

Studi sperimentali

Il fenomeno delle Mutilazioni Genitali Femminili (MGF): studio clinico e psicopatologico su un gruppo di immigrate in Sicilia

The Female Genital Mutilations (FGM): a clinical and psychopathological study on a group of immigrants in Sicily

ROSA LO BAIDO¹, SABINA LA GRUTTA², CINZIA BRESSI³, MASSIMO MAURI⁴, ELENA TROMBINI⁵

¹Clinica Psichiatrica e Scuola di Specializzazione in Psichiatria, Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università di Palermo

²Dipartimento di Psicologia, Facoltà di Scienze della Formazione, Università di Palermo

³Clinica Psichiatrica, Università di Milano. IRCCS Ospedale Maggiore Policlinico, Milano

⁴Clinica Psichiatrica, Università di Milano, Unità di Clinica Neuropsicofarmacologica, IRCCS Ospedale Maggiore, Milano

⁵Dipartimento di Psicologia, Facoltà di Psicologia, Università di Bologna

RIASSUNTO. Obiettivi. Scopo della nostra ricerca è quello di esplorare il disagio, il malessere, la sofferenza psichica legata alle MGF, effettuando uno studio clinico su un gruppo di donne sottoposte a MGF, attraverso la valutazione di alcune aree come la sessualità, le strategie e gli stili difensivi, il livello e la qualità della mentalizzazione e quindi le capacità di coping. **Metodi.** Un protocollo che comprende Coloured Progressive Matrices di Ravens; State-Trait Anxiety Inventory di Spielberger; Storie Disegnate di Trombini; Favole di Düss; un'intervista clinica è stata proposta a 20 donne che hanno subito una MGF nel proprio paese di origine. **Risultati.** I risultati emersi pongono in evidenza il ruolo dei meccanismi difensivi in rapporto alle funzioni riparatorie che l'ambiente può assumere. È proprio il sostegno da parte dell'ambiente esterno il fattore determinante nel generare, a fronte di una violenza traumatica insopportabile tale da frantumare drammaticamente ogni schermo protettivo, la possibilità di adoperare: meccanismi dissociativi estremi, stabili ed espulsivi nell'ordine della scissione, del diniego, dell'identificazione proiettiva, impoverendo progressivamente le proprie funzioni, fallendo il lavoro elaborativo, finendo con il danneggiare l'apparato preposto alla elaborazione dei pensieri stessi; meccanismi dissociativi più lievi che consentono di affrontare l'evento traumatico ma che non impediscono definitivamente la sua successiva elaborazione.

PAROLE CHIAVE: MGF, meccanismi di difesa, mentalizzazione.

SUMMARY. Objective. The aim of our research work is to explore the troubles, the illness, the psychological pains related to the Female Genital Mutilations (FGM), by doing a clinical inquiry on a women's group subjected to FGM, through the estimation of some zones like sexuality, strategy and defensive styles, the level and the quality of mentalization and, consequently, the coping ability. **Method.** In the research we used the following instruments: Coloured Progressive Matrices by Raven; State-Trait Anxiety Inventory by Spielberger; Designed Histories by Trombini; Düss Tales; a clinical interview was on a subject composed of 20 women with first and third level mutilation. **Results.** The women's group, apart from the kind of mutilation suffered, use defensive strategies turned to dissociation. It could be a defensive mechanisms of extreme dissociation like splitting, denial, projective identification that harm cognitive function. Otherwise lights defensives mechanisms permit to face the traumatic event and don't stop a successive elaboration of it.

KEY WORDS: FGM, defensive mechanisms, mentalization.

E-mail: lobaído@infcom.it

INTRODUZIONE

Mutilazioni Genitali Femminili (MGF) è l'espressione che dal 1990 le istituzioni internazionali, poste a tutela della salute pubblica (ONU, OMS), adoperano per descrivere tutte quelle procedure che mirano alla parziale o totale rimozione dei genitali femminili esterni per ragioni culturali e non terapeutiche. "Mutilazione" è, in effetti, un termine adeguato per descrivere i terribili e dolorosi interventi che, effettuati su bambine e preadolescenti, ne mettono in pericolo salute fisica, benessere psichico e vita stessa.

Si tratta di pratiche secolari, tradizionali, cruente che sanciscono il passaggio all'età adulta. Rituali a volte perfino desiderati dalle bambine stesse perché accompagnati da danze, canti, doni come se si trattasse di un giorno di festa. Tranne poi scoprire che questo simbolico passaggio, dall'essere bambini all'essere adulti, viene segnato da una dolorosissima mutilazione degli organi genitali, un marchio indelebile le cui conseguenze durano per tutta la vita.

L'OMS (1) suddivide le MGF in quattro differenti sottotipi, presenti in diverse aree culturali, riconoscendo che forme intermedie sono possibili:

- il tipo I è la forma di mutilazione meno cruenta e implica l'incisione o ablazione del prepuzio clitorideo con o senza l'asportazione di una parte o di tutto il clitoride. Viene talora definita *sunna*, anche se il termine è sconsigliabile perché richiama impropriamente un'ipotetica regola religiosa;
- il tipo II determina l'escissione del clitoride con parziale o totale escissione delle piccole labbra;
- il tipo III, chiamato infibulazione o anche circoncisione faraonica, procura l'escissione totale o completa dei genitali esterni e la sutura/restringimento dell'apertura vaginale per lasciare passare l'urina e il sangue mestruale;
- il tipo IV include ogni procedura che può essere definita mutilazione genitale femminile come la sutura, il piercing o l'incisione del clitoride e/o delle labbra; lo stiramento del clitoride e/o delle labbra; la cauterizzazione del clitoride e del tessuto circostante per mezzo di bruciatura; la demolizione del tessuto circostante l'orifizio vaginale o taglio della vagina; l'introduzione di sostanze o di erbe nella vagina per tamponare l'emorragia o per ottenere un restringimento della stessa; ogni altra procedura volta a produrre alterazioni dell'area genitale femminile.

Secondo stime recenti (2-4), attualmente il fenomeno interessa nel mondo almeno 135 milioni di donne e ogni anno viene osservato un incremento di 2,2 milioni. Ogni giorno circa 6000 bambine, specialmente in

quaranta paesi africani e medio orientali (Africa saheliana da est a ovest, Sudan, Somalia e Mali soprattutto; ma anche gran parte dell'Africa occidentale, l'Egitto, le zone meridionali della penisola araba, Yemen e Emirati Arabi), vengono condannate per sempre a rinunciare alla propria sessualità.

Nonostante tali cifre scuotano la nostra sensibilità, fino a qualche decennio fa, le MGF, configurandosi come un fenomeno circoscritto geograficamente, riguardavano soprattutto gli organismi internazionali. Negli ultimi anni, invece, queste pratiche, con il crescere dei flussi migratori, hanno fatto il loro ingresso in occidente interessando le comunità di immigrati in Europa e in Nord America.

In particolare è proprio l'Italia il paese in Europa con il più alto numero di donne mutilate: secondo alcune stime sarebbero da 28.000 a 40.000 e da 4000 a 6000 le bambine tra i 4 e i 12 anni che rischiano di essere operate. Tale situazione è giustificata dalla forte pressione migratoria registrata in continuo aumento (secondo dati Istat aggiornati al gennaio 2001, 7% annuo è l'incremento medio della popolazione africana in Italia ammontante nel complesso a 389.532 unità) in Italia specie proprio da quei paesi dove vengono praticate abitualmente le mutilazioni sessuali.

La Sicilia è una tra le regioni con la percentuale più alta di immigrati e al gennaio 2001 le donne residenti provenienti dall'Africa erano 11.088, nella sola provincia di Palermo 3349, concentrate fondamentalmente nel comune di Palermo (2368 secondo i dati forniti dall'anagrafe e aggiornati all'aprile 2003) nella stragrande maggioranza di età compresa tra i 15 e i 40 anni. Tenuto conto che non in tutti i paesi africani vengono praticate le mutilazioni sessuali, per comprendere le dimensioni del fenomeno, e cercare di rispondere alla domanda se esiste un rischio "mutilazione" in Sicilia, abbiamo effettuato un'analisi dei dati statistici relativi alla presenza nella nostra isola di donne provenienti dai seguenti paesi dove fonti attendibili (2,3,5) riportano i tassi più alti di prevalenza delle mutilazioni sessuali: Burkina Faso (72%), Repubblica Centro Africana (43%), Costa d'Avorio (43%), Egitto (97%), Eritrea (95%), Guinea (99%), Kenya (38%), Mali (94%), Nigeria (25%), Somalia (98%), Sudan (89%), Gibuti (98%), Sierra Leone (90%), Camerun (25%), Etiopia (85%), Gambia (80%), Ghana (30%), Mauritania (25%), Senegal (25%). Sarebbero dunque 1151 le donne residenti in Sicilia provenienti da questi paesi quindi potenzialmente mutilate e, tra queste, 47 le bambine a rischio cioè quelle che nel loro paese di origine sono nell'età in cui vengono praticate le mutilazioni.

Inutile precisare che tutte queste cifre sono stime indicative e inoltre per quanto riguarda il nostro paese

Il fenomeno delle Mutilazioni Genitali Femminili (MGF)

si riferiscono soltanto alle immigrate con regolare permesso di soggiorno. È molto probabile che i riscontri sarebbero più elevati se si tenesse in considerazione l'ampio numero di clandestini.

Questi dati, tuttavia, rendono di grave attualità la questione delle Mutilazioni Genitali Femminili, comportando necessarie riflessioni che coinvolgono aspetti medici, psicologici, sociali, di prevenzione, cura e integrazione, etici e deontologici. Vale a dire che non basta inorridire e fare discorsi moralistici ispirati ai diritti dell'uomo; occorre piuttosto, ovviamente condannando qualsiasi atto violento, in primo luogo comprendere e resignificare per affrontare il necessario cambiamento culturale che consenta il rinnovo, il riadattamento, la trasformazione di pratiche sociali così cruente. Cambiamento culturale che, anche se lentamente, sta avvenendo come dimostrano alcune cronache relative a riti alternativi in Ghana, in Kenya, in Guinea, che simboleggiano la mutilazione genitale piuttosto che eseguirla realmente.

I numerosi studi che sono stati effettuati anche in Italia (2-6) hanno voluto accertare da una parte le dimensioni effettive del fenomeno e dall'altra le conseguenze sanitarie, frequentissime e sempre rilevanti: morte, emorragie, shock, lesioni dell'interno della vagina, dell'uretra, della vescica, dello sfintere anale, infezioni, setticemia, tetano, contagio da HIV, epatiti, quelle immediate; cisti e ascessi, dismenorrea, vaginismo, infezioni croniche, incontinenza urinaria, neuromi, sterilità, gravi problemi durante la gravidanza e il parto, infezioni puerperali, quelle a medio e lungo termine. Del resto, si tratta di operazioni chirurgiche vere e proprie effettuate, specie nei paesi di provenienza, da incompetenti (sono spesso le nonne o le zie), con mezzi improvvisati, con uso degli stessi attrezzi su più bambine e in condizioni igieniche pessime. Alcuni studi inoltre indicano che è in costante incremento il numero delle donne che, immigrate nel nostro paese, chiedono sia di essere curate per problemi da fare risalire alla mutilazione sia di effettuare interventi di mutilazione sulle proprie figlie. In questi casi, evidentemente ridotta l'emergenza sanitaria, diviene più rilevante l'esigenza di conoscere e comprendere i vissuti e le complicità psicologiche connessi alle MGF. Per quanto riguarda i problemi psicologici, esclusi pochissimi studi tra l'altro poco confrontabili, non sembrano esistere ricerche approfondite e organiche sulle conseguenze del trauma rispetto all'integrità psichica della donna sottoposta a MGF. Interpretazioni di disegni di donne sottoposte a tali pratiche indicano una flessione dell'autostima e un disturbo della percezione di sé (7,8). Vengono genericamente segnalati problemi sessuali come frigidity, gravi difficoltà nei rapporti sessuali do-

vuti all'irrigidimento dei tessuti della vagina, alla mancanza di orgasmo legata all'amputazione del clitoride e problemi psicologici come disturbi del comportamento, malattie psicosomatiche, ansia, depressione, incubi, psicosi (dati derivati da studi clinici non pubblicati). Ricerche che analizzano le testimonianze di donne sottoposte a MGF riferiscono stati intensi di ansia, terrore, senso di umiliazione, tradimento. Alcuni esperti suggeriscono inoltre che lo shock e il trauma dell'operazione possano contribuire a esaltare nelle donne tratti di passività particolarmente apprezzati nelle società dove si praticano le MGF.

Tenuto conto dell'assenza in letteratura di ricerche approfondite sugli effetti psicologici e psicopatologici dell'MGF, del flusso migratorio in continuo aumento specie dai paesi dove le MGF vengono abitualmente praticate, della necessità, quindi, di proporre adeguate strategie di tutela e cura della salute fisica nonché psicologica, scopo della nostra ricerca è stato quello di esplorare il disagio, il malessere, la sofferenza psichica legati alle MGF, effettuando uno studio clinico su un gruppo di donne sottoposte a MGF, attraverso la valutazione di alcune aree come la sessualità, le strategie e gli stili difensivi, il livello e la qualità della mentalizzazione e quindi le capacità di *coping*.

MATERIALI E METODI

Descrizione degli strumenti

È stato utilizzato un protocollo che comprende:

- Coloured Progressive Matrices (CPM) di Raven (9), per misurare lo sviluppo delle funzioni cognitive al riparo da eventuali turbe affettive. Questo strumento è particolarmente indicato con persone che hanno difficoltà di comprensione della lingua (immigrati);
- inventario per l'ansia di stato e l'ansia di tratto (STAI) di Spielberger (10), per misurare l'ansia transitoria in funzione della minaccia percepita e l'ansia di tratto, vale a dire una stabile propensione all'ansia cioè la tendenza a percepire una vasta gamma di condizioni di vita come minacciose e a reagire ad esse con una intensità elevata di ansia;
- storie diseguate di Trombini (11-15), tecnica che attraverso il disegno di storie inventate permette di esternare temi affettivi personali e conflitti inesprimibili verbalmente perché troppo penosi. Le storie, disegnate in un foglio in quattro riquadri, vengono classificate secondo la tipologia di esito finale: 1) Esito Negativo (EN), quando la storia è caratterizzata da un infortunio e termina male, per esempio il protagonista della storia muore oppure un oggetto si rompe senza potere essere

riparato; 2) Esito Compensato (EC), quando nella storia l'infortunio si risolve in maniera positiva, o Esito Positivo (EP), quando la storia si svolge e termina senza infortunio; 3) Assenza di Esito (AE), quando la storia disegnata non viene completata;

- favole di Düss (16,17), uno strumento semiproiettivo a *performance* verbale che consiste nell'esporre al soggetto dieci brevi episodi da completare, con lo scopo di mettere in luce in modo efficace e rapido le strategie difensive prevalentemente adoperate dal soggetto. Le favole sono state valutate secondo una griglia che tiene conto dei contributi di Düss (16,17), Fine (18), Passi Tognazzo e Zanettin Ongaro (19,20), Battaglia e Lis (21), del gruppo di ricerca di Palermo (La Grutta, Lo Baido, Miragliotta, Sarno, in corso di pubblicazione). I parametri considerati per la valutazione sono stati (16,17,22): presenza o assenza di comportamenti sintomatici (rifiuto, ritardo a rispondere, risposte bisbigliate o sussurrate o espresse rapidamente, desiderio di passare alla favola successiva, perseverazione, racconti disorganizzati o bizzarri, ignoramento di particolari significativi della favola, totale incapacità di identificazione o eccesso di identificazione con il protagonista della storia); esito della favola (esito positivo o compensato, EPD/ECD; esito negativo, END; assenza di esito, AED); presenza/assenza di sentimenti esplicitamente espressi da un personaggio della storia; individuazione dei rapporti che legano i personaggi delle favole che vengono classificati in avvicinamento (AVV), allontanamento (ALL), assenza di relazione (AR);
- intervista clinica per raccogliere informazioni circa l'anamnesi infantile e attuale del soggetto, per comprendere la sua posizione circa le MGF, per valutare complessivamente il livello di collaboratività.

Soggetti

Sono state inserite nello studio 20 donne che hanno subito una MGF nel proprio paese di origine, immigrate da almeno 5 anni in Sicilia per ragioni di lavoro e/o di ricongiungimento familiare (le caratteristiche demografiche dei soggetti sono riportate in **Tabella 1**; il tipo di mutilazione subita, in **Tabella 2**), disponibili nell'intervista a raccontare la propria esperienza.

Tecniche

Per il reclutamento delle donne, ci siamo rivolti ai responsabili dei centri cittadini più importanti (il Centro Immigrati, il Centro di Santa Chiara, il Centro della Caritas) per la cura dei bisogni delle immigrate extracomunitarie.

Sono state inserite nello studio donne immigrate in Sicilia da più di cinque anni al fine di rendere quanto più ininfluyente qualsiasi effetto dovuto ad un eventuale disturbo dell'adattamento legato all'inevitabile disagio insito nel processo migratorio, relativo cioè alla separazio-

ne dal sistema culturale e familiare di appartenenza che forniva, seppur in una condizione di dipendenza, garanzie e protezione.

Per favorire la collaboratività delle donne, le interviste sono state condotte con la mediazione di un operatore transculturale di madre lingua.

Il protocollo è stato definito tenendo in massimo conto la competenza linguistica del gruppo: sono perciò stati scelti strumenti quanto più possibile cross culturali e non sono stati inclusi i parametri di valutazione connessi a fattori verbali.

L'intervista clinica è stata posta alla fine della somministrazione per evitare che il materiale affettivo emerso potesse influenzare e determinare le risposte ai test.

La somministrazione del protocollo è avvenuta nel corso di sedute individuali. Le istruzioni fornite sono state standardizzate. Non sono stati posti limiti di tempo per lo svolgimento delle prove.

I risultati ottenuti ai test sono stati interpretati seguendo le indicazioni contenute nei rispettivi manuali, fatta eccezione per le favole di Düss, che sono state valutate secondo una griglia i cui criteri sono stati esplicitati nella sezione descrizione degli strumenti.

Analisi statistiche

Le informazioni acquisite sono state di ordine qualitativo e quantitativo. È stata effettuata, in primo luogo, una analisi descrittiva dei dati, poi abbiamo fatto ricorso a tecniche parametriche e non-parametriche per la verifica dell'interazione tra la variabile "gruppo" (donne con MGF di I tipo e donne con MGF di III tipo) e gli indici misurati dai reattivi utilizzati.

Tabella 1. Caratteristiche demografiche dei soggetti

Età media: 33.1±8.7 min: 24 max: 55

Periodo medio di residenza in Italia: 16.7±6.8 min: 5 max: 33

Paese di provenienza:	Gambia	5
	Nigeria	3
	Eritrea	4
	Ghana	4
	Costa d'Avorio	4

Livello di istruzione:	elementare	16
	media	3
	superiore	1

Stato civile:	libero	2
	coniugate	15
	divorziate	3

Età nella quale è stata subita la mutilazione: un *range* compreso tra due settimane e nove anni.

Sedici hanno prole, da un minimo di due figli a un massimo di sei.

Il fenomeno delle Mutilazioni Genitali Femminili (MGF)

Tabella 2. Tipo di mutilazione genitale subita

I tipo	10 (50%)
III tipo	10 (50%)

RISULTATI

Il livello di collaboratività complessivo è stato sufficiente: non è inutile, tuttavia, sottolineare che il gruppo di donne deve avere vissuto in modo difensivo la richiesta di parlare della propria esperienza in merito alla mutilazione genitale. Le comunicazioni, infatti, sono sempre state sintetiche, semplici, espresse in modo molto rapido e ciò non va, evidentemente, imputato alla difficoltà nella lingua, considerato il dispositivo della ricerca.

Le donne intervistate appartengono a nuclei familiari piuttosto numerosi (da un minimo di sei a un massimo di tredici, compresi i genitori), organizzati rigidamente («Il rapporto con mamma e papà africani è diverso da quello che si stabilisce qua dove i genitori parlano con i figli, lì in Africa è più “duro” nel senso che i figli fanno soltanto quello che dicono i genitori e i nonni»), basati sull’assoggettamento assoluto della donna che lavora oltre 4000 ore all’anno, sostiene l’intero onere della cura dei figli e il 70% del lavoro domestico (23). Nonostante queste “durezze” il nostro gruppo di donne tende a conservare del proprio paese di origine un ricordo carico di nostalgia: «Ricordo quando lavoravamo il campo, c’erano le feste, mi piaceva, anche se ora è passato un sacco di tempo e lì è cambiato tutto ...».

Circa l’origine di pratiche così crude, le donne non riescono a comprenderne il reale motivo – «il motivo per cui lo fanno non lo so» – anche se si richiamano alla pressione della tradizione e alle ragioni religiose – «mia nonna mi diceva che esisteva tanto tempo fa, quando la sua nonna lo faceva alle sue figlie. È una usanza che è stata tramandata di generazione in generazione. Si fa per motivi religiosi, così mi ha spiegato mia nonna che si deve fare e basta» – e sono frequenti due ipotesi più delle altre: la mutilazione per limitare il desiderio sessuale femminile («se non si fa la donna vuole fare l’amore troppo spesso») e la mutilazione per impedire che la donna perda la sua femminilità e le sue possibilità di sviluppo, trasformandosi in un uomo: «se non si fa, il clitoride cresce e la bambina non diventa donna». Tutte giustificano, comunque, queste pratiche e le giudicano assolutamente necessarie perché altrimenti «quando questa cosa non si fa allora l’uomo si prende un’altra donna».

Le mutilazioni, nel nostro gruppo di donne, sono state effettuate nel maggior numero dei casi tra i due e

i quattro anni (85%). Una è stata mutilata a due settimane dalla nascita e due rispettivamente a sette e nove anni.

Rispetto alla loro mutilazione, tutte, nessuna esclusa, sono state in grado di descrivere data, ora, luogo dell’intervento e nome della mutilatrice. Alcune ricordano il dolore dell’operazione, la preoccupazione dei genitori, i lunghi periodi di convalescenza: «Ho sofferto molto. Ci ho messo almeno un mese per guarire. Mia madre ha avuto paura perché mi hanno dovuto ricoverare. È stato molto complicato e le cure, le medicazioni, erano dolorosissime».

La vita sessuale e la sessualità per tutte le donne intervistate sono gravemente compromesse, è un coro unanime: «Non c’è emozione», «Non si sente niente», «Non c’è piacere», «Se non hai un fidanzato non c’è problema, ma se ce l’hai non c’è interesse a fare l’amore», «La donna ha paura di toccare l’uomo e pure l’uomo ha paura di toccare la donna», «Quando si ha un rapporto, si sente un dolore fortissimo e ci si spaventa», «Dopo sposata, per la paura, per i primi mesi non volevo avere rapporti. Poi mio marito ha cominciato a sospettare che o avevo un’altra relazione oppure non ero stata tagliata bene e allora dovevo rioperarmi», «La sessualità non è per niente bella. Sì, mi piace stare vicina a mio marito ma non per avere rapporti e poi c’è molta timidezza tra di noi».

La sessualità aderisce così perfettamente al progetto procreativo: «Io faccio l’amore solo per avere bambini», in accordo con il principio che «Se non hai figli vuol dire che c’è qualche cosa che non va, che non sei una brava persona» e del resto i figli sono considerati in ogni parte dell’Africa un insostituibile patrimonio sociale senza il quale un africano sente di non appartenere alla comunità e non può, inoltre, assicurarsi una vecchiaia assistita considerato che in Africa non esiste un sistema pensionistico.

Anche rispetto alla possibilità di fare mutilare le proprie figlie, le donne intervistate sono unanime: le farebbero mutilare se non fosse un’esperienza così dolorosa e se non si trovassero in Italia: «Quando tornerò nel mio paese, loro saranno già grandi e io potrò dire a mia madre: il dottore mi ha detto che in Italia non si può fare».

Per quanto riguarda il Coloured Progressive Matrices, le prestazioni delle donne si distribuiscono, indipendentemente dall’aver subito una mutilazione di I tipo o di III tipo, tra la terza classe (tra il 25° e il 75° centile) e la seconda (sopra il 75° centile) e le medie dei due gruppi sono sovrapponibili (**Tabella 3**).

Ansia di stato e ansia di tratto rientrano nei valori normativi e ancora una volta i due gruppi considerati

Lo Baido R, et al.

Tabella 3. Tipo di mutilazione genitale subita: prestazioni al CPM

I tipo	70.5+16
III tipo	67.7+14

(donne con mutilazione di I tipo e donne con mutilazioni di III tipo) si equivalgono come si può osservare dal semplice confronto tra le medie (**Tabella 4**). Ansia di stato e ansia di tratto sono anche correlate ($r=.88$; $p=.001$) e ciò sia perché le scale di stato e di tratto sono state somministrate nella stessa sessione in successione sia perché la situazione dell'intervista è stata affrontata in modo inevitabilmente difensivo come una valutazione sociale. Occorre precisare che punteggi di ansia di stato e di ansia di tratto normativi o francamente bassi si trovano in quei soggetti che, a fronte di un'esposizione intensa e precoce a stimoli ansiogeni, tendono a sviluppare un *pattern* difensivo che minimizza la minaccia tramite strategie volte alla negazione e al diniego.

La tecnica delle storie disegnate ha messo in evidenza una percentuale rilevante di AE indipendentemente dal tipo di mutilazione subita (**Tabella 5**). Nessuna donna del nostro gruppo produce una storia con esito positivo. Incrociando i risultati ottenuti con le tecniche delle storie disegnate, con il CPM emerge che coloro che concludono le proprie storie con esito compensato e con esito negativo hanno al CPM livelli di prestazione più elevati di chi non riesce a completare la propria storia (**Tabella 6**).

Dall'applicazione del metodo delle favole di L. Düss è emerso:

- che tutte le donne intervistate, alcune in modo più sfumato altre più marcatamente, hanno manifestato comportamenti sintomatici quali, specie al primo

Tabella 4. Medie di ansia di stato e ansia di tratto in rapporto al tipo di mutilazione subita

	Ansia di stato	Ansia di tratto
Mutilazione di I tipo	48.8+15.38	35.60+15.29
Mutilazione di III tipo	52.60+13.93	40.01+16.35

Tabella 5. Distribuzione relativa alla Tecnica delle Storie Disegnate

Esito Compensato	Esito Negativo	Ansia di esito
20% (4)	35% (7)	45% (9)

Tabella 6. Medie alle CPM in rapporto alla Tecnica delle Storie Disegnate

	EC*	EN**	AE
CPM	20% (4) 81.25+2.98	35% (7) 79.14+4.8	45% (9) 55.88+11.57

*EC/AE: $p<.001$

**EN/AE: $p<.001$

impatto, tendenza al rifiuto di alcune favole, risposte bisbigliate e sussurrate con una visibile fatica, silenzi e ritardo a rispondere, desiderio di finire il compito, tendenza alla perseverazione, poca concentrazione e ignoramento di particolari significativi della favola, eccesso di identificazione con il protagonista della storia;

- che l'AED è stata la risposta percentualmente più frequente e ciò nonostante le favole, da un punto di vista metodologico, condizionano i soggetti a fornire risposte con esito positivo, compensato, o negativo (**Tabella 7**);
- che la percentuale di risposte con l'assenza di sentimenti esplicitamente espressi da un personaggio della storia è stata assai più frequente rispetto alla presenza di sentimenti e ciò indipendentemente dal tipo di mutilazione subita (**Tabella 8**). Tra l'altro i sentimenti, quando espressi, sono di infelicità, tristezza, paura, gelosia ed esclusione e quasi mai evolvono in stati emotivi positivi;
- che allontanamento e assenza di relazione sono i rapporti che legano più frequentemente i personaggi delle favole (**Tabella 9**).

Tabella 7. Distribuzione relativa al parametro "esito" delle favole di Düss

	ECD	END	AED
Mutilazione di I tipo	28% (24)	15% (13)	56% (49)
Mutilazione di III tipo	18% (14)	27% (21)	55% (43)

Tabella 8. Distribuzione relativa al parametro "sentimento" delle favole di Düss

	Presenza di sentimenti	Assenza di sentimenti
Mutilazione di I tipo	31% (27)	69% (59)
Mutilazione di III tipo	22% (17)	78% (61)

*Il fenomeno delle Mutilazioni Genitali Femminili (MGF)***Tabella 9. Distribuzione relativa al parametro “relazione” delle favole di Düss**

	AVV	ALL	AR
Mutilazione di I tipo	29% (25)	32% (28)	38% (33)
Mutilazione di III tipo	20% (16)	31% (24)	48% (38)

CONCLUSIONI

Inevitabilmente, il problema delle MGF fa scontrare duramente due sistemi di riferimento culturali: da una parte, le MGF sono interpretate come delle mutilazioni vere e proprie che provocano un danno anatomico con complicanze potenzialmente mortali; dall'altra, non si può trascurare che nella tradizione delle culture in cui le MGF sono praticate, lungi dall'essere considerate un atto di violenza sul minore, si distinguono come un segno di attenzione, cura e amore della famiglia verso la bambina, un segno che sottolinea l'appartenenza definitiva ad un gruppo e permea l'identità dell'individuo. “Traumatismi culturalmente organizzati”, li ha definiti Nathan (24), pratiche cruente sostanziate dalla cultura gruppale con la “valenza positiva” di fare recuperare la vera identità, cancellando la natura bisessuale, eliminando il segno del doppio (come abbiamo avuto modo di verificare anche nel nostro gruppo, per molti popoli africani il clitoride è un fallo incompleto che con la propria crescita inficia lo sviluppo, danneggiando il rapporto sessuale e la gravidanza). La donna non mutilata, non segnata è, così, anche non connotata, non determinata, vista come una bambina di cui nessuno si è preso cura, una bambina condannata ad una sicura emarginazione: senza identità, senza identità sessuale, senza marito, senza figli, senza sostegno sociale, una bambina “non nata”, quindi non esistente. Queste considerazioni rendono più comprensibile come le donne della nostra indagine ricordino perfettamente giorno, ora, anno, luogo e nome della mutilatrice nonostante molte fossero molto piccole (due settimane in un caso) all'epoca in cui è stata effettuata: come se tutto ciò che riguarda la mutilazione fosse fissato nella loro memoria esattamente come ricordare la propria data di nascita.

Ulteriormente, per esplorare l'ambivalenza di queste donne a pensare di potere adoperare queste mutilazioni sulle proprie figlie nonostante le gravi sofferenze patite, occorre fare riferimento anche all'effetto diretto dell'azione del meccanismo di identificazione con l'aggressore: sono donne che trovano, nella mutilazione della figlia, una ragione per significare la propria.

È indubbio che l'operazione riduce e condanna la donna ad una condizione di subordinazione, per esercitare un controllo sulla sua sessualità, impedendole l'accesso alla dimensione del piacere e del desiderio: «Avevo paura che mio marito mi toccasse e non volevo avere rapporti. Allora le anziane mi hanno chiamato, di nuovo, in quella stanza – la stanza dove anni addietro era avvenuta la mutilazione – per controllare e volevano di nuovo tagliarmi. Per fortuna è venuto mio padre e ha detto che non si poteva fare perché già la prima volta ero stata troppo male. Una donna che predice il futuro ha poi sentenziato a mia madre che poi ha riferito a mio marito: non ti preoccupare, non ha rapporti con nessuno, ha solo paura».

Attraverso queste procedure dolorose e traumatiche, nelle bambine vengono inculcati gli atteggiamenti femminili adeguati, atteggiamenti che vengono iscritti sui loro corpi non solo fisicamente ma anche affettivamente e cognitivamente nella forma di inclinazioni mentali, in veri e propri schemi di percezione e pensiero. L'identità così ottenuta implica il ripudio definitivo alla propria sessualità che viene ridotta alla necessità di procreare.

Non abbiamo rintracciato differenze, in merito ai parametri psicologici valutati, tra donne che hanno subito una mutilazione di I tipo e donne che hanno subito una mutilazione di III tipo molto più cruenta e violenta. Del resto, se dolore e trauma sono comuni denominatori di queste situazioni, più della lesione subita, sugli effetti finali, gioca un ruolo importante l'angoscia suscitata. E poi gli effetti del trauma non sono soltanto connessi all'ampiezza della ferita sul corpo ma sono mediati dal proprio equipaggiamento personale e dalla capacità dell'ambiente di coniugare la sua funzione supportante. È la diversa miscela di questi tre indicatori (ampiezza del trauma, equipaggiamento personale, capacità dell'ambiente di declinare la sua funzione riparatrice) che regola gli effetti dell'evenienza traumatica. In effetti, in merito alle differenze rintracciate all'interno del gruppo, abbiamo avuto modo di osservare che si tratta di differenze non legate al tipo di trauma sul corpo subito ma connesse alla strategia difensiva e cognitiva adoperata: incrociando i risultati delle storie disegnate con i risultati del CPM è emerso che coloro che concludono le proprie storie con esito compensato e con esito negativo hanno al CPM livelli di prestazione più elevati di chi non riesce a completare la propria storia e produce risposte con assenza di esito. Ciò significa che, indipendentemente dal trauma subito, alcune donne applicano strategie difensive più adattive che implicano un maggior livello elaborativo e una maggiore apertura alla realtà conoscitiva; altre donne in maniera più po-

tente, con una compromissione delle prestazioni cognitive, applicano strategie di diniego più potenti e risentono di una carenza dell'elaborazione. Dall'analisi qualitativa caso per caso abbiamo verificato alcune differenze nell'anamnesi infantile relative alle dinamiche emozionali del gruppo familiare di appartenenza che caratterizzano le donne a maggiore distanza emotiva (risposte AE alle storie disegnate connesse con più bassa prestazione cognitiva al CPM): sono assenti ricordi che includono persone significative nella propria infanzia oltre ai genitori e i genitori stessi sono descritti come convinti assertori delle mutilazioni tant'è che l'unico modo per evitare di fare mutilare le proprie figlie è la fuga: "rimanere in Italia, dove la legge lo vieta, fino a quando non sono grandi e poi non si può fare più"; dalle fiabe inoltre emerge, in queste donne, una maggiore frequenza di sentimenti di gelosia attribuiti ai genitori come se la relazione genitori-figli fosse volta all'impossessamento.

Dai risultati ottenuti si possono esitare, in definitiva, due profili posti ai due poli di un continuum: da una parte livelli di ansia normativi, maggiore frequenza di assenza di esito nelle storie disegnate, assenza di sentimento, assenza di relazione tra i personaggi, nelle favole di Düss, prestazioni più limitate al CPM; dall'altra livelli di ansia normativi, maggiore frequenza di esiti negativi ed esiti compensati nelle storie disegnate, di esiti negativi e compensati, presenza di sentimento (anche se negativi), maggiore frequenza della relazione di allontanamento tra i personaggi, nelle favole di Düss, prestazioni migliori al CPM. In realtà si può pensare ad un diverso contributo, in termini quantitativi, di un pattern difensivo volto alla dissociazione: le difese dissociative del resto riescono a collocare l'esperienza traumatica in un altro luogo, in un altro tempo, in un altro corpo, altrove (è molto frequente nel nostro gruppo che le favole sia ad esito compensato sia ad esito negativo siano impostate caratteristicamente con un personaggio che guarda ciò che gli accade intorno: «un bambino guarda un cane che davanti a lui sbranava una persona», «la mamma guarda l'agnellino che, triste, dopo essersi lamentato e arrabbiato, va a mangiare l'erba»); e sono le uniche in grado di potere proteggere l'individuo quando è fatto oggetto di violenze terribili per mano di coloro che avrebbero dovuto proteggerlo.

Evidentemente dai dati emersi relativi all'analisi qualitativa caso per caso, è proprio il sostegno riparatorio da parte dell'ambiente esterno il fattore determinante nel generare, a fronte di una violenza traumatica insopportabile tale da fratturare drammaticamente ogni schermo protettivo, la possibilità di adoperare: meccanismi dissociativi estremi, stabili ed espulsivi nell'ordine della scissione, del diniego, dell'identifica-

zione proiettiva, impoverendo progressivamente le proprie funzioni, fallendo il lavoro elaborativo, finendo con il danneggiare l'apparato preposto all'elaborazione dei pensieri stessi; meccanismi dissociativi più lievi che consentono di affrontare l'evento traumatico ma che non impediscono definitivamente la sua successiva elaborazione.

L'utilizzo di strategie difensive volte alla dissociazione comporta comunque il non potersi fidare pienamente delle autorità e quindi non potere denunciare gli accaduti, dall'altra lo strutturarsi di un patto denegativo/perverso con il gruppo carnefice, patto per cui la vittima si sente importante e quindi confermata nel proprio valore fondamentale per gli altri. Ciò spiegherebbe il perché del fenomeno delle MGF si abbiano solo stime e non cifre precise.

BIBLIOGRAFIA

1. Organizzazione Mondiale della Sanità: Female genital mutilation: report of WHO. Technical Working Group Meeting, Geneva, 1996.
2. Avenia F, Mundanu S, Lo Baido R: Mutilazioni genitali femminili: storia e attualità. *Rivista di Sessuologia*, 2001, 4, 353-365.
3. Mazzetti M: Senza le ali. Le mutilazioni genitali femminili. F. Angeli editore, Milano, 2000.
4. Mazzetti M: Le mutilazioni genitali femminili. Un paradigma nei territori complessi della medicina transculturale. *Annali Italiani di Medicina Interna*, 2001, 16 (suppl 1), 176S-179S.
5. Mohamed MI: Il corpo violato. Le mutilazioni genitali femminili. Percorsi editore, Bologna, 2002.
6. Morrone A, Franco G: Oltre il colore della pelle. Bagatto Libri, Roma, 1999.
7. Grassivaro Gallo P: La circoncisione femminile in Somalia: una ricerca sul campo. F. Angeli editore, Milano, 1986.
8. Grassivaro Gallo P, Vivani F, Livio M, Corsaro R, De Cordova F, Fortunato G, et al.: Epidemiological surveys on female genital mutilation in Italy. *Sexual mutilation: a human tragedy*. Plenum Press, New York, 1997.
9. Raven JC: (1981). CPM Coloured Progressive Matrices. Organizzazioni Speciali, Firenze, 1984.
10. Spielberg CD: (1983). Inventario per l'ansia di stato e l'ansia di tratto. Organizzazioni Speciali, Firenze, 1989.
11. Trombini G: Introduzione alla clinica psicologica. Zanichelli, Bologna, 1994.
12. Trombini E: La tecnica delle storie disegnate in psicoterapia infantile. Contributi della I Cattedra di Psicologia della Facoltà Medica dell'Università di Bologna, 1994, 1-15.
13. Scarponi D, Trombini E, Trombini G: La sofferenza del bambino oncologico attraverso la tecnica delle storie disegnate. *Quaderni di Scienze dell'Interazione*. Domenighini editore, Bologna, 1994.
14. Trombini E, Scarponi D, Fini M, Trombini G: L'impiego della tecnica delle storie disegnate in psicologia clinica dell'età evolutiva. In: *Atti del III Congresso Nazionale AIP*, Palermo 28-30 settembre, 2001, 47-49.
15. Trombini E, Scarponi D, Fini MC, Natale V, Trombini G: La narrazione in psicologia clinica: la tecnica delle storie disegnate in

Il fenomeno delle Mutilazioni Genitali Femminili (MGF)

- oncologia pediatrica. Atti del IV Congresso Nazionale AIP, Bellaria – Rimini, 2002, 13-14 settembre, 28-30.
16. Düss L: Étude expérimentale des phénomènes de résistance en psychanalyse infantile. *Kinder Z. Psychiat*, 1944, 11, 1-11.
 17. Düss L: La méthode des fables en psychanalyse infantile. L'Arche Editeur, Paris, 1950.
 18. Fine R: (1955). Valutazione per tecniche proiettive verbali. Organizzazioni Speciali, Firenze, 1963.
 19. Passi Tognazzo D, Zanettin Ongaro F: Sulla possibilità di applicare collettivamente il «Metodo delle favole» di Luise Düss. *Bollettino Psicologia Applicata*, 1971, 127, 89-105.
 20. Passi Tognazzo D: Metodi e tecniche nella diagnosi della personalità. Giunti Barbera, Firenze, 1975.
 21. Battaglia R, Lis A: Una proposta per la quantificazione del test di L. Düss. *Bollettino Psicologia Applicata*, 1984, 172, 35-43.
 22. Falorni ML: Il metodo delle favole di L. Düss. Organizzazioni Speciali, Firenze, 1957.
 23. Grasso M: Donne senza confini. L'Harmattan editore, Torino, 2003.
 24. Nathan T: L'art de renaître. Fonctions thérapeutiques de l'affiliation au moyen du traumatisme sexuel. *Revue d'Ethnopsychiatrie*, 1991, 18, 15-36.