la relazione al femminile operatrice-vittima rischia di collocarsi in una costellazione che **va a declinarsi come** demonizzazione del maschile, escluso

dal setting di aiuto ed espulso, **sia pure a ragione data l'emergenza**, dal mondo relazionale **della donna**. In **quest'accezione** riscontriamo il rischio di una modalità di funzionamento psichico per cui l'identificazione può essere appiattita sulla riproduzione del medesimo in maniera "adesiva" (Bick, 1968)⁸. Pertanto, gli aspetti riportati dalla Bick in merito ad un carattere superficiale ed effimero dell'identificazione adesiva, possono restituire il senso di un possibile rispecchiamento di facciata, assunto in maniera passiva, che mette in gioco un'adesione poco profonda al messaggio di emancipazione dell'altro.

Ritorniamo ora alla seconda tranche di richiesta di aiuto della nostra utente.

Dopo circa tre mesi dal primo consulto, Margherita decide di iniziare una nuova consultazione psicologica, **con uno psicologo clinico maschio**, lamentando uno stato di sconforto e demoralizzazione molto profondo e costante: "sono una donna stanca", ripete, "per me non può esserci più nulla di buono". I tempi di Margherita sembrano paralizzati e fermi alla detenzione in O.P.G. del marito; "non si sa nulla!" dice, "quando esce? quando e se ci sarà un processo? Devo testimoniare?" chiede. La donna fa fatica a comprendere le procedure giudiziarie e penitenziarie che determinano la detenzione per misura di sicurezza e, soprattutto, l'indeterminatezza dei tempi e dei possibili accadimenti processuali incalzano il suo senso di colpa: "è colpa mia se mio marito è lì dentro, ho rilasciato una denuncia esagerando. Ho ingigantito le cose per punirlo." La stessa realtà delle violenze sembra vacillare, di fronte alla minaccia di abbandono e di separazione Margherita vive dei momenti di forte confusione, dubita di se stessa e persino di ciò che le è accaduto; in seguito, come vedremo, Margherita recupera vissuti di abuso ancor più violenti e traumatizzanti di quanto ha effettivamente denunciato. L'indeterminatezza della lontananza del marito sembra caratterizzare un clima di sospensione, Margherita in alcuni momenti afferma che deve trovare il modo per liberare il marito, in altri riconosce di sentirsi più al sicuro, non esposta al pericolo delle violenze; il tempo dell'allarme e dell'emergenza, che aveva contraddistinto il primo momento di

⁸ Secondo Esther Bick (1968) il soggetto mette in atto una identificazione adesiva nei momenti in cui la psiche, nella sua forma più primitiva, non ha ancora una forza coesiva che consenta un legame tra le sue parti; queste devono essere tenute insieme grazie alla pelle, sperimentata passivamente, che funziona come un confine. Esther Bick aveva chiarito i processi identificatori legati alla bidimensionalità (identificazione adesiva) in modo tale che risultava possibile ipotizzare l'esistenza di una organizzazione della mente che precede la posizione schizo-paranoide di matrice kleiniana, in cui il bambino entra in relazione con gli oggetti in modo bidimensionale, senza profondità, nel tentativo di ristabilire un contatto con la madre. Il rimanere aggrappati alla superficie degli oggetti, senza entrare in profondità, e senza consentire il costituirsi di uno spazio interno, rischia di far perpetuare un senso di inconsistenza e di falsità, un arresto al cammino verso la differenziazione tra Sé e l'Altro. In riferimento ai meccanismi di difesa primari, l'identificazione adesiva si colloca ancor prima dell'identificazione proiettiva, nella misura in cui essa non tollera alcuno scarto e differenza tra l'oggetto e l'Io; l'uno e l'altro, più che confusi, si amalgamano completamente.

consultazione, sembra lasciare il posto ad aspetti più sfumati, in cui è possibile esprimere l'ambivalenza di vissuti contraddittori.

La differenza evidenziata nelle sequenze cliniche del caso, appare significativa anche in relazione ai due setting descritti: i centri anti-violenza rispondono ad una domanda che appare maggiormente definita dall'emergenza e dall'attualità delle violenze, lo sportello dedicato a donne in difficoltà accoglie un bisogno di supporto più ampio e differenziato. A nostro parere questi aspetti dissimili implicano una costruzione del setting differente, non solo metodologicamente, in riferimento ad esempio alla necessità di fornire un'assistenza materiale e giuridica alle donne esposte a situazioni di violenza, ma anche simbolica, in quanto questo assetto veicola fantasie sia dell'utente che dell'operatore, in cui l'emergenza della violenza detta vissuti di angoscia, rabbia e paura. Il peso di un esterno minaccioso irrompe in tal senso nello spazio di consultazione, rendendo pressanti, ad esempio, l'urgenza della decisione delle vittime in merito al denunciare o meno, allontanarsi dai contesti pericolosi o no; in definitiva decidere se separarsi da uomini violenti. Talvolta ci è apparso che l'irriducibilità di queste domande saturasse tutto il campo di consultazione, non lasciando spazio al pensiero e alla capacità di riflessione, né per l'utente né per l'operatrice coinvolta. L'esito possibile può configurarsi come una adesione al messaggio salvifico dell'altro, investito a sua volta di possibili fantasie di riparazione onnipotente; un abbandonarsi in maniera passiva (ancora una volta?) al desiderio dell'altro, che promette di proteggere, difendere, fare giustizia.

Le condizioni di un ascolto psicologico tendente quanto possibile alla neutralità, nel rispetto dell'autonomia del soggetto, sono difficili da sostenere in contesti in cui la violenza e la minaccia sono aspetti effettivi e concreti di pericolo; in merito, alcuni psicoanalisti argentini (Puget J. e altri, 1994), hanno sviluppato una riflessione profonda sulle dinamiche dello *stato di minaccia* e la sua influenza sul setting. Tuttavia appare auspicabile e forse utile per la pratica clinica, sottolineare i rischi e i limiti di un setting in cui l'emergenza veicola dei significati densi di simbolizzazioni, che l'utente e l'operatrice rischiano di agire senza elaborazione, sacrificando la possibilità di riflettere sui vissuti traumatici. **Ci sia consentita una piccola digressione teorica.**

Lo psicoanalista Wilfred Bion riconosce nel *linguaggio dell'effettività* (1970) il potere di soppiantare le parole, pertanto, come per il detto "*l'azione parla più forte delle parole*", il discorso assume una valenza fortemente assertiva e il valore dei fatti si impone come l'unica realtà *effettivamente* significativa. Il rischio intravisto è quello di esercitare un potere arbitrario che sottomette e passivizza l'altro, rendendo vano ogni sforzo orientato verso una *capacità negativa*,

ovvero il creare uno spazio mentale disposto ad accogliere l'incertezza e a tollerare il dubbio e tutto ciò che è ignoto. Questo spazio mentale, da intendersi come possibilità di pensiero, nasce dalla mancanza, da un vuoto non saturato da simbolizzazioni già definite; uno spazio in attesa di un possibile senso a venire. Non è un caso che Bion colleghi questo discorso a due aspetti considerati fondamentali nell'orientare l'ascolto: la *pazienza*, intesa come capacità di attendere una forma del discorso *senza agitarsi dietro i fatti e le ragioni* (ibidem p. 168) e la *sicurezza*, che associa all'idea di protezione, salvezza e alla diminuzione dell'angoscia. Quando queste condizioni sono fortemente messe alla prova da una *effettività* traumatica, attuale e connotata dall'emergenza, il pericolo di un passaggio all'atto, fornendo prescrizioni in termini di denunce, separazioni e scelte di vita, appare alto. Le indicazioni in riferimento ad una possibile *identificazione adesiva* dell'utente verso un'operatrice investita da una fantasia salvifica, si incrociano con il rischio di un consenso superficiale, agito più che elaborato, alle indicazioni ricevute, lasciando sullo sfondo vissuti e affetti inespressi e non elaborati, che in maniera più profonda legano spesso le donne alle situazioni di violenza.

Dopo mesi molto concitati, caratterizzati da colluttazioni, minacce di morte, ma anche denunce e separazioni, Margherita sembra desiderare che nulla sia mai accaduto e rimpiange la vita con il marito che dice di continuare ad amare. All'ambivalenza dei sentimenti fa da contraltare una doppia rappresentazione del marito: un "marito buono" sedato dai farmaci, da accudire come un bambino e uno "cattivo", **che non prende i farmaci prescritti (litio)**, pazzo e violento. Margherita continua a coltivare la fantasia che una medicina "magica" possa risolvere tutto e per sempre, perché in fin dei conti, ripete, lei e il marito si amano: la fatalità della natura mortifera dello scorpione sembra destarsi ancora dinnanzi allo psicologo, che ascolta impotente.

Dopo circa due mesi di colloqui a cadenza settimanale, Margherita chiede se può talvolta rivolgersi all'operatore dandogli del "tu". Invitata a riflettere su questa richiesta e sul perché avvenga in questo momento della consultazione, lei spiega che a volte sente questo bisogno, ma non sempre. Riporta il "fastidio" provato, durante la prima fase di consultazione nel dover mantenere il "Lei" con l'operatrice. Margherita adesso può riconoscere e riportare questi vissuti e dichiarare che talvolta le sembra che se non usa il "tu" ha l'impressione di essere sempre davanti ad un estraneo, come se due persone non si conoscessero affatto. In questa circostanza lo psicologo afferma che lui continuerà a rivolgersi a lei dandogli del "lei", perché sente questa come una modalità che lo fa stare più a suo agio, ma consente a Margherita di adottare il "tu" quando ne sente il bisogno. Nel corso dei mesi successivi capita che Margherita usi qualche intercalare per puntualizzare il discorso,

del tipo: “hai capito?”, “che pensi?”, e talvolta esca dalla stanza alla fine del colloquio dicendo “ciao”. Di certo questa sequenza tratta dalla clinica ci ha destato non poche perplessità, interrogandoci sui rischi degli aspetti seduttivi, suggestivi e manipolativi, sempre intrinsecamente presenti nella relazione clinica, ma in questo caso ci ha spinti anche a riflettere sulla specificità della relazione marcata dalla differenza di genere e sul suo valore specifico all’interno di una consultazione in cui la violenza di genere, col suo portato traumatico, si staglia sullo sfondo, spesso ad occupare tutto il quadro clinico.

Alcuni accenni al concetto di transfert appaiono a questo punto indispensabili. Nonostante riconosciamo che tale costrutto sia molto spesso abusato, tuttavia esso ci appare assumere in questo discorso un senso, nell’indicare alcuni aspetti della relazione clinica. Ci proponiamo di evidenziarne i limiti e le possibilità di utilizzo nel nostro discorso, soprattutto tenendo presente che il contesto in esame è distante dalle prerogative della cura psicoanalitica, ambito in cui il transfert trova la sua specificità più propria. La prima obiezione sollevata, pertanto, è in merito alla legittimità di utilizzare tale riferimento fuori dalla stanza d’analisi, ma a tal proposito facciamo ricorso a Freud: *La traslazione si instaura spontaneamente in tutte le relazioni umane, esattamente come nel rapporto malato e medico; essa è dovunque l’autentico supporto dell’influsso terapeutico ...* (1909 p. 169). È possibile rintracciare un significato ampio del transfert, riconoscibile in tutti quei fenomeni che definiscono la relazione tra medico e paziente, o ancora sottolineando il senso dello spostamento di una qualità psichica da un punto ad un altro; in tal caso si rimanda ad un concetto di transfert al plurale. Oppure, per converso, è possibile restringere il discorso sul transfert alla specificità del sostituire la persona dell’analista con una appartenente al passato del soggetto, attraverso *un falso nesso* che sovrappone l’oggetto originario a quello attuale; in tal senso ritroviamo la specificità della nevrosi di transfert che caratterizza nello specifico la cura psicoanalitica. Assumiamo l’avvertimento di Etchegoyen (1986) per cui *non tutto è transfert, ma in tutto c’è transfert* (ibidem, p. 105), come un riferimento importante nel tentativo di individuare in che modo questo costrutto incontra il nostro discorso in merito alla consultazione psicologica con donne vittime di violenza. Freud sottolinea a più riprese (1909, 1912, 1914), in che modo *una certa quantità di moti di tenerezza, abbastanza spesso frammisti a ostilità* (1909, p. 169), siano rivolti sulla persona del medico, rappresentando allo stesso tempo una resistenza e una possibilità della cura e svelando una sfumatura erotica di fondo. La necessità di distinguere una duplice valenza dell’investimento sul medico, porta Freud a riconoscere un transfert negativo ed uno positivo (forse relativi alle due fasi del nostro caso clinico?), come elementi determinanti nell’avanzare della cura e

specificamente nel considerare l'*amore di transfert* come un aspetto decisivo dell'alleanza con il medico.

Il tempo prolungato della consultazione presso lo sportello donna, sembra aver permesso a Margherita di definire con il clinico un contesto di maggiore intimità, dove assumono un ruolo non secondario investimenti sulla figura del clinico di aspetti di tenerezza, anche a valenza erotica⁹.

Nella letteratura di tradizione psicoanalitica, l'attenzione agli elementi di realtà della figura dell'analista costituisce una questione spinosa, che incontra diverse posizioni e contrapposte, tra chi sostiene che gli aspetti di realtà siano destinati a svanire con l'attuarsi della potenza deformante del transfert e chi invece ne sostiene il valore di una specificità per la situazione analitica. Tale dibattito è presente fin dal principio della scoperta del transfert ed è Freud stesso a sollevare la questione, riflettendo nelle lezioni dell'*Introduzione alla psicoanalisi* sui frammenti di realtà a cui si appoggia ogni transfert ed in particolare su alcune caratteristiche della persona dell'analista che possono sollecitare alcuni aspetti transferali; successivamente sarà Ferenczi il primo a sostenere che la personalità dell'analista si rivela un fattore importante per il transfert. Il vertice di questo discorso che ci interessa mettere in relazione con le nostre questioni, riguarda nello specifico la variabile del genere del clinico che entra in gioco nella relazione: variabile a nostro giudizio non secondaria, soprattutto quando è in gioco una connotazione di genere così forte e drammatica, come per la violenza dell'uomo contro la donna. Una parte della letteratura, considerando la variabile genere un vertice significativo per l'assetto clinico, ha sviluppato una riflessione critica sulle diverse possibilità della coppia in consultazione, in cui il maschile e il femminile si incontrano in conformazioni diverse e con peculiarità singolari: di questo avviso è Ethel S. Person (1985) per la quale la diade paziente donna e analista uomo è più sensibile al transfert erotico.

Ritornando alle nostre riflessioni sull'esperienza clinica, ci è sembrato che dopo un lasso di tempo sufficiente ad inaugurare una dimensione di intimità più profonda, resa possibile dal diminuire dell'emergenza della violenza reale e da un setting maggiormente orientato ad un ascolto neutrale e non veicolante simbolizzazioni dense, Margherita abbia messo in gioco una dimensione affettiva più profonda, in cui una coloritura del transfert di tipo erotico abbia giocato un ruolo non trascurabile. Il trovarsi davanti ad un operatore uomo, a differenza della prima consultazione, ci è

⁹ Riportiamo la differenza importante nella valutazione clinica tra il *transfert erotico*, per cui gli aspetti di tenerezza anche a valenza erotica assumono una funzione importante nel processo di cura e rientrano nel transfert positivo, e il *transfert erotizzato*, in cui una tensione intensa, fortemente erotizzata e irriducibile verso l'analista irrompe nella stanza di consultazione senza tollerare la frustrazione dell'astinenza.

sembrato assumere un senso, nel supportare questa dimensione erotica dell'investimento transferale, che sembra aver favorito un percorso di maggiore differenziazione.

Margherita nell'ultimo periodo di colloqui sembra aver riscoperto il piacere, prima impossibile, di sentirsi ammirata dagli uomini: racconta spesso in maniera divertita di sguardi maliziosi e fugaci che la lusingano molto, accoglie divertita i complimenti che riceve nell'indossare ad esempio un vestito, dice soddisfatta: ho solo 40 anni, sono giovane! La relazione clinica protratta presso lo sportello è sembrata aver favorito un processo di integrazione per cui il maschile non appare più investito di aspetti minacciosi e aggressivi, polarizzati in una rappresentazione persecutoria che come abbiamo visto spinge alla scissione, piuttosto può essere accolto come un aspetto della dialettica della differenza, che tollera l'ambivalenza.

Conclusioni

I due vertici teorici (il setting dell'intervento e il transfert) che abbiamo evidenziato nella lettura del materiale clinico, rimandano ad interrogativi di non semplice soluzione, in merito al lavoro di sostegno psicologico con donne vittime di violenza. Non credendo di possedere risposte definitive, né che queste siano possibili una volta per tutte, ci è apparso opportuno indicare possibili limiti e rischi presenti in modelli di intervento che talvolta rivelano una rigidità di fondo, assunta e agita poco consapevolmente. Di certo, l'emergenza della violenza nella sua effettiva brutalità, sollecita una presa in carico rapida e attenta agli elementi concreti del vissuto più prossimo della vittima. Tuttavia ci chiediamo quanto questi aspetti emergenziali affermino un proprio *diktat* nell'incontro tra utente e operatrice; quanto saturino il campo delle fantasie reciproche tra il bisogno di protezione della vittima e il desiderio di salvezza dell'operatrice. In questo incrocio di fantasie e aspettative reciproche, ci è sembrato che la scansione di un tempo ridotto e rapido - il tempo dell'emergenza determinato dalla minaccia e dal pericolo - possa favorire una adesione passiva dell'utente al messaggio dell'operatrice; per cui l'iter giudiziario e psico-sociale previsto da molti Centri antiviolenza (denuncia, separazione) può diventare un passaggio obbligato ma impossibile da perseguire, soffocando sul nascere una possibile richiesta d'aiuto, bisognosa di uno spazio di ascolto, forse più neutro, per poter essere espressa. In questa prospettiva, l'esperienza frequente di donne vittime che, dopo un'iniziale determinazione alla denuncia, abbandonano i Centri per ricongiungersi ai compagni violenti, assumono una possibilità di comprensione, preziosa per chi

lavora in questo ambito. Pertanto, sottolineiamo la necessità di considerare percorsi articolati e differenziati nella presa in carico di vittime di violenza, in cui una variabile non secondaria è data dalla durata della consultazione, che, come abbiamo visto, può richiedere anche dei tempi prolungati.

Nell'esperienza clinica che abbiamo descritto Margherita per molto tempo **si è mostrata ambigua e ambivalente** su quanto le è successo, e il suo ritrattare le denunce, sminuire il peso delle violenze e voler tornare dal marito, **data la gravità della situazione che la esponeva al pericolo di morte**, apparivano incomprensibili. In uno degli ultimi colloqui Margherita dice che solo ora che tutto quello che le è successo le sembra più lontano, sente di poter dire per la prima volta ciò che in tanti anni ha subito. Racconta, **ad esempio**, di sevizie protratte per decenni, di quando il marito la legava al tavolo nuda, la cospargeva di solventi infiammabili e minacciava di darle fuoco se lei non si fosse sottomessa a rapporti anali.

La costruzione di uno spazio d'ascolto **atto a** contenere vissuti così profondamente distruttivi richiede tempo e soprattutto una relazione non soggetta a condizionamenti esterni troppo invalidanti, da alterare lo scambio tra operatore e utente. Le ragioni di situazioni così complesse e drammatiche non sono mai sufficienti a spiegare il carattere tanto difficilmente sondabile di vissuti di dipendenza e sottomissione verso chi continua a imporre violenze. Ciò che ci è sembrato cogliere nel lavoro psicologico con Margherita è una profonda sensazione di paura, tale da non permettere di entrare in contatto con vissuti così traumatici: il trovarsi nuda alla mercé dell'altro è una condizione estrema di sottomissione, in cui assume un ruolo non secondario l'aspetto sessuale e perverso. Le radici inconsce della paura rimandano alla condizione di impotenza che all'origine della vita ci pone in uno stato di bisogno dell'altro, che in tal senso ha potere di vita e di morte sul soggetto. Il terrore dell'annientamento costituisce un limite di pensabilità dello psichismo, un confine alla possibilità di simbolizzazione. In questo senso, un'ipotesi che traiamo dalla storia clinica è che la difficoltà a denunciare e sottrarsi da situazioni di dipendenza, talvolta così evidentemente pericolose, può rimandare alla paura nelle sue forme più primitive, che annienta la capacità del soggetto di perseguire un proprio percorso di autonomia e emancipazione.

In conclusione, il genere femminile dell'operatrice previsto dallo statuto dei Centri anti-violenza come requisito esclusivo e specifico della relazione d'aiuto per donne vittime di violenza di genere, **può, a volte**, colludere pericolosamente con gli aspetti di identificazione "adesiva" e passiva dell'utente-donna verso l'operatrice-donna, attivando talora un percorso che, più che farsi

promotore di un rispecchiamento positivo al femminile, rischia di riprodurre una fusione protettiva per cui l'altro, la differenza, è espulso.

La specificità della storia clinica di Margherita ha permesso di porre in risalto alcuni aspetti sensibili e significativi di questa prospettiva di discorso, rivelando, inoltre, una possibilità per l'ascolto rivolto a donne vittime di violenza in cui può esserci posto per un maschile portatore di un messaggio che apre verso una possibile autonomia per il soggetto. In tal senso abbiamo riconosciuto un ruolo non secondario al valore della seduzione, intrinseco allo stesso rapporto utente-donna operatore-uomo, che può assumere una funzione "bonificante" nel favorire la differenziazione, più che condensare e riattualizzare aspetti mortiferi e violenti; uno scorpione che accompagni la rana nell'attraversare il fiume, nonostante il rischio di essere punta.

Bibliografia

Bick E. (1968) *The Experience of the Skin in Early Object-Relations*, Int. J. Psycho-Anal., vol.49, 484-486.

Bion W. (1970) *Attenzione e interpretazione*, Armando editore, 1992.

Etchegoyen H. (1986) *I fondamenti della tecnica psicoanalitica*, Astrolabio, 1990.

Freud S. (1909) *Cinque conferenze sulla psicoanalisi*, Opere, vol. 6.

Filippini S. (2005) *Relazioni perverse*, Franco Angeli, Milano.

Grasso M. e coll. (2004) *Metodologia dell'intervento in psicologia clinica*, Carocci, Roma.

Lopez Corvo R. (2002) *Dizionario dell'opera di Wilfred R. Bion*, Borla, Roma 2006.

Nunziante Cesaro A. (1988) (a cura di) *L'enigma della femminilità*, Centro Scientifico Torinese, Torino.

Storti L., (2010) *Donne in transito: storia di un centro di accoglienza*, in Termini M. (a cura di) *Quando la Psicoanalisi scende dal lettino*, Borla, Roma

Person Ethel S. (1985) *Il transfert erotico nelle donne e negli uomini: differenze e conseguenze*, in *Psicoanalisi e identità di genere* a cura di A Panepucci, Laterza.

Petrelli D. (1998) *Disturbi dell'identità di genere nell'infanzia e nell'adolescenza. Introduzione. Richard e Piggie*, 6, 2.

Turillazzi Manfredi S. (2006) *Il transfert dai nostri giorni a Freud*, in *Rivista italiana di psicoanalisi* n. 2 pp. 351-399.

Kristeva J. (2006) *Melanie Klein: la madre, la follia*, Donzelli, Roma

