

LA COMUNITÀ E IL GRUPPO COME ESPERIENZA RIPARATIVA ALLA VIOLENZA

Quando parliamo di violenza in adolescenza possiamo riferirci a un insieme di comportamenti che si possono caratterizzare nel dirigere verso l'esterno e/o verso di sé agiti distruttivi a forte carica emotiva. La violenza è un fenomeno complesso ampiamente studiato da diverse discipline: sociologiche, antropologiche, psicologiche, ecc. che può presentarsi in svariate forme e in differenti momenti e contesti; può essere reattiva ad una situazione di profondo dolore o proattiva con lo scopo di ottenere un vantaggio personale. Il tentativo di dare un significato diagnostico a tali condotte ha dato origine a differenti categorie eziologiche che mirano ad ordinare e comprendere le cause che possono essere all'origine di comportamenti socialmente non tollerabili. Se la violenza caratterizza il comportamento di soggetti in età evolutiva, si aggiunge alle questioni scientifiche una questione morale. Quale l'ambiente di vita, favorente lo sviluppo di tali agiti, può essere stata la causa di un tale esito?

In età evolutiva quando parliamo di comportamento violento generalmente ci riferiamo a caratteristiche quali: oppositività, impulsività, iperattività e rabbia. Le categorie diagnostiche per l'adolescenza elencate nel Manuale Diagnostico Statistico dei Disturbi Mentali americano (DSM-V, 2013), che contengono aspetti violenti sono le seguenti:

1. Disturbi Dirompenti del Controllo degli Impulsi e della Condotta (DOC e DOP e DEI);
2. Disturbo da Disregolazione Dirompente dell'Umore (DDDU).

Il Disturbo Oppositivo Provocatorio (DOP) si caratterizza per un pattern persistente di umore irritabile/arrabbiato, comportamenti polemicisti/sfidanti o vendicativi che durano per almeno 6 mesi, periodo nel quale sono stati presenti almeno 4 sintomi (si arrabbia, è suscettibile; è rancoroso; litiga con gli adulti, rifiuta di rispettare le richieste e le regole degli adulti; accusa gli altri dei propri errori e del proprio cattivo comportamento) e che sono stati osservati durante l'interazione con almeno un individuo che non è un fratello. Il Disturbo della Condotta (DOC) si caratterizza per un pattern di comportamento

ripetitivo e persistente in cui vengono violati i diritti fondamentali degli altri o le principali norme sociali appropriate per l'età con presenza, nei 12 mesi precedenti, di aggressioni a persone e animali, distruzione della proprietà, frode o furto; gravi violazioni di regole. Il Disturbo Esplosivo Intermittente (DEI) si caratterizza per eccessi comportamentali ricorrenti che rappresentano incapacità di controllare gli impulsi aggressivi come: aggressione verbale o fisica, in media due volte a settimana per un periodo di tre mesi, e eccessi comportamentali che implicano danneggiamento o distruzione di proprietà e/o aggressione fisica nei 12 mesi precedenti. Il grado di aggressività è esagerato rispetto alla provocazione ricevuta.

Nel Disturbo da Disregolazione Dirompente dell'umore (DDDU) si presentano gravi e ricorrenti esplosioni di rabbia che sono molto sproporzionate nell'intensità e nella durata rispetto alla situazione. Il DDDU differisce dal DOP per la presenza di un persistente umore negativo (irritabile, triste o rabbioso) e per la presenza di episodi maniacali e ipomaniacali.

Questo breve excursus nosografico ci consente di avviare una comprensione partendo da un inquadramento diagnostico che andrà abbinato ad una grande attenzione anamnestica familiare. Tale procedura sarà utile a ricostruire e focalizzare i punti di forza e i fattori protettivi presenti, così come i punti di debolezza e i fattori di rischio che possono incidere sulla perpetuazione di condotte violente. Generalmente le famiglie dei ragazzi che agiscono comportamenti violenti, possono presentare stili educativi coercitivi e svalutanti, basati su percosse e punizioni e stili di attaccamento insicuro o disorganizzato che privano il bambino di punti di riferimento chiari e lo espongono costantemente all'incertezza di risposte non aderenti ai suoi bisogni. La letteratura ci conferma un nesso tra attaccamento e comportamenti violenti. Durante la crescita infatti ogni individuo sviluppa *un modello operativo interno della relazione con la figura di attaccamento che non riflette un'immagine oggettiva del genitore quanto piuttosto la storia delle sue risposte alle azioni reali o programmate del bambino nei confronti della sua figura di attaccamento* (Main, Kaplan, Cassidy, 1985). Sin dall'infanzia ogni bambino costruisce la sua

personale richiesta di cura e conforto in funzione delle risposte che abitualmente ottiene da chi lo accudisce. Sono stati individuati a tal proposito quattro stili di attaccamento: sicuro, insicuro evitante, insicuro ambivalente e disorganizzato. Tra questi, i pattern insicuro e disorganizzato sono i più frequenti nelle condotte violente.

Alcuni contesti familiari espongono i propri minori a modelli di comportamento violento fuori e dentro dalla famiglia come unica modalità possibile per risolvere la fatica di una quotidianità che spesso è anche povera di strumenti materiali e culturali. In questi adulti può essere presente una grande difficoltà a sintonizzarsi sui bisogni dei figli e sulla loro emotività, raggiungendo anche forme di trascuratezza estreme e traumatiche. L'inadeguatezza delle risposte e la solitudine, in assenza di un accudimento primario adeguato, è causa di una precoce adultizzazione del minore che troverà in alcuni comportamenti limite la risposta alle sue domande. Un esempio di reazione comportamentale socialmente dannosa e auto distruttiva è l'*acting out*: difesa che comporta l'espressione di sentimenti, desideri, o impulsi attraverso un comportamento incontrollato con apparente noncuranza delle possibili conseguenze a livello personale o sociale (accessi di ira, minacce).

I servizi territoriali socio-sanitari si trovano spesso a confrontarsi con situazioni che presentano agiti di una certa violenza e antisocialità che impongono interventi tempestivi di tutela e protezione. Per i preadolescenti e adolescenti che cominciano a manifestare condotte al limite della legalità possono essere individuati dei percorsi educativo-riabilitativi che ancor prima di essere riparativi in ambito di giustizia minorile, si pongono come interventi di prevenzione secondaria alle future condotte antisociali. I ragazzi possono essere inseriti in strutture, quali le comunità residenziali, quando c'è certezza che non sia sufficiente intervenire nel contesto familiare ed è presente una situazione di relativo compenso psicopatologico che non richiede una struttura ad alta intensità di cura (ricovero ospedaliero).

Le progettualità riabilitative per tali minori sono inserite all'interno di una valutazione espressa generalmente da un servizio pubblico inviante di tipo sociale (Comune) e sanitario (Ulss, Servizi per l'età evolutiva e Neuropsichiatria) e molto spesso da un intervento imposto da un tribunale, attraverso l'emanazione di un decreto che potrà prevedere oltre che un collocamento eterofamiliare, una valutazione delle competenze genitoriali, con possibilità di nomina di un tutore

legale.

L'obiettivo prioritario di tali interventi consiste nella possibilità di sperimentare in un contesto altro, relazioni emotivamente stabili e coerenti con un supporto psicologico per rivedere e correggere i propri modelli operativi interni. All'interno delle comunità il migliore intervento possibile è quello che coniuga buone caratteristiche organizzative e professionalità degli operatori rispetto all'utenza specifica, ciò consente di limitare gli esiti negativi del "contagio" che può aumentare, anziché diminuire, i comportamenti patologici e violenti oggetti dell'intervento. Diverse ricerche hanno però messo in luce che garantire interventi individualizzati, attivare piccoli gruppi, garantire un'adeguata presenza di adulti per aiutare, oltre che per controllare, neutralizza l'effetto contagio dei comportamenti negativi (Less, Manning, Menzies, 2003).

Diversi autori (F. De Zulueta, 2006; E. L. Jurist, 2018) discutendo le possibili origini traumatiche della violenza hanno proposto interventi riparativi in contesti protetti per la modifica di tale comportamento. L'intervento ritenuto più efficace si focalizza principalmente nello sviluppo della capacità riflessiva: competenza metacognitiva che consente di avere un'idea di sé, dei sentimenti e delle intenzioni proprie ed altrui come funzione centrale nell'elaborazione dell'impulsività aggressiva (Fonagy, 2001). Competenze che prevedono una narrazione della propria storia personale, lo sviluppo di un senso di efficacia e sentimenti di empatia intersoggettiva. L'idea di fondo è che avere consapevolezza di ciò che anima il proprio mondo interno riduca il bisogno di esternalizzare in maniera incontrollata tali emozioni negative. Gli interventi non potranno che essere di conseguenza sistemici e intersoggettivi perché dovranno prevedere la messa in gioco delle relazioni gruppalì all'interno dei diversi contesti di vita: familiare, scolastico, amicale. Una messa in gioco che dovrà concorrere al cambiamento di prospettive di osservazione da parte dell'adolescente che avrà un ruolo centrale nel rapporto con l'ambiente circostante. L'intervento di gruppo, come forma aggregativa, spontanea e socializzante in adolescenza offre perciò, con tutte le precauzioni del caso, una possibilità concreta di evoluzione positiva del fenomeno. Yalom (1974) elencava undici fattori terapeutici presenti nei gruppi: infusione della speranza, universalità, informazione, altruismo, ricapitolazione correttiva del gruppo primario familiare, sviluppo di tecniche di socializzazione, comportamento imitativo, apprendimento

interpersonale, coesione di gruppo, catarsi e fattori esistenziali. Questi fattori che contengono importanti compiti evolutivi sono presenti anche solo parzialmente in ogni esperienza di gruppo, agevolando importanti cambiamenti nell'individuo.

La nostra esperienza nelle comunità residenziali educativo-riabilitative in Veneto ci porta a confermare il valore dei dispositivi gruppali nell'evoluzione positiva del clima relazionale all'interno delle comunità. Dispositivi che hanno la funzione di riconoscere come fondamentale la relazione tra pari, con la presenza di un adulto garante delle regole e in grado di attribuire un significato diverso alle narrazioni condivise. I gruppi in comunità possono configurarsi sia come attività prettamente educative (riunione settimanale ragazzi/operatori, laboratori creativi di musica, pittura, cucina, ecc.) che terapeutico-riabilitative (gruppo di parola, psicodramma). In entrambi i casi si utilizzano le potenzialità del dispositivo gruppal per offrire all'adolescente un modello alternativo di scambio relazionale. Il gruppo in questo contesto diviene possibilità costante e concreta di fare esperienza della regola (turni di parola, adesione alle regole del setting) e possibilità di apprendere il rispetto di un punto di vista diverso dal proprio di fronte a situazioni di inevitabile conflitto tra pari.

Un gruppo di parola con cadenza quindicinale che accompagna gli ospiti adolescenti in comunità, ci ha consentito, nella nostra pratica professionale, di apprezzare gli effetti immediati di uno spazio non giudicante, né eccessivamente interpretativo, come strumento riparativo di condotte poste in essere all'interno dello stesso gruppo comunitario. Condotte che spesso ripropongono, in un copione tristemente monotono, stili educativi inappropriati e violenti dove la parola è, non solo assente, ma priva di quella funzione riorganizzatrice della propria esperienza emotiva interna.

Riconoscere e nominare quindi le proprie emozioni può condurre a comprendere come una risposta aggressiva possa essere letta come una reazione difensiva a sentimenti negativi e provare così a cambiare il corso della propria traiettoria evolutiva verso un futuro meno problematico.

Carolina Bonafede

Beatrice Mason

Bibliografia di riferimento

- Less, I., Manning, N., Menzies, D., (2003) *Una cultura dell'inchiesta. Prove della ricerca e comunità terapeutiche*. Trad. it. G. Fioriti, Roma, 2007.
- Yalom, I.D., (1974) *Teoria e pratica della psicoterapia di gruppo*. Boringhieri, Torino, 2000.
- De Zulueta F., (2006) *dal dolore alla violenza. Le origini traumatiche della violenza*. Cortina, Milano, 2009.
- Jurist E. L., *Tenere a mente le emozioni. La mentalizzazione in psicoterapia*. Cortina, Milano, 2018.
- Fonagy, P., (2001) *Psicoanalisi e teoria dell'attaccamento*, Cortina, Milano, 2002.
- Main, M., Kaplan, N., Cassidy, J., (1985) "La sicurezza nella prima infanzia e nell'età adulta: il livello rappresentazionale". In Riva Crugnola, C., (a cura di) *lo sviluppo affettivo del bambino*. Cortina, Milano, 1993.
- APA (American Psychiatric Association) (2013) *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali DSM-V*, Cortina, Milano, 2014.