



# PSICOLOGI & PSICOLOGIA IN SICILIA



NOTIZIARIO  
DELL'ORDINE  
DEGLI PSICOLOGI  
REGIONE SICILIA

**N. 13**  
APRILE 2012 / ANNO XV



CONSULTA IL SITO  
**www.ordinepsicologisicilia.it**



**LA SEGRETERIA È ATTIVA  
 PRESSO LA SEDE DELL'ORDINE**  
 VIALE FRANCESCO SCADUTO, 10/B - 90144 PALERMO

**ORARIO DI RICEVIMENTO IN SEDE**  
 \_LUNEDÌ E VENERDÌ / DALLE 10.00 ALLE 13.00  
 \_MARTEDÌ / DALLE 15.30 ALLE 17.30  
 \_GIOVEDÌ / DALLE 15.30 ALLE 17.00

L'ACCOGLIENZA TELEFONICA È ATTIVA TUTTI I GIORNI,  
 ESCLUSO IL SABATO, DALLE ORE 10.00 ALLE ORE 12.30,  
 MARTEDÌ E GIOVEDÌ DALLE 15.30 ALLE 17.00

TELEFONO 091 6256708 / 840 500290 AL COSTO DI  
 UN SINGOLO SCATTO URBANO, DA TUTTA LA RETE FISSA  
 IN ITALIA, ESCLUSO I CELLULARI  
 FAX 091 7301854 (SEMPRE ATTIVO)



**CONTATTI E-MAIL**

_PRESIDENTE	presidente.oprs@psypec.it
_VICE PRESIDENTE	vicepresidente.oprs@psypec.it
_CONSIGLIERE SEGRETARIO	segretario.oprs@psypec.it
_CONSIGLIERE TESORIERE	tesoriere.oprs@psypec.it
_COORDINATORE EDITORIALE NOTIZIARIO	redazione.oprs@psypec.it
_UFFICI DI SEGRETERIA	segreteria.oprs@psypec.it

**RICHIESTE RELATIVE AL SITO**

_AREA PUBBLICA	webmaster.oprs@psypec.it
_AREA RISERVATA	bacheca.oprs@psypec.it
_NEWSLETTER	newsletter.oprs@psypec.it



# INDICE

## FOCUS

VERSO LA PROFESSIONE **2**  
P. BOZZARO

## INIZIATIVE DELL'ORDINE

PSICOLOGIA IN SITUAZIONI D'EMERGENZA **4**

## LA PROFESSIONE

ADOLESCENZA E ADOZIONE **6**  
D. RANDAZZO, E. MORTILLARO, A.M. MANCUSO, D. SCIORTINO

INCONTRO TRA NEUROSCIENZE E PSICOTERAPIA **10**  
M. SPAGNUOLO LOBB

LA PSICOLOGIA PEDIATRICA **16**  
OLTRE LA PSICOLOGIA IN PEDIATRIA  
G. PERRICONE, C. POLIZZI, M. REGINA MORALES

IL FALLIMENTO DELLA FUNZIONE GENITORIALE **23**  
A. FERRO

PSICOLOGIA ANALITICA E CURA DELLE PSICOSI **30**  
F. TESTA

PSICOLOGIA E MEDIAZIONE FAMILIARE **35**  
V. MONACO CREA

IL DISTACCO AFFETTIVO **37**  
NELL'AFFIDAMENTO FAMILIARE  
A. GIRGENTI

DELITTO E CASTIGO: UNA LETTURA DI DOSTOEWSKIJ **40**  
F. FURCHÌ

## CONGRESSO ISTANBUL 2011

CARCERE E RELAZIONI SOCIO-AFFETTIVE **44**  
S. MILAZZO, B. ZAMMITTI

ADOZIONI LEGALI ED ILLEGALI: **46**  
LE FRONTIERE DELL'ARGENTINA  
B. ZAMMITTI, S. MILAZZO

LA VALUTAZIONE DELL'IMPUTABILITÀ **48**  
S. SPITALE

LIBRI RICEVUTI **49**

AGGIORNAMENTO ALBO **53**

**PSICOLOGI&PSICOLOGIA**  
IN SICILIA  
ANNO XV / N. 13

AUT. TRIB. DI PALERMO, N. 29/98  
DEL 17/19-11-1998

**REDAZIONE**  
VIALE FRANCESCO SCADUTO, 10/B  
90144 PALERMO  
TELEFONO 091 6256708 / 840 500290  
FAX 091 7301854  
WWW.ORDINEPSICOLOGISICILIA.IT  
REDAZIONE.OPRS@PSYPEC.IT

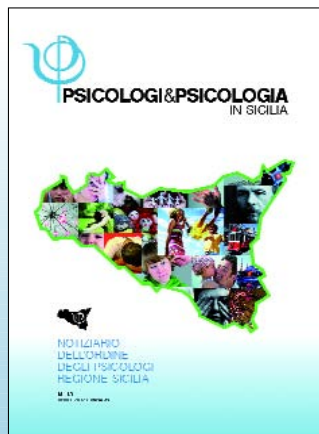
**DIRETTORE RESPONSABILE**  
PAOLO BOZZARO

**COORDINAMENTO EDITORIALE**  
ROBERTO PAGANO

**CHIUSO IN REDAZIONE**  
IL 20 APRILE 2012

**GRAFICA E IMPAGINAZIONE**  
ROCCO GIBILRAS  
CASA EDITRICE LA TECNICA DELLA SCUOLA  
VIA TRIPOLITANIA, 12 / 95127 CATANIA

**STAMPA**  
EUROGRAFICA LA ROCCA / RIPOSTO (CT)





P



**PAOLO BOZZARO**  
PRESIDENTE ORDINE REGIONALE



## VERSO LA PROFESSIONE

ur avendo scelto - in accordo con lo spirito dei tempi - di utilizzare il Web per le nostre comunicazioni istituzionali (mail, sito, news, ...), mantenere un filo di continuità narrativa attraverso la carta stampata ci sembra ancora oggi il modo più efficace per scegliere nel flusso degli eventi, che riguardano la comunità degli psicologi siciliani, quelli più significativi da consegnare alla memoria collettiva.

Uno spazio particolare lo abbiamo dedicato, in questo numero del Notiziario, alla **Convenzione per gli interventi psicosociali in emergenza** (pp. 4-5), sottoscritta con la Protezione civile e l'Assessorato regionale della salute nel giugno 2011. La Convenzione ha rappresentato la felice conclusione di un lungo percorso istituzionale, che ha visto collaborare fin dal 2005 il nostro Ordine con la Protezione civile in un settore - quello delle grandi emergenze - nel quale si è andata costruendo negli anni una cultura diversa sia nel modo di intendere le catastrofi naturali e ambientali sia nel modo di affrontarle. Da un atteggiamento centrato sull'interventismo emergenziale si è passati pian piano ad una visione più "sistemica" e integrata (pre/durante/dopo), con una migliore individuazione delle fasi e delle procedure di intervento, una "specializzazione di compiti e di ruoli" tra i molti soggetti, istituzionali e non progressivamente coinvolti. Anche per gli psicologi, che hanno scelto di ope-

rare in questo contesto (inizialmente su base esclusivamente volontaristica), le esperienze maturate nel tempo hanno permesso di definire un'area professionale (di ricerca, di studio e di intervento) che appare oggi fra le più innovative. La "psicologia delle emergenze" o "la psicologia in situazioni di emergenza" (come amano dire altri) ha acquisito negli ultimi anni una precisa identità, frutto di esperienze dirette "sul campo" ma anche di riflessioni metodologiche e teoriche di estremo interesse. La "presenza degli psicologi" in situazioni di emergenza non appare più come un episodio isolato e estemporaneo, ma come una "risposta" pianificata all'interno del più ampio piano di soccorso e di assistenza, con una sua "linea di azione", che si esprime nell'ambito dell'assistenza psicologica alle "vittime" (nella diversa accezione che questo termine ha nelle varie tipologie di emergenze), ma anche come sostegno e aiuto psicologico ai "soccorritori".

Che la regione Sicilia con questa Convenzione abbia voluto "esplicitare", anche attraverso un impegno economico, il ruolo professionale degli psicologi in situazioni di emergenza rappresenta un riscontro che vogliamo ricambiare con senso di responsabilità (lo abbiamo fatto in parte con il rinnovo della **Task Force** e i relativi seminari di formazione), offrendo la nostra disponibilità anche per un coinvolgimento più attivo e diffuso degli psicologi nella re-





te delle emergenze e delle urgenze sanitarie "quotidiane" (118 e Pronto Soccorso).

Un altro spazio del Notiziario è dedicato all'area di contatto e di incontro fra **Psicologia e Pediatria** (pp. 17-22), un percorso di ricerca e di intervento che in America è già definito in maniera paradigmatica con il termine di "psicologia pediatrica" (54a Divisione dell'American Psychological Association) e che in Sicilia è stato portato avanti in questi anni dall'Unità di ricerca in Psicologia Pediatrica del Dipartimento di Psicologia dell'Università di Palermo, sotto la guida della prof.ssa Giovanna Perricone. Dai contributi presentati al **1° congresso internazionale** (tenutosi a Palermo il 25/26/27 novembre 2011) è emersa una varietà di esperienze e una ricchezza di proposte, che confermano la necessità di rivisitare l'intervento psicologico in età evolutiva in modo davvero sostanziale, specie quando l'intervento è rivolto a bambini o adolescenti con patologie croniche o acute. La riflessione qui presentata offre una sintesi del paradigma epistemologico-procedurale di riferimento, ma si presenta anche come un modello metodologico di come interpretare la funzione dello psicologo negli ambiti più generali della "salute", in stretta integrazione con le altre figure del sistema (pediatri, neonatologi, oncologi...) e con una particolare attenzione ai contesti organizzativi reali (ospedali, servizi territoriali, scuole, famiglia...). E' vero che le nostre politiche sanitarie sono ancora tutte centrate sulla "cura e il contrasto delle malattie" (piuttosto che sulla promozione della salute e del benessere); è vero che l'unica figura attorno alla quale si organizzano i sistemi sanitari resta il medico (e non il paziente). Ma è pure vero che questo modello sta mostrando evidenti segni di "crisi" e che altre tipologie di approccio, più rispettose dei bisogni generali



di salute (fisica e psichica), cominciano a proporsi, evidenziando più efficacia e in alcuni casi perfino anche un minor costo. Mi viene in mente la sperimentazione promossa dal **prof. Solano** (che sarà nostro ospite il 19 maggio a Palermo) sull'abbinamento tra **medico di famiglia e psicologo**, un abbinamento che potrebbe essere riprodotto anche in Sicilia, in via del tutto sperimentale, se l'Assessorato regionale della salute oltre a inseguire giusti pareggi di bilancio, intendesse seguire anche coraggiose vie di cambiamento.

Uno scorcio di "vita ordinistica", che vogliamo condividere con chi è già iscritto all'Ordine da molti anni, è rappresentato dalle foto del **Welcome Day** una simpatica iniziativa realizzata a Palermo (4 ottobre 2011) e a Catania (6 ottobre 2011), per "accogliere" i nuovi iscritti. E' stato un modo semplice ma efficace di dare il benvenuto ai più giovani e di stabilire attraverso la consegna ad ognuno del Codice deontologico e del tesserino personale un ponte di colleganza e di dialogo intergenerazionale tra chi la professione ha avuto modo di realizzarla e chi - pur con mille difficoltà e tante speranze - inizia la propria strada. Un momento di festa che il Consiglio ha voluto offrire anche per stemperare l'immagine che spesso si ha dell'Ordine come di un organismo burocratico e ingessato, distante dalle situazioni reali nelle quali vivono i colleghi. Dopo il saluto del Presidente e dei Consiglieri (a Palermo Melita Ricciardi, Sonia Tinti Barraja, Danie-

la Smirni, Enza Zarcone, Rita Chianese; a Catania Alice Attinà, Pino Spitale, Tonino Marù), che attraverso i loro interventi hanno descritto sinteticamente le varie funzioni dell'Ordine e le iniziative intraprese, due rappresentanti della professione, **Pippo La Face** (a Palermo) e **Michele Spada** (a Catania), hanno dato - attraverso il racconto delle loro esperienze professionali - una testimonianza concreta del loro percorso professionale: di come hanno affrontato le difficoltà iniziali, di come hanno raggiunto, anche attraverso esperienze iniziali non sempre corrispondenti con quelle "immaginate" durante gli studi, un assetto professionale in grado di mantenere alte le aspirazioni e le motivazioni, che la professione di psicologo richiede, coniugando competenza e creatività in una dimensione sempre più partecipata e condivisa. E' poi seguita la consegna ad ogni nuovo iscritto del **tesserino personale** e del **codice deontologico**, segni espliciti di quel senso di appartenenza e di identità che il consiglio vuole rafforzare anche attraverso un dialogo intergenerazionale fra i giovani e i meno giovani più diretto, più costante, più interattivo.

Un brindisi augurale ha concluso la serata, allietata a Palermo dalle note musicali del quartetto rock **Sound Juice**, a Catania dalla **Cesm Jazz Orchestra**. Musiche diverse, ma con un particolare in comune: in entrambe le formazioni fra i componenti "uno psicologo", Antonio Ferro (chitarra) e Paolo Anile (sax tenore)!



# PSICOLOGIA IN SITUAZIONI D'EMERGENZA

a **Convenzione** sulle modalità di coinvolgimento degli psicologi nelle emergenze, firmata il 9 giugno 2011 fra **Ordine e Regione Sicilia** (Presidenza, Protezione Civile e Assessorato della Salute), ha rappresentato la felice conclusione di un percorso di collaborazione iniziato nel 2005 con il **Protocollo di intesa** e seguito con l'istituzione nel 2007 della prima **Task Force** delle emergenze. Dei 250 colleghi, che avevano allora dato la disponibilità, parecchi sono stati chiamati in occasione di calamità naturali e sociali - non ultime il terremoto dell'Aquila, la frana di Giampilieri e l'emergenza immigrazione - contribuendo con impegno e professionalità a mostrare l'efficacia della presenza dello psicologo in questo settore e a diffondere un diverso atteggiamento "culturale" e "sociale" rispetto a tutto ciò che sinteticamente viene definito: "emergenza" o "calamità" o "disastro" o "incidente" o semplicemente "imprevisto", sia quando l'evento venga "attribuito" alla natura sia quando derivato più direttamente dal comportamento umano. Sulla base di queste esperienze ed in linea con la direttiva della Presidenza del Consi-

glio dei Ministri del 2006, la Convenzione prevede che in situazioni di temuto pericolo o emergenziali, che necessitino di attività di supporto o di consulenze su aspetti psicologici, il dirigente generale del Dipartimento della Protezione Civile, su richiesta del direttore dei soccorsi o del dirigente del Dipartimento della Pianificazione Strategica dell'Assessorato della Salute, "può avvalersi di psicologi, dotati della necessaria competenza, sulla base di apposito elenco predisposto dall'Ordine degli Psicologi della Regione Siciliana, semestralmente aggiornato e trasmesso al Dipartimento Regionale della Protezione Civile" (art. 1). La scelta dei professionisti da inviare sui luoghi avverrà preferenzialmente su base territoriale. Il numero degli psicologi da impiegare sarà determinato, volta per volta, dal direttore dei soccorsi o dal dirigente del Dipartimento della Pianificazione Strategica dell'Assessorato della Salute. Ai professionisti verrà corrisposto un rimborso spese forfettario ed onnicomprensivo, a titolo di copertura per il mancato guadagno, di 200 euro giornalieri per ciascuno. La Regione Siciliana e l'Ordi-



## “L'INTERVENTO PSICOLOGICO IN EMERGENZA”

DOCENTI	CONTENUTI	PALERMO	CATANIA
Ing. P. Lo Monaco	Il rischio. Il sistema della Protezione civile. L'intervento in emergenza	17 gennaio 2012 ore 9/11	24 gennaio 2012 ore 9/11
Ing. C. Foti	Il COC COM CCS DICOMAC. La colonna mobile. Gli aspetti normativi della protezione civile	17 gennaio 2012 ore 11/13 - ore 14/16	24 gennaio 2012 ore 11/13 - ore 14/16
Dr. R. Lupo	La diffusione della cultura della protezione civile. La gestione di un campo di protezione civile	17 gennaio 2012 ore 16/18	24 gennaio 2012 ore 16/18
Dr. A. Aliquò	Programmazione e gestione del sistema sanitario. Pianificazione del territorio e dei servizi territoriali. L'efficacia e l'efficienza ospedaliera. Sanità pubblica e medicina generale per i sinistrati	31 gennaio 2012 ore 9/13	7 febbraio 2012 ore 9/13
Dr. D. Alagna	L'Emergenza Sanitaria. Gestione dei soccorsi nelle urgenze. Il triage. Linee guida di trattamento del politraumatizzato. Le procedure salvavita, la rivalutazione e la stabilizzazione nel paziente traumatizzato	31 gennaio 2012 ore 14/18	7 febbraio 2012 ore 14/18
Dr.ssa M. Ricciardi	Inquadramenti Teorici e Concettuali della Psicologia dell'Emergenza e dell'Evento Critico. La normativa relativa all'intervento psicologico nelle emergenze. Obiettivi della Psicologia dell'emergenza.	21 febbraio 2012 ore 9/11	6 marzo 2012 ore 9/11
Dr.ssa A. Postorino	Risposte psicologiche normali, fattori di rischio, resilienza e stili di coping. Le fasi della risposta collettiva alla calamità e quelle della risposta individuale. Le reazioni psico-comportamentali individuali e collettive nelle grandi emergenze.	21 febbraio 2012 ore 11/13	6 marzo 2012 ore 11/13
Dr.ssa C. Carini	Comunicazione delle bad-news. Il supporto agli operatori e ai parenti delle vittime. Tecniche operative di gestione delle situazioni di crisi. L'intervento psicologico nelle emergenze al Pronto Soccorso o DEA Ospedaliери.	21 febbraio 2012 ore 14/18	6 marzo 2012 ore 14/18
Dr.ssa E. Venturella	Elementi di Psicotraumatologia. Risposte psicologiche normali, fattori di rischio, resilienza e stili di coping. Il triage psicologico	22 febbraio 2012 ore 9/13	7 marzo 2012 Ore 9/13
Dr.ssa G. Maslovacic	Elementi di clinica in contesti critici e di emergenza. Tecniche e Strumenti di Intervento negli eventi critici e nei contesti di emergenza.	22 febbraio 2012 ore 14/18	7 marzo 2012 Ore 14/18



ne collaboreranno per la promozione e l'attuazione di iniziative formative rivolte alle strutture territoriali ed a organizzare uno specifico programma di formazione professionale per gli addetti delle strutture operative di Protezione Civile.

A seguito degli impegni assunti con questa Convenzione, nel mese di dicembre è stato pubblicato il bando per il reclutamento degli psicologi della Task Force, ancorando l'iscrizione o il rinnovo di essa alla partecipazione ad un **ciclo di seminari sulla psicologia dell'emergenza**, organizzati in collaborazione con la Protezione Civile e l'Assessorato della Salute, che si sono tenuti in due edizioni, rispettivamente a Palermo (17 e 31 gennaio, 21/22 febbraio) e a Catania (24 gennaio, 7 febbraio, 6/7 marzo). Obiettivo principale dei seminari è stato quello di fornire una rassegna ragionata sull'intervento psicologico nelle emergenze complesse, a sostegno di individui, gruppi e comunità, colpiti da situazioni di maxi-emergenza (catastrofi naturali o sociali) o in situazioni critiche a seguito di eventi traumatici.

Obiettivi più specifici: illustrare le linee guida della psicologia dell'assistenza umanitaria; le tecniche di gestione dello stress emotivo presente nei contesti di emergenza e negli eventi critici; le tecniche di pronto intervento psicologico in situazione di crisi. Dal momento che l'intervento degli psicologi in emergenza è strutturato dal punto di vista organizzativo nella 'linea di intervento della Protezione Civile' e nel contesto dell'assistenza sanitaria (Azione 2), il primo e il secondo giorno del ciclo di formazione sono stati dedicati alla conoscenza delle funzioni e delle strutture della Protezione Civile e della funzioni e delle strutture del Sistema Sanitario in emergenza/urgenza. Le altre due giornate, invece, sono state impegnate nella rivisitazione dei principali approcci psicologici in situazioni di emergenza, confrontando le esperienze straniere con quelle maturate in Italia negli ultimi dieci anni. La preparazione e la generosità dei docenti nel trasmettere informazioni e concetti, ma anche esperienze ed emozioni, ha fatto sì che il ciclo di seminari abbia suscitato un vasto

e profondo interesse nei circa 200 partecipanti, che farà sicuramente da base motivazionale sicura per l'avvio operativo della Task Force e per l'organizzazione delle prossime attività.

Un ringraziamento particolare ai docenti intervenuti: ing. **Foti**, dr. **Lupo**, ing. **Pezzino**, dr. **Bonina** (Protezione Civile), dr. **Alagna**, dr. **Aliquò** (Assessorato della Salute), dr.ssa **Ricciardi**, dr.ssa **Postorino**, dr.ssa **Carini**, Dr.ssa **Venturella** e dr.ssa **Maslovaric** per la psicologia in emergenza. Tutti gli interventi e la documentazione di riferimento saranno raccolti in una chiavetta USB, che sarà distribuita ai partecipanti. Sulla base di questa esperienza sarà anche predisposto un modello di *dossier formativo personale* (di base e avanzato), una sorta di bilancio delle competenze, che accompagnerà e documenterà nel tempo la crescita professionale dei colleghi che vogliono impegnarsi in quest'area.

Testo della Convenzione: [www.ordinepsicologisicilia.it/sites/default/files/convenzione\\_0.pdf](http://www.ordinepsicologisicilia.it/sites/default/files/convenzione_0.pdf)

## RICONOSCIMENTO ALL'ORDINE DEGLI PSICOLOGI DELLA REGIONE SICILIA

Il 10 ottobre 2011, a due anni dall'alluvione di Giampileri (Messina), è stata proiettata al teatro Politeama di Palermo **"Caldo Grigio, Caldo Nero"** del regista Marco Dentici, recentemente presentata alla 68° edizione della Mostra del cinema di Venezia. Il documentario, che ha visto la

partecipazione di Maria Grazia Cucinotta, Nino Frassica, Ninni Bruschetta ed altri attori siciliani, ha ripercorso gli avvenimenti di Giampileri e della tragedia che ha provocato 37 vittime.

Nel corso della manifestazione, organizzata dalla Presidenza della Regione Siciliana e dal Dipartimento regionale della Protezione civile, sono state assegnate benemeritenze e riconoscimenti alle Forze dell'Ordine, alle associazioni di volontariato, agli ordini professionali ed ai rappresentanti delle varie istituzioni che hanno prestato il proprio impegno durante le varie fasi dell'emergenza e nell'opera di ricostruzione. In questa occasione è stato assegnato un **riconoscimento all'Ordine degli psicologi della regione Sicilia**, in particolare, alla *task force* degli psicologi dell'emergenza, per l'assistenza data agli abitanti dei territori colpiti dall'alluvione.





## ADOLESCENZA E ADOZIONE

L'approccio psicoterapeutico agli adolescenti, strutturato presso il Centro adozioni della Asp di Palermo, si è avvalso negli anni di una gamma di possibilità alternative, dalle sedute individuali per i ragazzi, accompagnate da sedute di impostazione psico-educativa rivolte ai genitori, alle sedute più tipicamente in assetto da terapia familiare, tenendo conto di volta in volta della specificità del malessere espresso dall'adolescente o dalla sua famiglia.

Ma, accanto ad adolescenti e nuclei familiari che necessitano di un intervento psicoterapico in senso stretto, al Centro si rivolgono spontaneamente o su invio del Tribunale per i minorenni molti nuclei adottivi, spesso di recente costituzione, che necessitano di percorsi di supporto non specificamente terapeutici, capaci però di affrontare i più probabili "nodi" insiti nel processo di filiazione adottiva in età adolescenziale.

La decisione di attivare, per alcune ragazze pre-adolescenti appartenenti a questa ultima categoria di utenti, un gruppo di Danza-movimento-terapia è nata inizialmente da una serie di considerazioni sia relative alla necessità di "economicizzare" l'impegno di tempo pomeridiano rivolto agli studenti, sia, e prevalentemente, atti-

nenti alla scelta di offrire uno spazio non connotato come psicoterapico, all'interno del quale si potessero condividere i vissuti di solitudine e "diversità" generalmente sperimentati dagli adottati nei diversi contesti sociali, dalla scuola ai gruppi di pari, in cui l'adozione rappresenta una "rarità" rispetto alla condizione di figlio naturale.

Il Gruppo di Danza-movimento-terapia (Dmt), che abbiamo realizzato fra i mesi di marzo e maggio 2010, condotto da una Danza-movimento-terapeuta (che effettuava nel semestre il suo tirocinio abilitante alla professione di psicologo) e da una psicoterapeuta, è stato quindi proposto ai genitori ed alle adolescenti in una dimensione di "gioco", sfruttando al massimo il quoziente di attrazione che l'idea di partecipare ad un'attività collegata alla danza



### UNA ESPERIENZA DI TIROCINIO DENTRO E FUORI UN GRUPPO DI DANZA-MOVIMENTO TERAPIA

**DANIELA RANDAZZO**  
PSICOLOGA PSICOTERAPEUTA,  
RESPONSABILE U.O. ADOZIONI, ASP PALERMO

**ENZA MORTILLARO**  
PSICOLOGA, ESPERTA IN  
DANZA-MOVIMENTO-TERAPIA

**ANNA MARIA MANCUSO**  
PSICOLOGA

**DANIELA SCIORTINO**  
PSICOLOGA



poteva avere sulle nostre ragazze. Come è noto la Dmt si avvale del corpo come strumento di espressione e di esplorazione dei vissuti, attivando una comunicazione spontanea e autentica, finalizzata al raggiungimento di una consapevolezza della propria corporeità.

All'interno dei gruppi di adolescenti l'efficacia della Dmt si è rivelata pregnante in termini di condivisione di esperienze ed è risultata utile anche rispetto alle problematiche proprie di questa fase dello sviluppo, inerenti al corpo in continuo cambiamento.

Si è pertanto predefinito un percorso "tipico" di Danza-movimento-terapia, composto da esercizi che avrebbero dovuto "limitarsi" a promuovere le competenze relazionali e l'integrazione dell'immagine corporea delle ragazze, grazie alla possibilità di esprimere attraverso il corpo emozioni e sensazioni agendo a cinque livelli:

1. il piacere funzionale, derivante dal movimento in sé;
2. l'affinamento delle funzioni psicomotorie, attraverso l'esecuzione di movimenti ritmici e coordinati;
3. l'unità psico-corporea, facilitando la presa di coscienza dei correlati fisiologici delle emozioni;
4. la simbolizzazione a livello corporeo, consentendo l'espressione "fisica" di sentimenti opprimenti e/o violenti;
5. l'immagine corporea e la stima di sé, attraverso la funzione terapeutica intrinseca al lavoro di gruppo.

Il gruppo era composto da 6 ragazze, di età compresa fra gli 11 ed i 13 anni, cinque delle quali già adottate o in affidamento preadottivo, mentre una ragazza era ospite di una casa famiglia in quanto reduce da un fallimento adottivo. Si trattava di un gruppo per il resto piuttosto eterogeneo, in quanto era composto da un numero eguale di ragazze adottate in adozione nazionale ed internazionale e l'epoca dell'adozione variava dai due agli otto anni. Si è inoltre consentita la partecipazione alle se-

dute di due tirocinanti psicologhe, che avrebbero dovuto avere il ruolo di "osservatori partecipanti" in quanto avrebbero svolto gli esercizi insieme alle ragazze allo scopo di attenuare le valenze persecutorie collegabili alla loro presenza.

La modalità di svolgimento dei previsti otto incontri, della durata di due ore ciascuno, prevedeva nel nostro progetto iniziale l'esecuzione di attività corporee per la prima ora, seguita durante la seconda ora da una verbalizzazione sui vissuti sperimentati, che avrebbe dovuto limitarsi al "qui ed ora".

La nostra previsione è stata però inaspettatamente modificata sin dal primo incontro, dettando di fatto le regole che lo stesso gruppo di adolescenti ha scelto anche per la prosecuzione degli incontri seguenti: durante le verbalizzazioni, infatti, a partire già dal primo incontro, le adolescenti hanno dato vita ad intensi confronti relativi alla propria condizione di minori adottate, trasformando di fatto l'ora dedicata alla trattazione delle emozioni sperimentate durante i giochi, in un contesto nettamente più assimilabile a sedute di gruppo psicoterapico.



Nel primo incontro, infatti, sono stati proposti inizialmente giochi relativi all'esplorazione dello spazio, volti a far prendere familiarità col nuovo ambiente. Durante queste attività sono risultate evidenti le difficoltà delle ragazze sia in termini di una generica diffidenza tra loro che nei confronti dei conduttori. Inoltre era palpabile la scarsa autostima delle ragazze che tendevano a sottrarsi alle attività percepite come più difficili. Nella seconda parte, durante la verbalizzazione, da noi immaginata come un prudente ed iniziale momento di conoscenza, nella convinzione che nessuna delle ragazze avrebbe "osato" esporsi, ci si è confrontati con una realtà diametralmente opposta: subito dopo che il conduttore Psicoterapeuta ha esplicitato in apertura della discussione all'intero gruppo che ognuna delle ragazze condivideva con le altre la condizione di adozione (circostanza già comunicata alle ragazze individualmente), si è attivato spontaneamente un clima di assoluta intimità e confidenza. Con poca reticenza tutte hanno brevemente raccontato la propria storia personale, ed è seguito un acceso dibattito sulle motivazioni che possono spingere i Tribunali a porre un bambino in stato di adottabilità.

Successivamente, tutte le altre sette sedute di Dmt hanno mantenuto lo stesso assetto, in cui le attività iniziali assumevano un ruolo di "riscaldamento" e l'ora successiva, dopo un veloce *excursus* su

quanto sperimentato, veniva dedicata alla condivisione dei vissuti personali relativi alla specificità della condizione adottiva. Il percorso di danza-movimento-terapia ha comunque a nostro avviso fornito di volta in volta la trama su cui si è imbastita la discussione di gruppo: dopo il primo incontro, finalizzato alla fondazione del gruppo, nella seconda seduta, attraverso il gioco del "filo della relazione", si è lavorato sulla capacità di instaurare relazioni significative. Ciò ha sollecitato le ragazze ad affrontare durante la seconda ora il tema dei rapporti con la famiglia adottiva, spesso conflittuali; nel terzo incontro, sul tema dell'empatia, l'attività del "gioco dei calci" ha sollecitato la produzione di espressioni corporee assimilabili a simulazioni del parto e dell'accudimento neonatale, rimandando ad un bisogno di contenimento, di cure e di calore. Durante la verbalizzazione le ragazze hanno nuovamente affrontato questioni circa le ostilità e le incomprensioni presenti nella relazione con i genitori adottivi, ma anche quelle sperimentate nel gruppo dei pari.

Il quarto incontro, incentrato sulla percezione corporea, ha stimolato la messa in atto di reazioni difensive (dalla resistenza a partecipare a manifestazioni di rabbia) di alcune ragazze; la verbalizzazione è stata caratterizzata da atteggiamenti di ipercontrollo, con evitamenti e con banalizzazioni dei discorsi affrontati, rimandando a difficoltà connesse al contatto fisico. L'autostima è stata la tematica centrale del quinto incontro, con la realizzazione di attività di rispecchiamento e di imitazione e la verbalizzazione successiva ha accolto un drammatico resoconto su una molestia sessuale, ricordo traumatico riattivatosi probabilmente già nell'incontro precedente ed in stretta connessione peraltro con i vissuti stigmatizzati di vergogna che intaccano la stima di sé.

Il sesto incontro, dedicato all'improvvisazione di movimenti ed espressioni corporee, ha sollecitato, durante la discussione,



un confronto sui "vincoli" che le ragazze percepivano nell'esprimere liberamente i propri sentimenti nei confronti di parenti naturali (zii, nonni, fratelli da cui erano state separate) ed il loro sentire di dover aderire alle aspettative della famiglia adottiva. Nel settimo incontro, le attività realizzate sul tema della fiducia, hanno prodotto, così come era accaduto con i giochi di percezione corporea, l'attivazione dei medesimi meccanismi di difesa: rifiuto di partecipare ai giochi e/o alla verbalizzazione, senza l'attivazione però delle reazioni rabbiose del quarto incontro. La successiva verbalizzazione ha riguardato il tema della rilettura autobiografica delle esperienze vissute.



Nell'ultimo incontro, nella prima parte, è stato proposto un breve riepilogo degli incontri precedenti attraverso attività che riproponevano il contatto a coppie e in gruppo, stavolta eseguiti da tutte le ragazze senza opporre particolari resistenze; nella seconda parte le partecipanti hanno realizzato una drammatizzazione sul tema dell'espressione delle emozioni e, infine, si è chiesto loro di rappresentare graficamente ciò che più consideravano significativo del percorso fatto: le produzioni hanno riguardato il tema della solidarietà sperimentata nel gruppo, dei legami che al suo interno avevano costruito, delle emozioni condivise, ed infine della difficoltà a separarsi dopo la rassicurante esperienza di essersi sentite pienamente accettate dagli altri sperimentata all'interno del gruppo.

Il gruppo era diventato risorsa simbolica, luogo protetto, fonte di sicurezza, capace di accogliere ognuna delle partecipanti che vi ha trovato uno spazio appropriato per condividere ansie, paure, rabbia, tutte emozioni che le ragazze tendevano nella vita quotidiana a reprimere o a manifestare in maniera inadeguata.

Le verbalizzazioni del gruppo, senza che in realtà fosse stata fatta una vera e propria programmazione dei temi da trattare, hanno affrontato tutti i temi "caldi" dell'adozione: la famiglia di origine e l'abbandono, le difficoltà di inserimento nella famiglia adottiva, il controllo degli impulsi, la mancanza di fiducia, la mancanza di autostima ed i vissuti stigmatizzati di indegnità, la difficoltà a percepirsi come eguali nel gruppo dei pari ed a costruire relazioni autentiche con l'altro.

Ogni ragazza ha avuto lungo il percorso la possibilità di inserire nel racconto della propria storia ricordi dolorosi e traumatici di episodi della prima infanzia e di esplicitare le difficoltà del presente ed ognuna di loro ha ricevuto dalle altre solidarietà, comprensione, spesso consigli basati sulle proprie esperienze.



Per tutte ci è sembrato di poter rilevare un cambiamento che avrebbe richiesto certamente tempi più lunghi in assetto individuale. La constatazione più sorprendente è consistita comunque nell'osservare la rapidità con cui si è attivata nel gruppo una dimensione terapeutica, con "miglioramenti" nell'assetto emotivo globale delle ragazze riscontrati e rimandateci in modo concorde da tutti i genitori.

L'imprevedibile e particolare assetto del nostro gruppo ha permesso, infatti, probabilmente, di attivare dinamiche che hanno consentito a ciascun componente di uscire fuori dall'isolamento della condizione di "ragazze adottate", grazie sia al potenziale relazionale che è insito nei gruppi terapeutici, sia all'utilizzo del movimento corporeo che di per sé permette all'individuo di maturare la capacità di stare in gruppo, di integrarsi e di potenziare il senso di appartenenza e di coesione.

Infine, per la particolarità della dimensione che si sono trovate a sperimentare, riteniamo utile fare una notazione sulla partecipazione al gruppo di tre delle coautrici di questo articolo: due tirocinanti psicologhe, alle quali era stata attribuita inizialmente la funzione di osservatori, nonché la conduttrice Danza-movimento terapeuta, che era anch'essa contemporaneamente una tirocinante psicologa. Si tratta nello specifico di giovani laureate in psicologia che nei mesi precedenti avevano avuto modo di familiarizzare con le tematiche dell'abuso e/o maltrattamento (spesso esperienze presenti nel passato dei nostri utenti) e che avevano anche assistito a numerosi primi incontri con nuclei adottivi ed adolescenti in adozione, ma che non avevano avuto diretta esperienza di partecipazione a *setting* psicoterapici.

L'imprevista modifica dell'assetto stabilito per i nostri incontri ed in particolare per la fase di verbalizzazione (che come già detto avrebbe dovuto incentrarsi sull'espressione dei vissuti sperimentati durante lo svolgimento delle attività corporee e che

invece si è già alla prima seduta trasformata in "terapia di gruppo"), ha progressivamente messo a contatto le tirocinanti con una dimensione intensa della sofferenza, che raggiunto il suo acme nella quinta seduta, durante il racconto dell'abuso sessuale subito da una delle partecipanti. Sin dal primo incontro, comunque, si era concordato sulla necessità che ad ogni seduta seguisse una fase di "decantazione", destinata alle tirocinanti, durante la quale insieme alla psicoterapeuta, rielaborare i contenuti "controtransferali" attivati dalla discussione di gruppo. Questi momenti di riflessione, che qualche volta hanno assunto la dimensione del *debriefing*, hanno consentito alle tirocinanti di ricevere *feedback* rispetto ai loro (sempre cauti) interventi e atteggiamenti durante il lavoro, consentendo il superamento di insicurezze legate alla acquisizione di competenze. Per le tirocinanti questa esperienza è divenuta un'occasione fondamentale di crescita personale e professionale, configurandosi come presa di consapevolezza delle proprie capacità e dei propri limiti. Tutto ciò ha consentito loro di scoprire potenzialità e risorse da poter sperimentare in altri contesti gruppalari, maturate anche grazie al *feedback* positivo fornito dalle ra-



gazine che hanno riconosciuto in ognuna delle tirocinanti dei ruoli fondamentali per la riuscita dell'attività, utilizzandole ad esempio come "compagne di gioco" privilegiate per gli esercizi che più le sollecitavano empaticamente.

La partecipazione alle sedute ha comunque fortemente coinvolto dal punto di vista emotivo anche le tre tirocinanti, che si sono ritrovate a vivere una dimensione di dentro/fuori dalle dinamiche gruppalari: le *performances* ed i racconti delle adolescenti sono infatti risuonati anche dentro di loro, con un effetto di contagio o a catena, ed è spontaneamente avvenuto anche in esse un fenomeno di rispecchiamento che ha prodotto, oltre ad un forte senso di empatia e solidarietà, una condivisione delle emozioni del gruppo che non era stata preventivamente considerata, specie dalla Danza-movimento terapeuta già avvezza alla conduzione di gruppi di questa tipologia.

Ancora una volta la realtà dell'adozione insomma ha spiazzato l'organizzazione costringendo a aggiustamenti e ridefinizioni del *setting*, come spesso avviene nella presa in carico degli adolescenti adottati: non è stato possibile tenere fede al programma stabilito e sono state le ragazze adottate a costruire le nuove regole del gioco, dando vita ad una esperienza che ha amplificato la valenza terapeutica che era stata inizialmente ipotizzata e dato modo alle tirocinanti di partecipare alle sedute in una posizione che si è rivelata privilegiata.



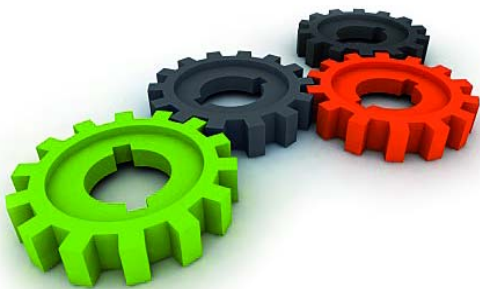


# INCONTRO TRA NEUROSCIENZE E PSICOTERAPIA

istituto di Gestalt Hcc Italy, in collaborazione con la sezione di psichiatria del Dipartimento di biomedicina sperimentale e neuroscienze cliniche dell'università di Palermo, ha organizzato nei giorni 4 e 5 Febbraio 2011, a Palermo, il convegno dal titolo "Le neuroscienze applicate all'esperienza estetica" e nei giorni 27 e 28 maggio 2011, a Siracusa, un secondo convegno dal titolo "Emozioni incarnate: la danza delle relazioni tra neuroscienze e psicoterapia", in collaborazione con la cattedra di psicologia Dipartimento di processi formativi dell'università di Catania e con l'Istituto nazionale del dramma antico. Ambedue i convegni hanno ospitato come *main speaker* il neurofisiologo di fama internazionale Vittorio Gallese. La dott.ssa Margherita Spagnuolo Lobb, direttore dell'Istituto, lo ha intervistato su temi di rilievo della psicoterapia contemporanea, che costituiscono l'anima del suo recente libro *Il now-for-next in psicoterapia. La psicoterapia della Gestalt raccontata nella società post-moderna*. Milano: FrancoAngeli.

IL PROFESSORE  
VITTORIO GALLESE  
A PALERMO E  
A SIRACUSA OSPITE  
DELL'ISTITUTO DI  
GESTALT HCC ITALY

INTERVISTA DI  
**MARGHERITA SPAGNUOLO LOBB**  
PSICOLOGA-PSICOTERAPEUTA



**SPAGNUOLO LOBB** Il titolo del libro, "Il now-for-next in psicoterapia", allude ad uno dei cardini teorico-clinici della psicoterapia della Gestalt: l'intenzionalità. Nel modello gestaltico, infatti, l'intervento del terapeuta è principalmente rivolto a sostenere la realizzazione dell'intenzionalità di contatto che in ogni momento è già presente nell'esperienza del paziente. Anche nei tuoi saggi attribuisi rilevanza all'intenzionalità fino a parlare di "intenzionalità condivisa". Nel mio libro, infatti, ti cito spesso e l'importanza della scoperta dei neuroni specchio è considerata una conferma cruciale per la psicoterapia.

Sei d'accordo, alla luce delle tue ricerche, sul fatto che l'intenzionalità di contatto, il tendere spontaneo verso il contatto, sia un elemento costitutivo dell'essere umano e della sua vita di relazione? Il riconoscimento della propria e dell'altrui intenzionalità è all'origine dell'esperienza di relazione umana. Per questo motivo, la psicoterapia (e ogni forma di sostegno o accadimento) deve rivolgersi a questo riconoscimento. Sei d'accordo?

**GALLESE** La focalizzazione sull'intenzionalità condivisa nel momento dell'incontro psico-terapeutico mi sembra cruciale. Credo che molti degli aspetti "maieutici" della relazione psico-terapeutica nascano proprio dalla possibilità di focalizzarsi su ciò che accade nel momento stesso dell'incontro. Ovviamente nessuno dei due partecipanti è una "tabula rasa" e, quindi, le memorie implicite e autobiografiche giocano un ruolo fondamentale nelle risultanti dall'incontro. Tuttavia, credo che porre l'accento sulla cruciale importanza del *now* sia un elemento fondamentale. Anche in ragione del fatto che, come bene sottolineo nel libro, al di là delle tecniche e delle specificità di scuola, la relazione di cura psico-terapeutica si sostanzia nell'incontro presente e rinnovato tra due persone.

**SPAGNUOLO LOBB** Tornando all'attitudine umana di riconoscere l'intenzionalità altrui, che rapporto pensi che ci sia tra questa capacità e il potere curativo di una relazione? In altre parole, nelle tue osservazioni hai rilevato una dote "accudente" che coincide con una qualità di cura?

**GALLESE** E' un argomento che non abbiamo ancora mai messo a fattore, cioè quello dell'accudimento, anche perché poi come abbiamo discusso molte volte il nostro approccio implica la ricostruzione in laboratorio di una relazione interpersonale molto schematica, molto artificiale e artificiosa, non so nemmeno se si possa parlare di relazione. La soluzione sarebbe quella di mettere a fattore proprio la relazione, registrando contemporaneamente due soggetti che interagiscono, in una situazione il meno possibile artificiale, noi non la facciamo perché non abbiamo i mezzi, ma c'è chi già lo fa.

**SPAGNUOLO LOBB** Quindi è un po' presto per pensare a questo tipo di correlazione?

**GALLESE** Diciamo che la tecnologia già oggi lo consente, il fattore limitante è che tu devi sempre avere due persone il più possibile ferme, immobili, quindi non puoi registrare durante una vera interazione, addirittura si hanno dei problemi con i movimenti di ammicciamento, perché introducono artefatti. Siamo



Nella foto Vittorio Gallese.  
Neuroscienziato. Docente di neurofisiologia  
all'università di Parma. Fa parte del gruppo  
di ricerca che ha scoperto i "neuroni specchio"

sempre in una situazione di laboratorio.

Quello che si può fare è costruire degli stimoli o dare delle istruzioni che in qualche modo preconditionano il rapporto tra l'osservatore e ciò che osserva; quindi si può condizionare un rapporto attribuendogli un segno positivo o negativo, e vedere come di fronte alla stessa scena un condizionamento negativo o positivo modula, o addirittura modifica il segno della risposta che vai a registrare nella tua attività cerebrale, sono tutte approssimazioni.

**SPAGNUOLO LOBB** Uno dei concetti ricorrenti in questo libro rimanda alla psicoterapia intesa come esperienza relazionale, in definitiva come spazio "co-costruito". La psicoterapia della Gestalt attribuisce alla relazione terapeutica il carattere di una "esperienza reale", che nasce e ha una sua storia nello spazio esistente "tra" paziente e terapeuta. Spesso tu parli di "inter-corporeità" e fai riferimento all'esistenza di una "base neurale condivisa" nelle relazioni intersoggettive. Cosa pensi di quanto si afferma in questo capitolo che è importante concepire l'intervento terapeutico in termini di esperienza "co-costruita"?

**GALLESE** Credo che questo sia proprio uno dei caratteri più specifici dell'approccio gestaltico, il concepire la relazione psico-terapeutica come un processo di co-costruzione. Da questo punto di vista, la sintonia col mio modello epistemologico è totale. Come scrivi nel testo, "il paradigma della verità [...] appartiene intrinsecamente alla relazione" (p. 36). *L'Umwelt* umano è tipicamente uno spazio condiviso. La nozione di campo gestaltico mi sembra esprimere un contenuto molto simile. Ogni incontro è un incontro situato. Il contributo che viene dalle contemporanee neuroscienze cognitive ci suggerisce che la "situazione" esprime sempre un contenuto motorio, incarnato. E' l'incontro tra due soggettività in relazione in cui la dimensione corporea e le risonanze sensori-motorie e affettive che essa induce giocano un ruolo fondamentale. Merleau-Ponty, forse meglio di chiunque altro, ha messo in luce che lo spazio corporeo è per sua natura intrinsecamente legato all'intenzionalità motoria. Egli ha scritto che la consapevolezza corporea "non è una mera copia né una consapevolezza generale

dell'esistenza delle parti del corpo", piuttosto "è l'integrazione attiva di queste ultime, esclusivamente in rapporto al valore che rivestono per i progetti dell'organismo". In altri termini, ciò "significa che il nostro corpo ci appare per la sua attitudine verso compiti reali o possibili". E, in effetti, la sua spazialità non è, similmente a quella degli oggetti esterni o delle "sensazioni di spazio" una spazialità di posizione, ma una spazialità di situazione (Merleau-Ponty, 1962, p. 100). E' un po' il vecchio concetto dell'"io posso" che c'è già in Husserl, quindi la potenzialità motoria come una delle espressioni di base della soggettività preriflessiva. Lui parla proprio di practognosia, infatti, noi lo riprendiamo con il lavoro di Sinigaglia.

**SPAGNUOLO LOBB** Applicando questo criterio di osservazione del corpo in relazione alla psicopatologia, possiamo dire che il corpo immobile, il corpo che non si scioglie nel movimento-verso, è un corpo desensibilizzato e disanimato; l'assenza di movimento-verso è segno di sofferenza psichica grave, e questo può esprimersi lungo un'ampia gamma che va dal movimento ripetitivo dell'ossessivo compulsivo alla rigidità dello psicotico. Ambedue questi poli esprimono un'incapacità o impossibilità di contenere le sensazioni-emozioni suscitate dall'esserci-con nel presente, sei d'accordo? Ci sono ricerche neuroscientifiche a riguardo?

**GALLESE** Sicuramente, credo che il rapporto tra intelligenza, cognizione e motilità da un lato, e ancora di più, il rapporto tra motilità e aspetti psicopatologici dall'altro, sia un ambito ancora in gran parte tutto da esplorare. Per-



ché c'è proprio un blocco cognitivo nei "più", che impedisce di vedere come gli aspetti più pragmatici del comportamento sono legati a filo doppio allo sviluppo dell'intelligenza.

**SPAGNUOLO LOBB** Nei "più", parli di scienziati?

**GALLESE** Sì, sì, scienziati, scienziati cognitivi, filosofi della mente.

**SPAGNUOLO LOBB** Nonostante le ricerche di Piaget, insomma...

**GALLESE** Esatto! Quello che molti chiamano "lo schema motorio" è considerato semplicemente come un modo di descrivere esattamente l'architettura funzionale del sistema cervello-corpo, che ti consente di camminare senza perdere l'equilibrio, raggiungere gli oggetti senza sottostimare la distanza, oppure andare oltre, afferrare l'oggetto senza stritolarlo o farselo sfuggire, punto! In realtà quello che i più chiamano "schema motorio" è parte integrante anche di ciò che viene definito immagine corporea. Quindi c'è un self che è bodily, che è inizialmente bodily, su cui poi si costruisce anche una soggettività meta-rappresentazionale, autoriflessiva, e il punto centrale della tesi non è tanto nell'idea del bodily self, su cui concordano tutti i fenomenologi, o comunque sul versante dell'*embodied cognition*: quando parlano di bodily self, parlano soprattutto di schema motorio, che è visto da un punto di vista di passiva ricettività. E' la propriocezione che, per molti, dà il senso della propria corporeità. Noi diciamo invece che questo senso di base del sé corporeo è in realtà in gran parte practognosico, è la serie di potenzialità motorie reali o semplicemente potenziali, e quindi immaginate, che inizia a delimitare i confini del mio orizzonte di umanità. Quindi non è sorprendente che ci siano degli aspetti fondamentalmente disprassici non solo nell'autismo, ma verosimilmente anche in altri aspetti psicopatologici, e che si possono rilevare dei parallelismi fra tratti psicopatologici, atteggiamenti posturali e stili di movimento; che è quello che vedete voi, no? Quello di cui parli tu?

**SPAGNUOLO LOBB** Sì, questo può essere legato alla patologia, a parte gli elementi gene-



## INCONTRO TRA NEUROSCIENZE E PSICOTERAPIA



tici che poi vedremo. La scoperta dei neuroni specchio ha dimostrato come all'origine della capacità di "simulare" la realtà ci sia la percezione del movimento, dell'azione. Nella psicoterapia della Gestalt, la percezione del movimento proprio ed altrui è alla base della consapevolezza, il sentire è sempre innanzitutto un sentire corporeo. Si tratta di guardare all'agire umano da una prospettiva estetica, processuale, legata al sentire più che al comprendere. Questo modifica il senso della cura psicoterapica, che da analitica diventa fiduciosa nell'autoregolazione. Per curare il disagio psichico dobbiamo sostenere l'intenzionalità di contatto, non comprendere i contenuti o controllare gli impulsi. Che cosa pensi della fiducia nell'autoregolazione delle relazioni umane, su cui questo libro si basa per proporre un modello di psicoterapia?

**GALLESE** I meccanismi di rispecchiamento sottolineano quanto le nostre possibilità motorie plasmino il nostro essere in relazione con gli altri, almeno a un livello elementare. In effetti, evidenze recenti mostrano che l'inizio della scarica dei neuroni specchio durante l'osservazione dell'azione correla con le competenze motorie della scimmia. Analogamente, gli studi di neuroimmagine nell'uomo dimostrano che più il nostro repertorio motorio è ricco, più precisa è la nostra sintonizzazione con gli altri. In altre parole, la vastità e la raffinatezza delle nostre possibilità di azione influenza la natura e la varietà della nostra capacità di attribuire senso all'agire altrui. La scoperta dei neuroni specchio e la mia Teoria della Simulazione Incarnata mettono in luce, invece, la capitale importanza di aspetti impliciti, semi-automatici ed incarnati della relazione. Nella misura in cui, sulla base di queste evidenze empiriche, siamo indotti a ridefinire la nozione di base di Sé, interpretando il Sé come un Sé corporeo, plasmato dalle proprie potenzialità di azione (la "practognosia" di cui parlava Merleau-Ponty), ne consegue che uno degli aspetti cruciali della relazione psicoterapeutica diviene proprio il rispecchiamento metabolizzante istanziato dal terapeuta. Se e come ciò si possa tradurre in una fiducia totalizzante nell'autoregolazione del paziente, non saprei dire. In effetti, nel libro sottolineo come ciò che cambia nel pro-

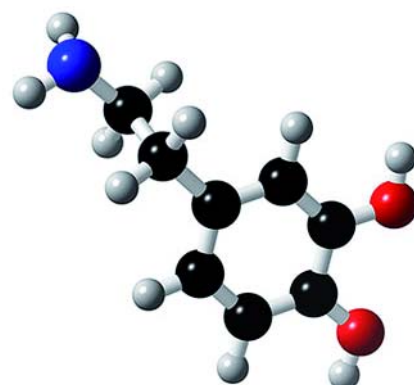
cesso terapeutico gestaltico è "la percezione del confine di contatto tra il paziente e il terapeuta (p. 65)". E aggiungi che questo cambiamento avviene non solo nel paziente ma anche nel terapeuta. Siamo ancora alle prese, in altre parole, con un processo di co-costruzione. Ti faccio notare che, quando tu parli di fiducia nell'autoregolazione del paziente, questa in realtà avviene alla fine di un processo di co-costruzione, che è guidato dal terapeuta.

**SPAGNUOLO LOBB** Sì, esatto, è nella co-costruzione, e potremmo dire che la simulazione incarnata è alla base dei meccanismi di autoregolazione della relazione, o viceversa è l'autoregolazione che dà i meccanismi di simulazione incarnata. Sei d'accordo sul fatto che lo sfondo di ogni relazione è dato da aggiustamenti reciproci che possono essere meglio letti con una lente estetica e processuale?

**GALLESE** Sì, su quest'ultima frase sono senz'altro d'accordo.

**SPAGNUOLO LOBB** In altre parole due o più persone in relazione suonano una musica, come direbbe Daniel Stern, quindi l'autoregolazione è questo?

**GALLESE** Sì, sì, certo. Credo che ci sia anche un grado diverso di plasticità, cioè probabilmente ci sono persone più rigide in cui, diciamo, questo danzare assieme è più problematico, perché ballano una canzone sola, insomma hanno sempre quella partitura.



**SPAGNUOLO LOBB** Come fattore genetico diciamo.

**GALLESE** Sì, genetico o comunque strutturale, non so quanto sia solo strutturale o funzionale, cioè quanto poi uno in realtà è ancora plasmabile o se è semplicemente il fatto di una co-occorrenza tra una particolare predisposizione, una struttura più rigida, meno plastica sommata ad un ambiente che in qualche modo canalizza o privilegia questa rigidità di condotte. Io ad esempio sono stato educato in un modo rigido: si pranza all'una, si cena alle otto, la domenica si va a messa, ecc... e quando mi è capitato di incontrare persone che vivevano la quotidianità in un modo molto più fluttuante, all'inizio prevaleva una sensazione d'incertezza, sbandamento, ti vengono a mancare delle certezze.

**SPAGNUOLO LOBB** Tu avresti anche potuto ribellarti a questa educazione così rigida, e non l'hai fatto.

**GALLESE** No, assolutamente!

**SPAGNUOLO LOBB** E lì entra un po' la parte del carattere e un po' anche le condizioni ambientali.

**GALLESE** Certo, sicuramente nei miei geni la ribellione non è prevista.

**SPAGNUOLO LOBB** Forse potremmo dire che l'autoregolazione è la voglia di esser-ci in una relazione, perché ognuno c'è a modo proprio; allora l'autoregolazione è data da questo desiderio di essere con l'altro, che poi ognuno esprime in modo diverso.

**GALLESE** Sì, io credo che la relazione non sia necessariamente sempre presente in un incontro tra due persone, perché spesso tu vedi due persone che sono due monadi che s'incontrano; nella vita quotidiana mi capita di trovare delle persone che non ti stanno a sentire quando parli, sono tutte concentrate su di se, cioè tu devi sentire ciò che ti raccontano loro; non appena c'è il *turn taking* e quindi tocca a te, tu proprio scompaia, e quindi cercano di riportare il discorso, sono totalmente autocentrate. Quindi la relazione presuppone



la curiosità sull'altro e credo che ci siano proprio anche delle regole, cioè ad esempio il rispettare i tempi, per cui io parlo, però ad un certo punto smetto e ti sto a sentire. Se parlo sempre io, la relazione è una relazione che non c'è di fatto.

**SPAGNUOLO LOBB** Perché avvenga l'autoregolazione, tuttavia, è necessario che il soggetto abbia una consapevolezza sensoriale nitida, non "ottusa" dall'ansia. Non può esserci autoregolazione se non c'è consapevolezza. Considerando i recenti risultati delle tue ricerche sull'esordio psicotico, ti ritrovi su questa lettura dell'ansia che accompagna i disturbi gravi?

**GALLESE** Nell'esordio psicotico, l'ansia deriva, crediamo, soprattutto dalla perdita di senso dell'incontro del Sé con la realtà. Questa perdita di senso è legata anche, se non soprattutto, all'incapacità di tracciare una netta demarcazione tra i confini del proprio Sé corporeo e il Sé corporeo altrui. Questa incapacità si traduce in un'iper-reattività emotiva scatenata dall'incontro con l'Altro.

**SPAGNUOLO LOBB** E', credo, una prospettiva molto simile a quella proposta da Isadore From: quando caratterizzate l'esperienza psicotica come ansiogena in quanto segnata dalla mancanza di differenziazione tra ciò che è "dentro" e "fuori" dalla pelle.

**GALLESE** E' una patologia del confine, di fatto.

**SPAGNUOLO LOBB** Sì, quindi qua siamo totalmente d'accordo, non saprei cos'altro aggiungere. La vostra scoperta del ruolo dell'insula nell'esordio psicotico è molto interessante.

**GALLESE** L'insula che non si disattiva, questo poi porta anche ad un'indebita ruminazione, o quella che Sacks chiama l'iper-riflessività, cioè il mondo non ti manda più il suo senso naturale e quindi tu sei costretto a costruirlo post-hoc, inventandoti delle soluzioni che non ci sono, che non esistono perché la situazione non è più leggibile, decifrabile, diventa ambigua, e credo che un elemento fondamentale sia proprio questo, cioè l'intrusività del mondo, anche del mondo delle cose, degli oggetti,

nella misura in cui questi confini si perdono, si sfrangano, quindi le cose non restano più al loro posto ma diventano minacciose, intrusive, e lo stesso può darsi per l'altro.

**SPAGNUOLO LOBB** Faccio l'esempio dello psicotico che vede un quadro spostato nella stanza del terapeuta e pensa che sia colpa sua, entra in ansia come se pensasse "chissà cosa ho fatto io perché lui o lei ha spostato il quadro?". Allora, nel caso della terapia con gli psicotici, la prima cosa da fare è calmare l'ansia: "Non ti preoccupare, il quadro l'ho spostato per altri motivi, non per causa tua". Questo è ciò che io chiamo "calmare lo sfondo.

**GALLESE** Sì, sì, è un po' come se uno si sentisse sempre l'ombelico del mondo, tutti ce l'hanno con te, tutto è diretto a te, o tu in qualche modo sei responsabile di...

**SPAGNUOLO LOBB** E' la percezione che deriva dalla mancanza del confine appunto, percepire il confine è molto importante per acquisire quella leggerezza che ci consente di individuarci.

**GALLESE** Sì, sì.

**SPAGNUOLO LOBB** La "simulazione incarnata", la "mente incarnata" sono temi che ricorrono costantemente nella tua riflessione e nella tua ricerca. In questo capitolo l'esperienza corporea è posta a fondamento della prospettiva evolutiva gestaltica. E questa prospettiva somato-evolutiva permea il lavoro terapeutico. Che cosa pensi del concetto di sviluppo polifonico dei domini e conseguentemente degli



esempi clinici raccontati alla fine del capitolo? **GALLESE** Nel terzo capitolo parli di "realismo fenomenologico" (p. 116), un concetto in cui mi ritrovo completamente. Questo realismo s'incardina su di una dimensione evolutiva. Questo mi sembra un ulteriore aspetto di vicinanza tra la tua impostazione, la mia, e l'attenzione per gli aspetti genetici della tradizione fenomenologica. I concetti di dominio operazionalizzano modalità differenti di relazione con l'altro sulla base del vissuto corporeo. L'aspetto che più mi affascina della tua impostazione, inoltre, è l'enfasi con cui sottolinei l'evidenza non verbale di questa prospettiva evolutiva, quale emerge nel vissuto corporeo del paziente nella relazione col terapeuta.

**SPAGNUOLO LOBB** Sì, è così che il corpo del terapeuta diventa strumento terapeutico. Partecipando al campo fenomenologico terapeutico, il terapeuta si accorge di come negli anni si è strutturata nel paziente la capacità relazionale, e, cosa più innovativa per la terapia della gestalt, il terapeuta può anche modificare il campo relazionale assumendo una posizione riparativa e riparatrice, per esempio verbalizza al paziente gli sforzi che lui o lei fa per avvicinarsi, cogliendo l'intenzionalità di contatto del paziente che non è mai stata colta prima da altri. Cioè, la psicoterapia non si ferma all'analisi, ma modifica il campo fenomenologico.

**GALLESE** Quindi tu lo rendi consapevole del fatto che magari in un certo momento lui si sta avvicinando, anche se non è consapevole, tu glielo dici, quindi fissa quel momento come...

**SPAGNUOLO LOBB** Gli dai un rispecchiamento, non è in termini analitici ma in termini di cogliere quell'intenzionalità e quindi di essere visto e riconosciuto.

Sulla prospettiva somato-evolutiva, sì, penso, come dicevi tu, che è importante cogliere gli aspetti non verbali dell'altro e non tanto gli aspetti contenutistici.

Sullo sviluppo polifonico dei domini, questa è un'idea che ho preso da Stern, anche se lui dice che non ha mai detto (...risata) ma che l'ho capita io così! Questi domini si sviluppano in modo polifonico, formando ogni volta una gestalt, un intreccio di competenze, per cui se



tu prendi una persona a sei anni, ha un intreccio di competenze che è sempre polifonico, è sempre un'armonia; se poi la rivedi a vent'anni, quelle competenze le ritrovi intrecciate in modi diversi, penso che il terapeuta debba cogliere un po' quest'intreccio.

**SPAGNUOLO LOBB** Vorrei parlarti adesso del concetto di aggressività. La psicoterapia della Gestalt considera l'aggressività come un continuum che va dall'esperienza individuale dell'aggressione all'esperienza sociale del conflitto. In pratica, il conflitto sociale può essere definito come un'energia di contatto non portata a termine, come il risultato di una mancanza di riconoscimento reciproco. Questa prospettiva si basa su un'antropologia positiva (fiducia nella natura dell'uomo).

**GALLESE** Ecco, lì c'erano dei punti di dissenso.

**SPAGNUOLO LOBB** Io sostengo che oggi il sentimento di aggressività è poco supportato dal sentire corporeo (soprattutto nei giovani), e questo rende l'energia corporea (l'ad-gredere) pericolosamente slegata dalle emozioni, dunque poco fruibile nelle relazioni. Tu hai un interesse per il conflitto, e stai conducendo delle ricerche a riguardo. Che cosa pensi di quanto scritto nel V capitolo del mio libro?

**GALLESE** Ho affrontato il tema del conflitto in relazione al concetto di desiderio mimetico proposto da René Girard. Nella Teoria Mimetica di Girard è cruciale il concetto di desiderio mimetico, visto come mimesi di appropriazione, la fonte principale dell'aggressività e della violenza che caratterizza la nostra specie. Secondo Girard, infatti, il valore intrinseco degli oggetti del nostro desiderio non è rilevante così come il fatto che gli oggetti stessi sono gli obiettivi del desiderio altrui. Tuttavia, credo che questa sia una visione unilaterale del desiderio. Alexandre Kojève può essere visto come un anticipatore del concetto di desiderio mimetico. Kojève introduce, infatti, il concetto di "Io desiderante" come un vuoto da riempire con il contenuto positivo derivante dall'azione che lo assimila, negando e distruggendo il non-Sé desiderato. Tuttavia, il desiderio umano esiste in quanto tale solo all'in-

## INCONTRO TRA NEUROSCIENZE E PSICOTERAPIA



terno di una pluralità di esseri umani desideranti. Infatti, quando il desiderio si rivolge agli oggetti materiali reali, è umano soltanto nella misura in cui è mediato dal desiderio degli altri per lo stesso oggetto, come sostenuto da Girard. Credo sia importante sottolineare però che, secondo Kojève, il desiderio che definisce la condizione umana è il desiderio diretto verso un altro desiderio. E' solo attraverso questo tipo d'interazione che l'auto-coscienza può essere raggiunta. Infatti, l'oggetto di questo tipo di desiderio è non-naturale, perché quest'oggetto, un altro desiderio, o meglio, il desiderio di qualcun altro, è diverso da qualsiasi cosa materiale.

Il desiderio di essere il bersaglio del desiderio altrui diventa una delle caratteristiche distintive dell'umanità. Desiderare il desiderio di un altro, essere il bersaglio del desiderio altrui, significa ottenere il riconoscimento sociale. Quindi, come dici bene tu, il conflitto sociale può derivare dalla percezione di un mancato riconoscimento sociale. Non sono, però, del tutto convinto che ciò giustifichi necessariamente un'antropologia positiva. Credo che entrambi i tipi di desiderio mimetico coesistano. Quello acquisitivo è il desiderio del desiderio del riconoscimento, sì. In altre parole, credo che la propensione mimetica umana possa tradursi sia in termini negativi, di aggressività, che positivi, di creatività e fellow-feelings.

**SPAGNUOLO LOBB** Ciò che studia la psicoterapia della Gestalt non è tanto il riconoscimento sociale, quanto il bisogno di esprimere l'ad-gredere. Il conflitto è energia di contatto non portata a termine, non solo essere riconosciuti nel desiderio, ma anche

creare una forma di contatto con l'altro.

Perls diceva che il problema della società negli anni '50 era il non riconoscere il bisogno di ad-gredere e quindi di creatività. Io dico che il problema della società contemporanea non è non riconoscere l'ad-gredere, ma non riconoscere il bisogno di radicamento, perché oggi il bisogno della società è quello di radicamento e quindi di sentire anche le sensazioni corporee. Non solo, questi grandi flussi migratori in cui oggi siamo immersi, la globalizzazione delle comunicazioni, danno una mancanza di radicamento, quindi mi sembra che oggi la nostra società non abbia bisogno di sostenere l'aggressività come negli anni '50, ma di favorire il senso di radicamento, che è proprio del sentire corporeo.

**GALLESE** Credo che il libro centri il bersaglio quando tu evidenzi come fattore determinante nell'evoluzione della contemporanea aggressività sociale la mancanza di un grounding corporeo-affettivo dell'esperienza. Assistenti ad una progressiva evaporazione del corpo nella relazione interpersonale, sempre più virtuale e fantasmatica. Ciò a mio modo di vedere anestetizza il vissuto emozionale, che, non a caso, ha una necessità sempre più impellente e crescente di fattori di amplificazione, quali l'abuso di sostanze o il giocare con i limiti. La sempre più frequente occorrenza di atti violenti (paradigmatica è la recente tragica strage norvegese), apparentemente gratuiti, testimonia questa divaricazione estrema tra relazione e risonanza corporeo-affettiva.

Se vedi quello che è successo in Inghilterra, dei ragazzini che hanno compiuto atti vandalici non per portarsi a casa la libbra di carne, ma per rubare scarpe di marca, smartphone,





il superfluo! Cameron dice che questi sono dei delinquenti punto e basta, da mettere in galera e il problema è risolto. Altri dicono no, c'è un problema di disagio sociale, il razzismo, il mancato riconoscimento della propria identità culturale. In realtà credo che qui stiamo a metà. E' come se il concetto di riconoscimento in qualche modo fosse separato totalmente dalla relazione, ma è tutto focalizzato su questi totem, questi status symbol, questo modo di apparire, per cui se sei vestito da capo a piede in un certo modo tu esisti, e in una certa misura ti riconosci, sei anche tu in qualche modo parte del mondo che esiste. Se non lo sei, non esisti e allora per esistere tu sei pronto a sfasciare tutto, rischiando anni di galera.

**SPAGNUOLO LOBB** Mi sembra che ci sia anche un atteggiamento un po' depressivo nei giovani a riguardo: nessuno mi fila, nessuno si accorge di me!  
Non esisto; non c'è un *outcome* per la società. Per concludere, torniamo all'antropologia positiva.

**GALLESE** No, l'antropologia positiva io proprio non la vedo, all'uomo naturalmente buono non ci credo. Non credo nemmeno apocalitticamente che l'uomo sia necessariamente solo homo homini lupus, ma siamo un po' un misto dell'uno e dell'altro.

**SPAGNUOLO LOBB** E quindi cosa può favorire la crescita dell'umanità?

**GALLESE** Non lo so, non so nemmeno se si può parlare di una crescita. Non so, credo che tutto sommato ci sia una maggiore consapevolezza di quanta ce n'era una volta. Però, è vera crescita? Sinceramente ho le idee molto confuse (sorride).

**SPAGNUOLO LOBB** (sorride) Che contributo pensi che possa dare il nostro cervello? Il Dalai Lama ha studiato il mindfulness, questa possibilità di sviluppare emozioni positive...

**GALLESE** Non lo so, a me spaventa anche un po' questa idea che la scienza in qualche modo possa servire... credo che poi alla fine ognuno di noi deve fare i conti con se stesso, indipendentemente da quello che gli puoi dire

tu o gli può dire uno come me. Anche perché poi la scienza io la vedo molto come una lama a doppio taglio, da un lato smaschera e dall'altro aiuta a manipolare.

**SPAGNUOLO LOBB** La civiltà, il lavorare per il bene dell'umanità, è comunque una scelta individuale.

**GALLESE** Sì, sono convinto che un grado di verbalizzazione e di autoconsapevolezza della capacità di guardare in se stessi (ma non guardandosi l'ombelico), quindi sapere in che misura tu sei condizionato ma puoi condizionare anche in positivo e in negativo l'esistenza degli altri, sia sempre un passo avanti. Che la psicoterapia aiuti in qualche modo a tirare fuori questa parte naturalmente buona non lo so; credo che spesso possa anche consistere nel convincere le persone che per come sono fatte, più di tanto... quindi uno fa i conti con i propri limiti, non è che ti garantisco la felicità, io non so se il Dalai Lama dice questo, io non mi permetto di giudicare perché non conosco quel tipo di letteratura o di messaggio.

**SPAGNUOLO LOBB** Lui ha fatto degli studi con neuroscienziati, tra cui Goleman, per vedere quali possono essere le condizioni per favorire emozioni positive. Però, come dicevi tu, questa è un'arma a doppio taglio, perché non possiamo mai togliere la responsabilità individuale alle scelte.

**GALLESE** Sì, esatto, quello che spaventa molti è appunto la de-responsabilizzazione,



che deriva da una scissione tra la persona e ciò che è deterministicamente prodotto dal suo cervello. Ecco, io credo che questo neuro-determinismo sia da evitare.

**SPAGNUOLO LOBB** Dobbiamo comunque confrontarci con la vita, per poi fare delle scelte. Mi sembra una cosa molto bella che un neuroscienziato si ponga in una posizione di umiltà antideterministica.

**GALLESE** Sì, il lavoro empirico è in qualche modo il tentativo di colmare il gap tra quello che so oggi, e quello che ipotizzo, potrò sapere domani. La teorizzazione serve in qualche modo a scoprire qual è il limite tra quello che sappiamo oggi e quello che potremmo sapere domani, e ti aiuta poi a costruire i nuovi esperimenti.

**SPAGNUOLO LOBB** Certo. Grazie, Vittorio!

#### ■ BIBLIOGRAFIA

- Aristotele. *Poetica*, 334-330 a.C.
- Barba E. *La canoa di carta*, Bologna, Il Mulino, 1993.
- Freedberg D. (1993). *Il potere delle immagini*. Torino: Einaudi
- Freedberg D., Gallese V. (2008). Movimento, emozione, empatia. I fenomeni che si producono a livello corporeo osservando le opere d'arte. *Prometeo*, 26, 103, 52-59.
- Fonagy P. (1999). *Memory and Therapeutic Action*. In: *International Journal of Psycho-Analysis*, 80, 215-223.
- Gallese V., Migone P., Eagle M.E. (2006). La simulazione incarnata: i neuroni specchio, le basi neurofisiologiche dell'intersoggettività e alcune implicazioni per la psicoanalisi. *Psicoterapia e Scienze Umane XL*. Milano: Franco Angeli, 543-580.
- Girard R. *Identità e desiderio: la teoria mimetica e la letteratura italiana*, a cura di Pierpaolo Antonello e Giuseppe Fornari, Massa, Transeuropa ("Girardiana" n. 4), 2009
- Goleman D. (1996). *Intelligenza emotiva*. Milano: Rizzoli
- Hurley S.L. (1998). *Consciousness in Action*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Siegel D.J. (1999). *La mente relazionale. Neurobiologia interpersonale*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Spagnuolo Lobb M. (2011). *Il now-for-next in psicoterapia. La psicoterapia della Gestalt raccontata nella società post-moderna*. Milano: FrancoAngeli.
- Stern D.N. (2005). *Il momento presente*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Zeki S. (2007). *La visione dall'interno, arte e cervello*. Torino: Bollati Boringhieri.



# LA PSICOLOGIA PEDIATRICA OLTRE LA PSICOLOGIA IN PEDIATRIA

Questo contributo intende offrire una riflessione sulla psicologia pediatrica come *able to/for* individuato e maturato attraverso il lavoro svolto dall'American Psychological Association (A.P.A.) dal 1960 ad oggi e approdato all'identificazione di una specifica divisione (54°) della stessa A.P.A.

Si tratta di un lavoro che, in questi ultimi anni, ha visto il coinvolgimento del gruppo dell'unità di ricerca in Psicologia pediatrica del Dipartimento di psicologia dell'ateneo palermitano, e che ha orientato la proposta del 1° congresso internazionale svolto in Italia "The planet of "pediatric psycholo-

gy"; *beyond the psychology at pediatrics*, 25-26-27 November 2011, Palermo.

Lo scopo dell'Unità di ricerca va rintracciato nello sviluppo di una cultura psicologica specifica da promuovere in Pediatria e nel materno-infantile. Va sottolineato, in tal senso, che nel tempo, l'attenzione e la focalizzazione sul materno infantile (con le specificità legate alla neonatologia con i follow up, alla diagnosi prenatale, allo screening di 2° livello nelle gravidanze a rischio, così come alla condizione pediatrica), hanno consentito di individuare una complessa configurazione di un campo di

DA UN LAVORO  
CENTRATO SULLA  
MALATTIA E  
SUL TRAUMA A UN  
LAVORO ORIENTATO  
SULLO SVILUPPO

## GIOVANNA PERRICONE

PROFESSORE ASSOCIATO DI PSICOLOGIA DELLO SVILUPPO  
E DELL'EDUCAZIONE, UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PALERMO,  
RESPONSABILE DELL'UNITÀ DI RICERCA IN PSICOLOGIA  
PEDIATRICA, DIPARTIMENTO DI PSICOLOGIA

## CONCETTA POLIZZI

RICERCATORE DI PSICOLOGIA DELLO SVILUPPO  
E DELL'EDUCAZIONE, UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PALERMO

## MARIA REGINA MORALES

PSICOLOGA, ASSEGNISTA DI RICERCA, DIPARTIMENTO  
DI PSICOLOGIA, UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PALERMO



SI RINGRAZIANO

A. FAUCETTA  
F. MANISCALCO  
C. MASCOLINO

PSICOLOGHE CON MASTER DI II LIVELLO IN PSICOLOGIA  
PEDIATRICA, UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PALERMO

PER LA RICERCA E L'ORGANIZZAZIONE  
DEL MATERIALE PRODOTTO

## CENNI STORICI SULLA PSICOLOGIA PEDIATRICA

### 54<sup>a</sup> Divisione dell'American Psychological Association (A.P.A.)

Tratto da M. Roberts: "Historical Perspectives on Pediatric Psychology: The Past is Prologue", in Master Class "Pediatric Psychology between History and Future" presentato al 1° Congresso Internazionale in Italia di Psicologia Pediatrica *The Planet of "Pediatric Psychology"; beyond the Psychology at Pediatrics*, 25-26-27 November 2011 Palermo

La Psicologia pediatrica, nata dalla consapevolezza dell'esigenza di considerare intenzionalmente il rapporto tra Pediatria e Psicologia, in virtù delle implicazioni psicologiche indotte dalla patologia, trova le principali aree di interesse nelle patologie croniche e in acuzie, nella disabilità, nelle patologie tumorali, ecc. L'evoluzione della Psicologia Pediatrica dal 1967 ad oggi, ha consentito di focalizzare prioritariamente alcuni fattori che caratterizzano la condizione di patologia nell'infanzia e nell'adolescenza e che vanno rintracciati nello studio e negli interventi condotti secondo la prospettiva della salute e della costruzione della resilienza, che hanno prodotto un cambiamento nel modello di approccio al bambino/adolescente (b/a) e, ancora tra i fattori, la collaborazione interdisciplinare, vista secondo l'ottica di un modello integrato della salute che integra la prevenzione e la promozione di questa; un'integrazione resa possibile grazie all'istituzione di servizi di psicologia pediatrica. Tale modello focalizza sia lo stress e il dolore causati dalla malattia, sia le strategie di coping, nella logica di una migliore qualità dell'adattamento sociale. La complessità, che costituisce le aree di riferimento della psicologia pediatrica, pone l'esigenza di una formazione specifica dello psicologo pediatrico, sia sul piano della pratica clinica che dei percorsi di ricerca, in un'ottica di formazione continua.



azione specifico attraversato da una linea di continuità, dal prenatale all'infanzia e all'adolescenza, che prende in carico l'esigenza di condizioni funzionali alla promozione della salute; una configurazione che è stata individuata grazie alla partnership che nell'ultimo triennio si è sviluppata con l'Azienda ospedaliera Ospedali riuniti Villa Sofia - Cervello, con la D.I.S.T.U.R.I. Fimp provincia di Palermo, con la Fimp di Catania e con la Fimp regione Sicilia.

Gli obiettivi sono stati individuati nella definizione di un paradigma per l'intervento e la ricerca in Psicologia pediatrica; e ancora, va ricordato l'obiettivo relativo alla promozione di questo paradigma nel territorio. Ogni anno l'Unità di ricerca promuove alcune specifiche iniziative attraverso partenariati con Enti pubblici e privati, associazioni ecc..

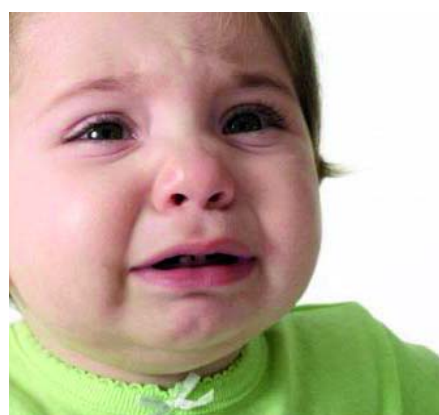
Questo percorso di lavoro è stato sviluppato a partire da una riflessione sulla possibilità di cambiamento e trasformazione degli statuti epistemologici, che ha accompagnato la storia della Psicologia in Italia (Mecacci, 2008; Sparti, 2002; Actis Grosso, 2006; Inghilleri, 2004).

Dalle forme applicative del paradigma generale della psicologia, si sono sviluppati, infatti, alcuni statuti epistemologici specifici, proprio in virtù della considerazione della natura della stessa psicologia come scienza "dinamicamente orientata" (Castiglioni, 2001; Legrenzi & Umiltà, 2009), e caratterizzata da una tendenza a trasformarsi, in considerazione dei fenomeni e di quelle richieste ed esigenze di un mondo che cambia (ibidem).

Questo percorso di sviluppo e di trasformazione che ritroviamo per esempio nella psicologia scolastica (Trombetta, 2004;



2011), nella psicologia dell'educazione (Gilly, 1981; Perini, 1997; Pontecorvo, 1998; Carugati & Sella, 2001), nella psicologia dell'emergenza (Fenoglio, 2001; Sbattella, 2005; De Felice & Colaninno, 2003; Pietrantonio & Prati, 2009), si è spesso scontrato con delle specifiche resistenze che hanno costituito un grave e pesante rischio i cui esiti vanno rintracciati nell'atteggiamento con cui si è tentato di "relegare" gli psicologi in un'area esclusivamente di cura delle forme gravi di disagio psichico. Nello stesso tempo, però, a tale tentativo si è sempre opposta una sorta di tendenza al revisionismo (Castiglioni, op. cit.); questa ambivalenza, che nel tempo ha assunto vertici diversi, costituisce il background che ha consentito di identificare, all'interno di una continuità professionale, "l'insufficienza" di un intervento psicologico in pediatria e nel materno-in-



fantile, identificabile nella scarsa attenzione a quei processi di sviluppo che sono caratterizzati da compromissioni indotte dalla patologia, ma anche, da risorse evolutive comunque presenti o da sviluppare (Perricone, 2011a; Aylward et al., 2009). In tal senso la psicologia pediatrica vuole costituire quella possibilità di approccio, di intervento funzionale ad intercettare la complessità della dinamica dello sviluppo tra crisi (ibidem; Miller, 1987) e sfide evolutive (Hendry & Kloep, 2002), tra tipicità e atipicità (Ahearn et al., 2001; Gil et al., 2001); prendere in carico tale complessità significa, poi, sul piano non solo dei modelli, ma, anche, delle metodologie, considerare il b/a ammalato come una "condizione pediatrica" (Perricone & Polizzi, 2008; Perricone, 2011a) e non come un caso; si tratta di una condizione che si sviluppa dalle relazioni e dai collegamenti tra soggetti, tra contesti/eventi di riferimento del b/a con la sue traiettorie evolutive, e quindi, con l'andamento e le specifiche direzioni che concorrono a definire le differenze individuali nell'atipicità che caratterizza lo stesso percorso di sviluppo, e ancora una condizione che trova potenziamenti nel rapporto tra gli stessi e le diverse relazioni che intercorrono tra il b/a e la malattia e i relativi livelli di gravità, con i trattamenti e tra i vertici di questo campo, i sanitari e le famiglie (Biondi, 1991; 2002).

Va, allora, sottolineato che la psicologia pediatrica diventa un percorso privilegiato per prendere in carico la condizione di rischio psicosociale, come sintesi di una vulnerabilità interna al bambino e di una rischiosità riconducibile ai diversi altri vertici del campo (Perricone Briulotta, 2005), assumendo il significato di un approccio orientato a promuovere lo "strengthening" del b/a (Perricone, 2011b) a cominciare da un'attenta "lettura" e da un intervento sui disordini evolutivi. Si tratta di un potenziamento che si sviluppa proprio da una prospettiva operativa privilegiata dalla psicologia pediatrica, che va identificata nella mobilita-



zione dei fattori di protezione interna (Rutter, 1987; 2000; Boekaerts & Roder, 1999; Semprini, 2000; Perricone, 2011a); una prospettiva prioritaria, fortemente orientata dalla *health promotion*, che risulta prioritariamente indicata dalla 54° divisione dell'A.P.A. (Mackner, et al., 2003; Spirito et al., 2003; Drotar et al., 2003; Aylward et al., 2009; Roberts & Steele, 2009; Koocher, 2011).

In un panorama che può attribuire alla psicologia pediatrica una natura di confine, tra psicologia della salute, pediatria, psicologia dello sviluppo, può risultare utile sottolineare un rapporto di complementarietà con queste discipline, nella misura in cui la psicologia pediatrica serve per colmare quegli "spazi vuoti e disattesi" (Ceraulo, 2010) dalle altre figure professionali, orientate, invece, verso la realizzazione di un compito: una buona diagnosi, un buon coinvolgimento della famiglia, una buona valutazione dello sviluppo, una buona tecnica di intervento psicologico, ecc. All'interno di tale scenario sembra restare disattesa, per certi versi, la traiettoria evolutiva del b/a e, quindi, il trend dello sviluppo, e, ancora l'incontro e l'ambivalenza tra bisogni, orientati dal suo processo di crescita, e bisogni posti dalla patologia.

### LA PSICOLOGIA PEDIATRICA

Considerare come oggetto di studio e di intervento della Psicologia pediatrica la di-

namica dello sviluppo, vuol dire prendere in carico l'andamento assunto da alcune tendenze bipolari, che ne costituiscono i fattori "responsabili", e il rapporto tra queste tendenze, nella misura in cui, in presenza di una patologia, tale rapporto può risultare caratterizzato da alcune alterazioni (Perricone, 2011a). Lo studio e/o la ricerca sull'alterazione del rapporto tra le tendenze bipolari (sbilanciamento, polarizzazione, negazione, ecc.) dà vita a disfunzionalità a carico dei processi evolutivi coinvolti, che si evidenziano attraverso comportamenti disadattivi; si tratta di comportamenti "spia" di quei disordini evolutivi che sono responsabili di una compromessa configurazione delle risorse e dei processi evolutivi, e, quindi, di una difficoltà nella costruzione della resilienza (Cyrulnik & Malaguti, 2005).

L'individuazione di questo oggetto di studio costituisce già il passaggio fondamentale dalla Psicologia in pediatria alla psicologia pediatrica, un passaggio che si definisce attraverso un cambiamento del rapporto tra il lavoro direttamente orientato sul trauma e il lavoro che, invece, risulta diretto sullo sviluppo. Si tratta di un cambiamento che mira a ribaltare, quindi, il rapporto tra il trauma e lo sviluppo in uno scambio di figura e sfondo; nel senso che la focalizzazione sulla dinamica dello sviluppo, operata dalla psicologia pediatrica,

consente di incidere sul trauma, e sulle sua elaborazione così come sul controllo dello stress emotivo che induce, secondo una prospettiva di "ricaduta di secondo livello".

Questa ricaduta va rintracciata nello sviluppo e nella costruzione di resilienza, dalla forma caotica irreflessa a quella intenzionale e riflessa (Putton & Fortugno, 2006); forme di resilienza che forniscono al soggetto gli "strumenti" per affrontare l'impatto emotivo indotto dal trauma (ibidem, Cyrulnik, 2005). Si tratta di strumenti/funzioni che vanno identificati, per esempio, nell'intelligenza emotiva (Goleman, 1995; Mayer, Salovey and Caruso, 2000), nel coping, nel problem solving ecc., orientati da specifici processi cognitivi, emotivi, sociali.

La "ricaduta di secondo livello" si sviluppa, allora, attraverso un intervento che per un verso consente che le risorse costruite e/o potenziate (processi, competenze, ecc.) orientino il b/a in condizioni di ... in modo che possa "pensare" l'evento prima non pensabile così come possa integrarlo nella propria storia e per altro trasformarne il senso, non più come accadimento incomprendibile e virulento, ma, invece, come life event (Hendry & Kloep, 2008; Levinson, 1986; Brown, 1989); si sviluppa, così il passaggio dall'angoscia indotta dall'incomprensibile al controllo delle emozioni, a cui si è dato un nome e un significato, e che si fronteggiano.



CONGRESSO INTERNAZIONALE  
"THE PLANET OF PEDIATRIC  
PSYCHOLOGIE",  
Palermo, Palazzo Steri, 26 novembre 2011

Da sinistra  
prof. M. Roberts (54° Division - A.P.A.)  
dott. P. Bozzaro  
prof.ssa G. Perricone  
prof.ssa G. Anzalone  
prof. G. Koocher (54° Division - A.P.A.)



Un ulteriore aspetto di questa “ricaduta di secondo livello” va rintracciato nella trasformazione del mondo interno (sentirsi forte, non sentirsi isolato, ecc.) (Fonagy & Target, 2001; Fonagy et al., 2002; Liotti, 2001; Stella & Rossati, 1996) e dei modelli operativi interni (Bretherton, 2005; Grossmann, Grossmann and Waters, 2005) con cui il b/a si rappresenta nel rapporto con l'evento (farcela e come, riscrivere le modalità con cui gestire l'evento malattia, fronteggiarlo, saperne rintracciare le fonti e le possibilità di sicurezza, ecc).

L'intervento dello psicologo pediatrico, dunque, consente di prendere in carico questi processi come indicatori delle compromissioni e dei disordini dello sviluppo espressi da alcuni comportamenti e/o condotte disadattive e di trasformarli in risorse evolutive.

L'attenzione alla dinamica dello sviluppo e la centralità di questa induce a sottolineare, ancora una volta, la prospettiva dello “*strengthening*”, un “rafforzamento”, una sorta di esito evolutivo di stabilità e di potenziamento in termini di capacità, processi, che diventano risorse; una prospettiva che crea la possibilità di attraversamento del rischio (Perricone Briulotta, 2005; Perricone, Polizzi, 2008) e che, quindi, implica l'*adattamento creativo* (Goodmann, 1995; Stern, 2000), il *coping* (Lazarus & Folkman, 1984; La Greca et al., 1992; Compass et al., 2001) e i *fattori di protezione* (Rutter, 1987; 2000; Semprini, 2000; Boekaerts & Roder, 1999), considerati come processi che diventano gli esiti adattivi di un intervento che mira alla prevenzione del black out evolutivo indotto dalla compromissione evolutiva attraverso la promozione di questi processi stessi.

Un ulteriore elemento del paradigma della psicologia pediatrica va rintracciato in un *metodo evolutivo-clinico*, che trova i suoi fattori, intanto, nella presa *in carico della conflittualità* tra i bisogni posti e orientati dello sviluppo e quelli indotti dalla patologia con i relativi trattamenti; si tratta di

una conflittualità che diventa un “oggetto” prioritario dell'intervento dello psicologo pediatrico, in considerazione della tensione che genera nel b/a e del compito evolutivo che pone in termini di tolleranza della coesistenza di bisogni diversi e dell'accettazione dell'ambivalenza che ne consegue. Il metodo d'intervento, in tal senso, viene orientato verso la promozione della scoperta, da compiere insieme al b/a (la famiglia, il pediatra), della conflittualità, verso l'attivazione di un problem solving emotivo/cognitivo orientato alla gestione di tale conflittualità.

Ancora, tra i fattori del metodo evolutivo clinico, la *promozione dei confini* in modo che il b/a non si senta minacciato dal lavoro sulla conflittualità tra bisogni; l'approccio della *trasformazione*, come possibilità di orientare il b/a verso un cambiamento che salvi la continuità e integri la discontinuità posta dalla patologia e dai relativi trattamenti. Infine, l'approccio della *by relation* (Perricone, 2011a) che fa pensare ad uno psicologo che “agisce” il suo essere empatico, il suo sintonizzarsi con l'altro, il suo promuovere cambiamento, attraverso la creazione di uno spazio di contatto con il bambino fatto di condivisione e comprensione reciproca rispetto a eventi, situazioni, emozioni realmente vissute da entrambi, ma anche e soprattutto, attraverso il far sentire al bambino che lo si sta accompagnando nella trasformazione del suo percorso di sviluppo (es. il supporto sociale attivato mentre il bambino sta operando un cambiamento dei suoi processi, sta attivando le risorse, ecc.). Così si costruisce un contatto (Perls, Hefferline and Goodman, 1997), inteso nel senso di creazione di uno spazio di intimità, di condivisione di codici e linguaggi evolutivi comuni, e di un tessuto esperienziale connettivo comune. Si tratta, allora, di un metodo che consente di agire una relazione di aiuto fondata sul *supporto sociale*, sulla *mediazione*, sulla *protezione*, sull'*assunzione di responsabilità* e sull'*assessment* (Perricone

Briulotta, 2005; Di Fabio, 2003). Questa relazione di aiuto si serve di specifici processi e di relative prospettive e criteri che possono riassumersi nel:

- presa in carico e trasformazione della conflittualità che orienta il rapporto tra i bisogni posti dallo sviluppo e quelli relativi alla patologia;
- animare la trasformazione dei modelli operativi interni sull'essere b./a. nella condizione di patologia;
- promuovere l'iscrizione dell'evento malattia/trattamento nella storia del proprio sé;
- usare la costruzione dell'intelligenza emotiva nei termini di autoregolazione di quelle emozioni che rappresentano uno dei fattori fondamentali dell'evento “malattia/trattamento” e che si identificano come “variabili strutturali” e non di contesto; si tratta, cioè, di rappresentare e “trattare” l'evento in termini emozionali, oltre che in termini fisici, fisiologici, ecc.;
- promuovere la costruzione della resilienza non solo recuperando le risorse interne che il b/a possiede, ma anche, focalizzando i processi evolutivi disfunzionali secondo un costante riferimento per un verso, alla rappresentazione di sé, e per un altro, alla rappresentazione della patologia in modo da orientare la trasformazione dei processi disfunzionali in risorse;
- giocare con se stessi nel senso della messa in gioco tutti i processi che attonano alle proprie risonanze emotive.





### ALCUNE CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

La riflessione fin qui condotta ci consente di pensare ad un paradigma diverso per il lavoro psicologico in pediatria, ma nello stesso tempo, forse, ci permette di sottolineare il contributo che può offrire alla pediatria, nel momento in cui questa è chiamata a sviluppare specifiche funzioni, quali: assicurare la salute, promuovere lo sviluppo, prendere in carico le traiettorie evolutive di ogni b/a; tutto ciò significa, allora, pensare ad una pediatria che si definisce in termini di garanzia della salute, come attenzione a quelle parti sane che, sotto forma di risorse, consentono di vedere il b/a ammalato in termini di salute. Questa *mission* della pediatria sembra, allora, chiamare in causa una vision che pre-

vede un sodalizio con la psicologia pediatrica. Nell'uso di questo termine si vuole andare oltre il senso del multidisciplinare, verso la considerazione di una relazione di comunità, in cui ogni figura professionale porta il suo punto di vista, ma anche la possibilità di farsi "contaminare" dal punto di vista dell'altro, così da sviluppare l'entusiasmo legato al fare, all'operare, e al fare emergere la propria prospettiva, ma, anche, la possibilità di "pensare" e gestire la "delusione" rispetto alla messa in secondo piano di questa prospettiva personale. Infine, il "sodalizio" si può definire proprio in funzione della capacità di integrare e quindi costruire una prospettiva su un punto di vista che non sia la somma, né il predominare di una sull'altra (quella della *care* o quella della *cure*). Un sodalizio, quindi,

che dà corpo "vero e autentico" al rapporto "cure/care".

### I PIANI DI SVILUPPO DELLA PSICOLOGIA PEDIATRICA

La riflessione condotta fin qui ha voluto tratteggiare come la Psicologia pediatrica si inserisce all'interno della comunità scientifica della psicologia nazionale e internazionale, attivando rapporti tra settori disciplinari differenti (Mackner, et al., 2003; Spirito et al., 2003; Drotar et al., 2003; Aylward et al., 2009). Sul piano del "network" tale disciplina si sviluppa, a partire da diverse tipologie di partenariato e da un lavoro continuo di comunità, rivolgendosi sia a strutture e soggetti preposti alla cura sia a strutture e soggetti preposti al supporto sociale (ibidem).

## LE ALTERAZIONI DELLA DINAMICA DELLO SVILUPPO INDOTTE DALLA PATOLOGIA E DAI TRATTAMENTI

Vengono qui di seguito proposte alcune esemplificazioni delle possibili alterazioni indotte dalla patologia e dai trattamenti a carico di alcune tendenze bipolari che fondano la dinamica dello sviluppo: automatismo/intenzionalità, processi di continuità/processi di discontinuità, orientamento dato dal "portato" biologico/influenza ambientale, aumento del numero e del tipo di processi di maturazione/trasformazione della specificità dei processi che promuovono lo sviluppo.

#### ■ Processi di continuità/processi di discontinuità

Allora lo sviluppo può essere caratterizzato da alterazioni e, quindi:

- orientarsi verso la conservazione e la ripetitività di alcuni processi (es. il bambino mantiene ripetitivamente specifici approcci agli eventi) o
- essere orientato da crisi evolutive, come condizioni di inadeguatezza delle abilità, delle competenze sperimentate con successo precedentemente (es. il b/a cerca risorse dentro e fuori di sé per rispondere ai compiti evolutivi posti dalla crisi).

#### ■ Aumento del numero e del tipo di processi di maturazione/trasformazione della specificità dei processi svolti nello sviluppo

Allora lo sviluppo può essere caratterizzato da alterazioni e, quindi:

- favorire l'investimento energetico esclusivo sulla numerosità dei processi attivati (es. la dinamica evolutiva è tutta protesa all'incremento numerico dei processi cognitivi, per cui il b/a analizza, controlla, confronta, ricerca... tende ad

accumulare cose, situazioni, operazioni) o

- favorire l'investimento energetico esclusivo su ciò che è meglio per sé (es. il b/a ricerca continuamente condizioni di utilità per sé, rispetto a questioni reali e non reali).

#### ■ Automatismo dei processi/costruzione e ricerca di altro

Allora lo sviluppo può essere caratterizzato da alterazioni e, quindi:

- Tendere a usare automaticamente sempre gli stessi schemi di rappresentazione, di azione ecc. (es. il b/a pensa, organizza, definisce e si orienta nella quotidianità sempre secondo gli stessi indicatori, criteri, senza distinzione di contesti, situazioni, e senza rifletterci su; pericolo... pericolo... pericolo/impossibilità... rifiuto...) o
- Tendere a costruire e scegliere continuamente risposte nuove e diverse, che non consentono al b/a di avere punti di riferimento stabili (es. il b/a ricerca, vuole, richiede sempre altro).

#### ■ Orientamento dato dal portato biologico /influenza ambientale

Allora lo sviluppo può essere caratterizzato da alterazioni e, quindi:

- essere orientato dal dato biologico medico (es. tutti i processi cognitivi sono fortemente orientati dalla condizione di malattia) o
- essere orientato dalle aspettative e dalle pratiche ambientali (es. tutti i processi cognitivi sono fortemente orientati dal feedback ambientale).



Nella definizione del paradigma della psicologia pediatrica diverse sono state le difficoltà incontrate, come la mancanza di riconoscimento della possibilità di un pensiero "professionale" sulla Psicologia pediatrica, la carenza di definizioni dei confini disciplinari e delle loro possibili relazioni, l'insufficiente partecipazione all'interno di un dibattito internazionale così come la poca diffusione di modelli nel territorio ed infine la scarsa motivazione alla costituzione di forme aggregative per la Psicologia pediatrica. Alla luce di tali difficoltà nel definire lo "specifico" paradigma della Psicologia pediatrica risulta evidente rispondere ad alcune esigenze, in primo luogo creare tempi, spazi e luoghi che consentono un confronto e un dibattito, sugli aspetti fondanti di questo *able to/for*, per l'istituzionalizzazione di gruppi di lavoro all'interno delle singole appartenenze, ma non meno importante è la creazione di rapporti di collaborazione con la pediatria di Famiglia, e l'istituzione di relazioni internazionali e ancora una costante pubblicizzazione.

In tal senso si è mossa l'Unità di ricerca in Psicologia pediatrica, ipotizzando una configurazione di sistema di tipo ecologi-

co di riferimento (fig. 1) che possa consentire non solo un approccio di comunità e nello stesso tempo l'attivazione di direzioni diversificate, ma soprattutto nelle fasi di promozione della Psicologia pediatrica, la "costruzione di un pensiero".

Ci sembra che i criteri di riferimento per la promozione della Psicologia pediatrica attengano alla scientificità, alla fattibilità, alla sostenibilità. Per quanto concerne il criterio della scientificità, nello specifico, si fa riferimento alla formazione degli psicologi pediatrici, a partire da un dialogo continuo tra l'essere psicologo e il divenire psicologo pediatrico, così come tra la definizione di un modello per il confronto e la presentazione nei contesti di questo *able to/for* della comunità scientifica. Il criterio della fattibilità vuole fare riferimento alla contestualizzazione/applicazione e integrazione del modello teorico-operativo all'interno delle strutture preposte alla "cure" e all'assistenza domiciliare, avendo cura di rilevare la human satisfaction (Bonferroni, 2005) attivata dall'intervento dello Psicologo pediatrico, nel senso della possibilità che tale intervento sviluppi un gradimento e un riconoscimento nei termini della razi-

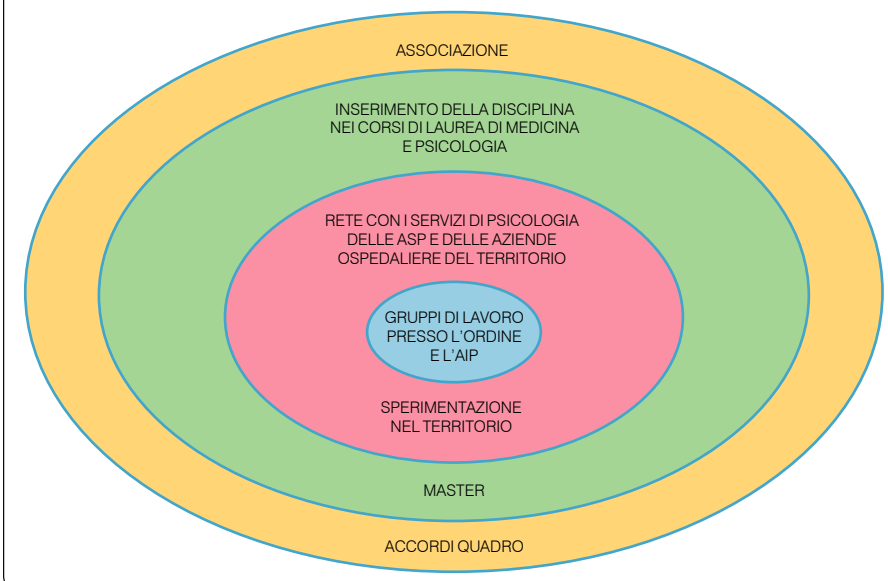
ionalità (individuare aspetti e caratteristiche di funzionalità evidenti e analizzabili in termini di logica), dell'eticità (un gradimento e un riconoscimento ancorato a valori, giudizi) e di emozionalità, come riconoscimento della capacità dei servizi di promuovere coinvolgimento, benessere (si veda figura 1).

Infine, il criterio della sostenibilità attiene alla realizzazione di iniziative, da parte dell'Ordine/degli Ordini e dei Servizi di psicologia dell'Asp, alla creazione da parte dell'Università di percorsi di formazione all'interno dei corsi di laurea specialistica e ancora alla presa di consapevolezza da parte delle Istituzioni sanitarie territoriali delle possibili opportunità offerte dalla Psicologia pediatrica.

La complessità data da un'azione culturale, professionale caratterizzata da questi criteri ci consentirà di ipotizzare una scuola di specializzazione in Psicologia pediatrica.



FIG. 1 - L'UNITÀ DI RICERCA IN PSICOLOGIA PEDIATRICA: LE PROPOSTE PER CREARE CONDIZIONI DI GARANZIA DELLO SVILUPPO DELLA PSICOLOGIA PEDIATRICA



#### ■ BIBLIOGRAFIA

- Actis Grosso, R. (2006). La psicologia riflette su sé stessa: spunti problematici di natura epistemologica. *Ricerche di Psicologia*:3, 1-11.
- Ahearn, W. H., Castine, T., Nault, K., & Green, G. (2001). An Assessment of Food Acceptance in Children with Autism or Pervasive Developmental Disorder- Not Otherwise Specified. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 31, 505-512.
- Aylward, B. S., Bender, J. A., Graves, M. M., & Roberts, M.C. (2009). Historical developments and trends in pediatric psychology. In M.C. Roberts & R.G. Steele (Eds.), *Handbook of pediatric psychology* (4th ed pp. 3-18). New York: Guilford Press.



- Biondi, G. (1991). *Psicologia in ospedale. Esperienze a confronto*. Roma: Nuova Editrice Spada.
- Biondi, G. (2002). Il Bambino malato e il non rispetto dei suoi bisogni. *Rivista scientifica di psicologia: 1*.
- Boekaerts, M. & Roder, I. (1999). Stress, coping in children a chronic disease: A review of the literature. *Disability and Rehabilitation: 21*(7), 311-337.
- Bonferroni, M. (2005). *Human satisfaction. La comunicazione d'impresa verso un nuovo umanesimo*. Milano: Franco Angeli.
- Bretherton, I. (2005). In pursuit of the internal working model construct and its relevance to attachment relationship. In Grossman, K. Waters, E. (a cura di) (2005). *Attachment from to adulthood: the Major longitudinal studies*. New York: The Guilford Press.
- Brown, G.W. (1989). *Life events and measurement*. Brown G.W. & Harris T.O. (edited by). *Life events and illness*. New York: The Guilford Press.
- Carugati, F. & Sella, P. (2001). *Psicologia dell'educazione*, Bologna, il Mulino.
- Castiglioni, M. (2001). *Epistemologia e Psicologia*. Milano: I.S.U., Università Cattolica.
- Ceraulo, R. (2010). Contributo presentato alla Presentazione del master di II livello in Psicologia Pediatrica, 12/05/2010, Facoltà di Scienze della Formazione, Università degli Studi di Palermo.
- Compas, B.E., Connor-Smith, J.K., Saltzman, H., Thomsen, A.H. and Wadsworth, M.E. (2001). Coping with stress during childhood and adolescence: Problems, progress, and potential in theory and research. *Psychological Bulletin: 127* (1), 87-127.
- Cyrulnik, B. & Malaguti, E. (2005) (a cura di). *Costruire la resilienza. La riorganizzazione positiva della vita e la creazione di legami significativi*. Trento: Erickson.
- Cyrulnik, B. (2005). Il reale e la sua rappresentazione. I requisiti della resilienza. In Cyrulnik, B., & Malaguti, E. (a cura di) (2005). *Costruire la resilienza. La riorganizzazione positiva della vita e la creazione di legami significativi*. Trento: Erickson.
- De Felice, F. & Colaninno, C. (2003). *Psicologia dell'emergenza*. Milano: Franco Angeli.
- Di Fabio, A. (2003). *Counseling e relazione d'aiuto. Linee guida e strumenti per l'autoverifica*. Firenze: Giunti.
- Drotar, D., Palermo, T., & Ievers-Landis, C. (2003). Commentary: Recommendations for the training of pediatric psychologists: Implications for postdoctoral training. *Journal of Pediatric Psychology, 28*, 109-113.
- Fenoglio, M.T. (2001). *Psicologi di Frontiera: la storia e le storie della psicologia dell'emergenza in Italia*. Trento: Psicologi per i Popoli.
- Fonagy P. & Target M. (2001). *Attaccamento e funzione riflessiva*. Milano: Raffaello Cortina.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. and Target M. (2002). *Affect Regulation, Mentalization and the Development of the Self*. New York: Other Press.
- Gil, K. M., Anthony, K. K., Carson, J. W., Redding-Lalinger, R., Daeschner, C. W., & Ware, R. E. (2001). Daily coping practice predicts treatment effects in children with sickle cell disease. *Journal of Pediatric Psychology, 26*, 163-173.
- Gilly M. (1981). *Psychologie de l'éducation : discipline appliquée ou fondamentale?* *Bulletin de psychologie, 353*, (35), 3-9.
- Goleman, D. (1995). *Emotional Intelligence*. New York: Bantam.
- Goodman, P. (1995). *Crazy hope and finite experience*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Grossman, K., Grossman, K., and Waters, E. (2005) (eds). *Attachment from infancy to adulthood: the Major longitudinal studies*. New York: The Guilford Press.
- Hendry, L.B. & Kloep, M. (2002). *Life span development resources, challengers and risk*. London: Thomson Learning. Trad.it (2003). *Lo sviluppo nel ciclo di vita*. Bologna: Il Mulino.
- Hendry, L.B. & Kloep, M. (2008). L'ospedalizzazione come evento non-normativo nello sviluppo del minore: risorse, sfide e rischi. In Perricone, G. Di Maio, M.T. and Nuccio F. R. (2008). *Raccontando Aladino... Vincoli e possibilità del lavoro psico-socio-educativo in pediatria*. Milano: Franco Angeli.
- Inghilleri M. (2004). Teorie, antinomie e prospettive epistemologiche per la Psicologia e lo Psicologo contemporanei. *Psychomedia*, www.psychomedia.it/pm/human/epistem/inghilleri.htm
- Koocher, G.P. (2011). "The Future Pediatric Psychology: New Interventions and Paradigms". In 1<sup>st</sup> International Congress in Italy *The Planet of "Pediatric Psychology"; beyond the Psychology at Pediatrics*. November 25<sup>st</sup> – 26<sup>st</sup> – 27<sup>st</sup>, Palermo.
- La Greca, A.M., Siegel, L., Walker, C. E., and Wallander, J. (1992) (Eds.). *Advances in pediatric psychology: Stress and coping in child health*. New York: Guilford.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). Stress, Appraisal, and Coping. New York: Springer.
- Legrenzi, P., & Umiltà C. (2009). *Neuro-mania. Il cervello non spiega chi siamo*. Bologna: Il Mulino.
- Levinson, D.J. (1986). A Conception of Adult Development. *American Psychologist, 41*, 1, 3-13.
- Liotti, G. (2001). *Le opere della coscienza*. Milano: Raffaele Cortina Editore.
- Mackner, L., Swift, E., Heidgerken, A., Stalets, M., & Linscheid, T. (2003). Training in pediatric psychology: A survey of predoctoral internship programs. *Journal of Pediatric Psychology, 28*, 433-441.
- Marhaba S., (2003) *Storia, territori e strumenti della psicologia*, Upsel, Padova, 2003.
- Mayer, J.D., Salovey, P. and Caruso, D.R. (2000). Models of Emotional Intelligence. In Sternberg, R.J. (a cura di). *Handbook of Human Intelligence*. New York: Cambridge.
- Mecacci, L. (2008). *Manuale di storia della psicologia*. Firenze: Giunti.
- Morales, M.R. & Polizzi C. (2011). Strumenti di assessment per lo psicologo pediatrico. In Polizzi, C. (2011). *Pensarsi psicologo pediatrico. Modelli, percorsi e strategie di una formazione*. Milano: Franco Angeli.
- Perini, S. (1997). *Psicologia dell'educazione*. Bologna: Il Mulino.
- Perls, F., Hefferline, R.F. and Goodman, P. (1997). *Teoria e pratica della terapia della Gestalt*. Roma: Astrolabio.
- Perricone Briulotta, G. (2005). *Manuale di Psicologia dell'educazione. Una prospettiva ecologica per lo studio e l'intervento sul processo educativo*. Milano: McGraw-Hill.
- Perricone, G. & Polizzi, C. (2008). Introduzione. In Perricone, G., & Polizzi, C. *Bambini e famiglie in ospedale. Interventi e strategie psicoeducative per lo sviluppo dei fattori di protezione*. Milano: Franco Angeli.
- Perricone, G. (2011a). Pensare la psicologia pediatrica. In Polizzi, C. (2011). *Pensarsi psicologo pediatrico. Modelli, percorsi e strategie di una formazione*. Milano: Franco Angeli.
- Perricone, G. (2011b). Presentation of the Pediatric Psychology Research Unit and a reflection on Pediatric Psychology. In 1<sup>st</sup> International Congress in Italy *The Planet of "Pediatric Psychology"; beyond the Psychology at Pediatrics*. November 25<sup>st</sup> – 26<sup>st</sup> – 27<sup>st</sup>, Palermo
- Pietrantoni, L. & Prati G. (2009). *Psicologia dell'Emergenza*. Bologna: Il Mulino.
- Polizzi, C. (2011). *Pensarsi psicologo pediatrico. Modelli, percorsi e strategie di una formazione*. Milano: Franco Angeli.
- Pontecorvo, C. (1998). *Psicologia dell'educazione*. Firenze: Giunti.
- Putton, A. & Fortugno, M. (2006). *Affrontare la vita. Che cos'è la resilienza e come svilupparla*. Roma: Carocci.
- Roberts, M. C. & Peterson, L. (1984). Prevention models: theoretical and practical implications. In Roberts, M.C. & Peterson, L. *Prevention of problems in childhood: psychological research and applications*. New York: Wiley.
- Roberts, M.C. & Steele, R.G. (2009) (eds). *Handbook of Pediatric Psychology*. New York: The Guilford Press.
- Rutter, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanism. *American Journal of Orthopsychiatry, 57*, 316-331.
- Sbattella, F. (2005). Competenze psicologiche nelle emergenze: Verso una definizione di ruoli e saperi. *Nuove tendenze della psicologia, 3*, 2.
- Semprini, R. (2000). Ci sono fattori di rischio per il bambino, ma anche di protezione. *Quaderni ACP:6*, 45.
- Sparti, D. (2002). *Epistemologia delle scienze sociali*. Bologna: Il Mulino.
- Spirito, A., Brown, R., D'Angelo, E., Delamater, A., Rodrigue, J., & Siegel, L. (2003). Society of Pediatric Psychology Task Force report: Recommendations for the training of pediatric psychologists. *Journal of Pediatric Psychology, 28*, 85-98.
- Stella, S. & Rossati, A. (1996) (a cura di) *Mondo interno e mondo esterno*. Roma : La Nuova Italia Scientifica.
- Stern, D. N. (2000). Lo sviluppo come metafora della relazione. *Quaderni di Gestalt: 30*-31.
- Trombetta, C. (2004). Psicologia e Psicologi nella scuola: malintesi, resistenze e possibilità di una collaborazione. In Iannaccone, A. & Longobardi, C. (a cura di) (2004). *Lineamenti di psicologia scolastica. Percorsi educativi dalla prescuola alla scuola dell'obbligo*, Milano: Franco Angeli.
- Trombetta, C. (2011). *Lo psicologo scolastico. Competenze e metodologie professionali*. Trento: Erickson.



# IL FALLIMENTO DELLA FUNZIONE GENITORIALE



## INTERAZIONE MADRE-BAMBINO E REGOLAZIONE DEGLI STATI EMOTIVI NEL MODELLO SISTEMICO-DIADICO

**ANTONIO FERRO**  
PSICOLOGO

ormai opinione condivisa che le esperienze infantili abbiano un impatto duraturo sul resto della vita, ponendo le basi fondamentali delle successive interazioni del bambino con il mondo (Siegel, 1999). La presenza, in queste prime fasi, di modelli di interazione familiare caratterizzati da forme di abuso, di negligenza, di trascuratezza emotiva, può generare gravi conseguenze sul piano del funzionamento psichico, sulla capacità di autoregolare gli stati affettivi (Taylor, Bagby e Parker, 1997) e sulla possibilità di mentalizzare le emozioni (Fonagy, Gergely, Jurist e Target, 2002). Infatti, lo sviluppo degli affetti e delle competenze atte a regolarli è fortemente connesso alla relazione del bambino col caregiver, alla loro "regolazione interattiva" in cui il comportamento di ogni partner è contingente e reciprocamente generato (Beebe e Lachmann, 2002). Secondo tale vertice, è utile concepire i disturbi mentali come residui delle modalità di funzionamento primarie della mente (Fonagy e Target, 2003). Questo poiché la prima infanzia, in cui si pongono le basi della personalità, rappresenta il momento fondamentale per la "genesì psichica" dell'individuo, in quanto le esperienze vissute dal bambino in questo periodo, oltre a rivestire un ruolo vitale per il suo sviluppo, continueranno a influenzarlo durante l'intero corso della sua vita. Ciò consente, dunque, di individuare un *fil rouge* che connette bidirezionalmente infanzia e sviluppo normale o patologico.

Come la letteratura e le ricerche ampiamente dimostrano, un ruolo determinante per lo sviluppo psichico dell'individuo è svolto dall'adeguatezza delle cure materne nell'infanzia, tanto che una loro carenza costituisce un serio fattore patogeno. Il bambino, attraverso un significativo intreccio relazionale, muove i suoi primi passi partendo da una condizione originaria in cui è totalmente dipendente dalla madre. Inizialmente il bambino esperisce la propria madre come un involucro che lo con-



tiene; così come il bambino è normalmente attrezzato per superare senza danni l'esperienza della nascita, tale involucro è di solito preventivamente equipaggiato per un adattamento ai suoi compiti: si dovrebbe innestare, cioè, in un "ambiente facilitante" in grado di fornire "cure materne adeguate" (Winnicott, 1965). Si è al cospetto di un rapporto in cui il bambino, da una parte, e la madre con le sue cure, dall'altra, costituiscono un'unicità inscindibile. In un sistema diadico adeguatamente funzionante, la madre sa cosa sente il suo piccolo, e diviene quindi capace di offrirgli quasi sempre tutto ciò di cui necessita, soprattutto sul piano affettivo.

Negli ultimi anni, la proficua convergenza tra l'approccio psicodinamico e la prospettiva relazionale della psicologia dello sviluppo ha dato una forte spinta sia alla costruzione teorica che alla ricerca nel campo dello sviluppo infantile, mettendo in evidenza come oggetto cruciale di studio siano le relazioni tra genitore e bambino piccolo, nei loro aspetti clinici. La ricerca evolutiva ha sempre sottolineato l'influenza del genitore sul bambino, tralasciando l'influenza del bambino sul genitore. Una visione bidirezionale del contributo di ciascun partner all'organizzazione della diade comincia a farsi strada solo nell'ultimo cinquantennio con i contributi dell'*Infant research*, ritenendo più vantaggioso affrontare la classificazione dei disturbi precoci da una nuova prospettiva,





ossia quella delle relazioni e dei loro disordini. Dunque, forse non esiste una patologia del bambino piccolo; per ragioni evolutive, il disturbo può essere localizzato soltanto nella relazione madre-bambino (Sameroff ed Emde, 1989): gran parte dei problemi che insorgono nei primi anni di vita possono esser meglio identificati come problemi relazionali (Sroufe, 1989). Una regolazione ben adeguata e appropriata risulta essenziale per lo sviluppo ed il mantenimento di relazioni sane. Ed è proprio per questo motivo che il disturbo della regolazione assume, all'interno della prospettiva dell'*infant research*, un ruolo centrale nei modelli di disturbo relazionale.

E' stato recentemente elaborato un raffinato modello, il *modello sistemico-diadico* (Beebe e Lachmann, 2002), in grado di descrivere il modo in cui la mente si organizza nell'interazione. Nonostante nel primo anno di vita vi sia, all'interno dell'interazione *caregiver*-bambino, una responsabilità asimmetrica, entrambi i partner giungono, attraverso diverse modalità comunicative, a "co-costruire" le interazioni all'interno dello scenario diadico. In tale relazione, madre e bambino "si contestualizzano" a vicenda tramite un sistema di continua e reciproca influenza (Stolorow e Atwood, 1992) in cui, in condizioni ottimali, regolazione e autoregolazione coesistono in un equilibrio dinamico e flessibile, stabilendo, all'interno della diade stessa, forme di "regolazione interattiva" (Beebe e Lachmann, 2002) non necessariamente caratterizzate da simmetria. Ma il ritmo di questo processo maturativo può essere sovvertito da diverse condizioni negative legate al bambino stesso, all'ambiente o ad entrambi, inducendo varianti desincronizzanti anomale. Un normale sviluppo affettivo non può avere luogo quando i genitori sono incapaci di leggere gli indizi affettivi del bambino, e non riescono ad assumere il ruolo di regolatori esterni degli stati emotivi del bambino stesso (Taylor, Bagby e Parker, 1997). Occorre che la madre sia

## IL FALLIMENTO DELLA FUNZIONE GENITORIALE



in grado di "contenere" mentalmente il bambino e che possa dargli delle risposte sia fisiche sia emotive al fine di regolare i suoi sentimenti incontrollabili e riconoscere la sua iniziale consapevolezza dei propri stati emotivi (Bion, 1962; 1965), ossia la sua "posizione intenzionale" (Dennett, 1983). La madre "rifletterà" al bambino la propria comprensione sia dei suoi sentimenti sia delle cause di essi. Questo rappresenta l'aspetto centrale del concetto bioniano di "contenimento", che si spinge oltre il "rispecchiamento", proprio per il fatto che, oltre a "riflettere" lo stato emotivo del bambino, la madre riflette anche la propria capacità di occuparsi di lui senza essere sopraffatta.

Quando tutto va bene nel processo di sviluppo, il bambino internalizza questa funzione trasformatrice (l'originaria capacità della madre di sperimentare i sentimenti del piccolo e di tradurli in una forma tollerabile, mettendo insieme il rispecchiamento degli affetti intollerabili con segnali emotivi che indicano che l'affetto è sotto controllo) divenendo, in tal modo, capace di regolare i propri stati affettivi negativi. Se le caratteristiche personali del bambino risultano invece troppo diverse da quelle che si attende la madre o da quanto ella è capace di sopportare (McDougall, 1989), parti più o meno estese dell'esperienza affettiva vengono "tagliate fuori" dalla comunicazione con la madre, rimanendo escluse dall'integrazione nei modelli affettivi organizzati delle relazioni. Ciò determina un accesso limitato al riconoscimento di una grande varietà di affetti e di emozioni profondamente destabilizzanti. La genesi di quella che Joyce McDougall (1982) defi-

nisce come "anomalia nell'economia dell'affetto" può dunque farsi risalire proprio ad esperienze infantili di attaccamento insicuro (Caretto e La Barbera, 2005). Ciò che risulta quindi fondamentale per la salute psichica del bambino è la presenza di cure materne/genitoriali. Quando la funzione genitoriale fallisce o viene distorta si è in presenza di un particolare tipo di trauma, in cui l'elemento traumatico è generato all'interno di relazioni primarie.

La figura di attaccamento viene usata dal bambino come *rifugio sicuro*, quel 'luogo' protetto a cui fare ritorno quando ci si trova in situazioni stressanti o pericolose. Ma la relazione non deve essere ridotta a quanto viene inter-agito, poiché essa include anche "l'interazione fantasmatica" (Lebovici, 1989), ossia, le fantasie e le aspettative, spesso inconsapevoli, che i genitori proiettano sul figlio e che hanno una grande influenza sulla modalità di regolazione affettiva. Sono proprio queste fantasie a rappresentare gli elementi portanti della relazione; si tratta di quelle fantasie dei genitori che mutano in veri e propri fantasmi e che parassitano il bambino. In determinate situazioni a rischio evolutivo (proiezioni carenziate, idealizzate, danneggiate) accade che le proiezioni genitoriali possono anche costruire dei nuclei indigeribili o che impediscono l'incontro con i bisogni evolutivi del bambino (Manzano, Palacio-Espasa e Zilkha, 1999).

### FALLIMENTO DELLA FUNZIONE GENITORIALE E TRAUMA EVOLUTIVO

Oggi si è concordi nel considerare le diverse forme di maltrattamento come veri e propri eventi traumatici (Di Blasio, 2000). Si tratta di eventi così atroci per cui il bambino che li vive ha come reazione naturale quella di bandirli dalla propria esperienza; degli eventi così terribili da non poter essere espressi ad alta voce: è questo il contenuto semantico del termine "indicibile".

Ma cosa si deve considerare *traumatico*? Attorno a questa domanda si è sviluppato



un dibattito storico le cui origini risalgono al XIX secolo. Bokanowski (2005) mette in evidenza un importante concetto psicoanalitico, che è quello di *traumatismo*. Il traumatismo si riferisce all'impatto psichico di un avvenimento che segna dolorosamente l'esistenza di un individuo; ma può designare anche le *défaillance* delle modalità di gestione dello psichismo del soggetto di fronte ad un evento con valenza disorganizzatrice. Ma poiché la natura delle disorganizzazioni che si generano in conseguenza ad un trauma non è sempre la stessa, parlare in generale di trauma o di traumatico non permette sempre di sapere il livello di psichismo in cui opera la relazione traumatica. Bokanowski (2002) propone, a tal riguardo, una distinzione semantica tra traumatismo, trauma e traumatico. Egli riserva il termine *traumatismo* per descrivere un livello di disorganizzazione che generalmente è di carattere secondario, che cioè non va ad intaccare la relazione d'oggetto, né l'impasto pulsionale, e che si riferisce al traumatismo sessuale della teoria freudiana della "seduzione". Al contrario, il concetto di *trauma* è più adatto a indicare la logica traumatica ad un livello più arcaico, che compromette gli investimenti narcisistici e, conseguentemente, la costituzione dell'io. Inoltre, l'autore propone di utilizzare il termine *traumatico* per descrivere un tipo di funzionamento psichico comune alle due varietà traumatiche, legato a ciò che, dell'impronta traumatica, costringe alla coazione a ripetere.

Quando i soggetti non sono in grado di integrare l'esperienza traumatica nella complessiva consapevolezza personale, si "affezionano" al trauma (Janet, 1919) e la loro personalità sembra come se si fosse arrestata a un certo punto, senza potersi più espandere aggiungendo o assimilando nuovi elementi. L'energia psichica di questi pazienti è prosciugata dagli sforzi per mantenere i ricordi traumatici frammentati fuori dalla coscienza.

Oggi sappiamo che quando un'esperienza traumatica danneggia la struttura del Sé, il soggetto non può più avere un contatto interno con l'esperienza. L'evento traumatico è inconscio nel senso che è conservato in un sistema di memoria dissociato diverso da quello cui attinge la coscienza, in una forma che non può essere elaborata dall'individuo come proprio patrimonio di pensieri e sentimenti.

Freud (Breuer e Freud, 1895) fu il primo ad attribuire il ruolo di causa nella patogenesi di alcuni disturbi mentali ai traumi infantili (egli definì il trauma come una "situazione d'impotenza"). Successivamente, con Ferenczi, la componente ambientale assunse una posizione privilegiata. Il processo traumatico non consiste nell'insediarsi di una rappresentazione patogena nella mente, ma nello sconvolgimento prodotto nell'organizzazione del mondo interno dell'individuo da una relazione per lui significativa (Bonomi e Borgogno, 2001). Il trauma rappresenta un attacco all'essenza stessa della mente, ovvero è un violento attacco alla possibilità di comprendere il senso dell'esperienza. Assumendo tutta la sua profonda valenza psichica, il trauma viene descritto e contestualizzato da Ferenczi nelle relazioni interpersonali dell'individuo con il suo ambien-

te, poiché è infatti determinato dai processi di diniego del significato delle esperienze messi in atto dalle figure adulte da cui il bambino dipende (Borgogno, 1999). Il bambino si arrende quindi all'adulto che lo aggredisce e che ne viola la specificità di bisogni, rinunciando in tal modo al proprio senso di sé, ai propri sentimenti e desideri, dissociando parte della propria esperienza e creando un vuoto che verrà riempito attraverso processi di identificazione con l'aggressore.

Come mette in evidenza Masud Khan (1963) quando definisce il "trauma cumulativo", eventi o situazioni non eclatanti, che potrebbero essere considerati come non traumatici, possono invece determinare un effetto patogeno sul processo di strutturazione dell'io se vengono considerati "retrospettivamente". Ma l'aspetto innovativo della teoria di Masud Khan è la collocazione esterna della barriera che Freud aveva ipotizzato nell'individuo a protezione dall'ambiente, poiché "lo scudo protettivo è rappresentato dalla madre" che prodiga le cure ed il trauma non è altro che il risultato delle tensioni e delle pressioni che il bambino si trova a sperimentare nel contesto della dipendenza del suo io dalla madre. L'attenzione si sposta dunque sulla potenziale influenza patogena





che alcuni eventi possono avere sull'interazione tra corredo del bambino ed ambiente, dando quindi rilevanza a quegli episodi piccoli e ripetuti, nessuno rilevante in sé, ma che acquistano importanza retrospettivamente.

Un'ulteriore elaborazione matura grazie ai teorici dell'attaccamento (Bowlby, 1988). Si passa da una concezione del trauma che tiene conto di componenti quasi esclusivamente intrapsichiche ad una concezione di tipo transgenerazionale (Riva Crugnola, 1999), in cui viene data particolare importanza all'ambiente e alle relazioni del bambino con i *caregiver*: il bambino, nella costruzione della sua soggettività, si incontra con la soggettività e le fantasie dei genitori e ne subisce l'influenza. Ad essere traumatica è l'esperienza non funzionale di attaccamento, che si evidenzia attraverso modalità di comunicazione alterate; sia la mancanza di comunicazione che comunicazioni conflittuali potrebbero contribuire allo sviluppo di una psicopatologia (Bowlby, 1988). Il bambino sembra sviluppare il proprio Sé anche in funzione del rapporto con l'immagine e le fantasie che di lui hanno i *caregivers*. Questo rappresenta un ponte di aggancio tra fantasia ed eventi reali, che permette di rileggere il trauma secondo un punto di vi-

sta che tenga conto soprattutto della relazione reciproca tra bambino e ambiente.

Fatti particolarmente traumatici lasciano l'impronta in un numero minore di gravi disturbi del Sé, rispetto all'atmosfera cronica dominante, che si viene a creare da atteggiamenti fortemente radicati negli oggetti-Sé (Kohut, 1978); e proprio la paura che alcuni genitori possono incutere nei propri figli potrebbe essere alla base di una categoria dell'attaccamento definita "attaccamento disorganizzato/disorientato" che, in breve, avrebbe la sua radice in un paradosso che questi genitori suscitano nei figli: ci sarebbero contemporaneamente attivi due bisogni conflittuali del bambino, che non possono risolversi in termini comportamentali, cioè quello di essere accudi-

to e quindi ricercare il genitore e all'opposto la necessità di evitarlo perché fonte di pericolo. Queste esperienze interattive tra madre e bambino, se il genitore non è stato "fortemente maltrattante", potrebbero non essere consce in età adulta. L'irreperibilità di queste paure consiste proprio nel fatto che la loro origine non è collocabile in nessuna esperienza direttamente traumatica, ma "[...] piuttosto nelle interazioni con una figura di attaccamento sofferente di ricordi parzialmente dissociati e che suscitano paure appartenenti alla sua storia personale" (Main e Hesse, 1992, p. 119); l'origine di queste paure si colloca quindi nel più ampio quadro della relazione tra *caregiver* e bambino.

Oggi si è passati dal considerare il maltrattamento nelle relazioni di attaccamento da fattore patogenetico di rottura dell'lo a fattore traumatico nella costruzione del Sé, in quanto il maltrattamento corrisponde alla componente concreta e agita di un trauma evolutivo. L'aspetto patogeno del trauma non è rappresentato dall'evento in sé, ma dal diniego di cui è artefice l'adulto che lo compie e lo legittima mentre lo mette in atto, poiché in tal modo viene negata al bambino la sua percezione della realtà. Lo sviamento che il genitore impone determina aspetti confusivi; si innesca così un processo traumatico, in cui il bambino è portato difensivamente, dallo stato di confusione che ne deriva, a sottomettersi alla personalità dell'adulto e ad identificarsi con lui (Bonfiglio, 1996). E' dunque un trauma che appartiene al non nominato, ma che è comunque vissuto e sperimentato. Non esistono, dunque, solamente "macrotraumi" (come invece dice il DSM-IV). Vi sono altri traumi che hanno influenza nella psicopatologia (come nel disturbo borderline di personalità e nelle dipendenze patologiche). Oltre ai macrotraumi esiste, dunque, un'altra tipologia di trauma, che è il "trauma relazionale", quella particolare esperienza traumatica che avviene all'interno dei processi evolutivi, e che si confi-





gura come “trascuratezza psicologica” (*neglect*). Un microtrauma non è un vero e proprio trauma, ma traumatica potrebbe essere la costanza con cui tali eventi si ripetono (*trauma cumulativo*: Masud Khan, 1963).

L'essere umano va considerato come un organismo biologico inserito sin dalla nascita in un contesto sociale. Gli episodi in grado di sconvolgere la matrice sociale, soprattutto se precoci, hanno pesanti effetti a lungo termine sia sul funzionamento sociale che biologico dell'individuo (Van der Kolk et al., 1996). Episodi con altissima potenzialità traumatica esistono insieme a tutti quegli eventi che facilmente passano inosservati e verso i quali risulta difficile la prevenzione. Il termine “atmosfera traumatica” sottolinea egregiamente l'impatto dei traumi cronici. Episodi traumatici distinti e isolati possono produrre moderate risposte biologiche e comportamentali pur non coinvolgendo necessariamente l'identità della persona nella sua totalità. Il *neglect*, d'altro canto, sembra avere un effetto più pervasivo sui processi regolatori biologici e psicologici, senza necessariamente produrre effetti discreti. Col passare del tempo, la perdita della “base sicura” può generare fenomeni più devastanti proprio per il fatto che il sussidio esterno rappresenta una condizione necessaria per apprendere l'uso della regolazione degli stati affettivi interni e delle risposte comportamentali agli stressor esterni (Van der Kolk et al., 1996). Un *caregiver* “sufficientemente buono” può controbilanciare le esperienze traumatiche esterne, proprio per la necessità del bambino di internalizzare esperienze positive. Ma quando, all'interno della diade primaria non viene rispettata l'“asimmetria dei ruoli” adulto-bambino, ciò che risulta traumatica è la stessa relazione genitoriale, in cui l'elemento traumatico è costituito dal sovrappiamento delle esigenze del piccolo con i bisogni dell'adulto, che non rispetta i suoi bisogni di tenerezza e ne distorce la richiesta (Marti-

netti e Stefanini, 2003). Il trauma che in questo modo emerge nella storia evolutiva provoca quello che potremmo definire un *soul murder* (assassinio dell'anima) del bambino, con la privazione per il piccolo di qualcosa di suo per diventare depositario di qualcosa di alieno, un “nucleo indigeribile”, innescando un processo identificatorio che rimane estraneo al bambino e che porta quest'ultimo a deformare il corso stesso del suo sviluppo.

Il fallimento o la distorsione della funzione genitoriale ci pone pertanto al cospetto di un particolare tipo di trauma, definito *trauma evolutivo* (Van der Kolk, 2005), in cui l'elemento traumatico è collocato all'interno di relazioni primarie. Quindi, il trauma è qui da intendersi come la rappresentazione emotiva di una esperienza non simbolizzabile all'interno delle relazioni primarie (Caretto, Craparo, Ragonese e Schimmenti, 2005).

Per quanto riguarda il problema del fornire una definizione generale inerente la violenza ai danni dell'infanzia, il Child Protection Register inglese (Gibbons, Conroy e Bell, 1995) nel 1991 ha adottato la seguente classificazione delle “tipologie di abuso”: (1) *Neglect* (trascuratezza): persistente o grave negligenza ai danni del bambino, o insuccesso nel proteggerlo dall'esposizione a pericoli di varia natura, o insuccesso in alcune importanti aree dell'allevamento che possono comportare un danno significativo per la salute o per lo sviluppo, incluso un ritardo della crescita in assenza di cause organiche; (2) *Physical Injury* (maltrattamento fisico): maltrattamento fisico che implica un danno o il fallimento nel prevenirlo; (3) *Sexual Abuse* (abuso Sessuale): implica lo sfruttamento

sessuale di un bambino o adolescente; (4) *Emotional Abuse* (abuso emozionale): detto anche maltrattamento psicologico, fa riferimento a continui maltrattamenti emotivi e atteggiamenti di rifiuto e di denigrazione che comportano delle conseguenze negative sullo sviluppo affettivo e comportamentale.

### TRAUMA EVOLUTIVO, DISSOCIAZIONE E DEFICIT DELLA FUNZIONE RIFLESSIVA

Le esperienze traumatiche provocano nei bambini una scissione tra il *Sé-che-osserva* e il *Sé-che-esperisce*, provocando la sensazione di uscire al di fuori del proprio corpo e di osservare quanto accade dall'esterno, da lontano (van der Kolk et al., 1996). Quanto avviene a questi bambini è un particolare modo di organizzare le informazioni che prende il nome di “dissociazione”, un fenomeno che si genera come difesa contro le emozioni eccessive e sopraffacenti prodotte da esperienze traumatiche, che non possono essere affrontate e integrate nell'esperienza della coscienza ordinaria (Caretto e La Barbera, 2005). La dissociazione permette quindi di far scivolare i dati emotivi e sensoriali legati al trauma in una sorta di “buco nero della mente”. Quando i processi dissociativi sono messi in moto da un trauma, essi non sono una difesa attiva della mente dalle conseguenze psicologiche dell'evento traumatico, ma sono proprio essi stessi le vere conseguenze. Le esperienze dissociative, dunque, non sono altro che l'effetto delle operazioni di frammentazione mentale che il bambino elabora al fine di alterare una realtà che a lui risulta indesiderata e contraddittoria e in cui lui si trova a vivere; ciò nel tentativo di delimitare settori separati (sia mentali che affettivi), in modo che vi possano coesistere immagini confuse e contrastanti di sé e del *caregiver* artefice della trascuratezza.

Come mette in evidenza Bromberg (1998), la psiche non ha origine come un tutto unitario, ma come una struttura che,





nel suo evolversi, comprende una molteplicità di stati del Sé che, in condizioni di sviluppo ottimali, “[...] acquisiscono un sentimento di coerenza che regola la consapevolezza della discontinuità” (p. 178). La dissociazione assume, dunque, le sembianze di un mezzo attraverso cui l’essere umano è in grado di mantenere continuità, coerenza e integrità del senso di Sé, e che ha origine da un’insieme di Sé relativamente isolati tra loro. In presenza di un percorso evolutivo caratterizzato dalla presenza di un *caregiver* capace di consentire transizioni di stato non traumatiche grazie ad un processo di regolazione reciproca, il bambino può facilmente ignorare (e dunque tollerare) la presenza di stati diversi del Sé, in quanto questi ultimi funzionano come parte di un Sé unitario. Nel momento in cui questa illusione di unitarietà subisce la minaccia da una situazione o da un evento traumatico, essa può divenire un ostacolo, “[...] perché rischia di essere sopraffatta da informazioni che non è in grado di elaborare simbolicamente [...]” Quando l’illusione di unitarietà è troppo pericolosa per essere mantenuta, vi è un ritorno alla semplicità della dissociazione come una risposta difensiva alla potenziale ripetizione del trauma” (p. 212).

Trauma e dissociazione, in un certo senso, si definirebbero nella loro interazione reciproca: un trauma psicologico è tale in quanto determina dissociazione dei processi psichici (Liotti 2005). Spesso la dissociazione viene vista come una difesa nei confronti di sentimenti, che possono divenire travolgenti, generati dall’evento catastrofico; una difesa adattiva, messa in moto in risposta a un elevato livello di stress o a un trauma, che ha come caratteristiche principali la perdita di memoria e la sensazione di distacco da se stessi o dal proprio ambiente (Steinberg e Schnall, 2001). Ma esiste una visione alternativa, che vede la dissociazione non come una difesa, ma come manifestazione, alla sua prima comparsa, di una sottile disorganizzazione del

funzionamento cerebrale, prodotta dall’effetto travolgente delle emozioni associate con l’evento traumatico. Nonostante ciò, chi ha provato la dissociazione una volta, successivamente può essere capace di produrre nuovamente questa esperienza a scopo protettivo. Ma non si può affermare che ogni volta che si ricorra alla dissociazione, essa rappresenti la messa in atto una modalità difensiva; è, invece, possibile che “[...] l’esperienza traumatica precedente crei una vulnerabilità che conduce alla ricorrenza” (Meares, 2000, p. 64). Ciò trova conferma nel fatto che gli individui esposti a traumi tendono a dissociare con una probabilità assai maggiore rispetto ai soggetti non esposti.

Tutti i ricordi traumatici simili vanno a costituire quello che l’autore chiama “sistema di memoria traumatica” (Meares, 2000), un sistema di memoria che sta al di fuori della consapevolezza e che viene riattivato ogni qual volta si presentino degli stimoli esterni che hanno una certa somiglianza col trauma originario. È possibile considerare, dunque, la dissociazione come un *rifugio della mente* (Steiner, 1993) in cui si trova riposo, in cui è cioè possibile dimenticare il conflitto in corso e le emozioni di sofferenza e di tensione ad esso relative. Creare stati alterati di coscienza, quindi dissociarsi, ha dunque sia uno scopo difensivo che integrativo nella relazione con la realtà. Ma questa funzione può diventare maligna, patologica, nel momento in cui diventa essa stessa il modo di esse-

re della persona, fino al punto di produrre una forma di dipendenza a cui un soggetto ricorre continuamente a discapito del rapporto con la realtà. Scopo dei rifugi della mente è quello di neutralizzare, controllare ed elaborare l’angoscia di morte e l’ansia di tipo primitivo. Ma nei soggetti in cui i conflitti collegati al trauma infantile (abuso sessuale, violenza, lutti, *neglect* del *caregiver*) rappresentano una ferita permanente e disturbante, quel rifugio che si cerca nella dissociazione perde le sue possibilità protettive (Caretto e La Barbera, 2005), generando una vasta gamma di manifestazioni psicopatologiche.

Le esperienze traumatiche provocano un indebolimento della funzione riflessiva, poiché riconoscere lo stato mentale dell’altro risulta pericoloso per il bambino: la paura di poter ravvisare l’odio del genitore abusante porta il bambino a vedere se stesso come una persona senza valore che non merita amore. Attraverso questa modalità distorta, il bambino si trova a sviluppare delle rappresentazioni inappropriate degli stati mentali, che favoriscono l’utilizzo della scissione della rappresentazione dell’altro. Il genitore, non riuscendo a pensare all’esperienza mentale del bambino, lo priva della base per lo sviluppo di un senso del Sé. Pertanto, quando nell’adolescenza e nell’età adulta le esperienze riatriveranno vissuti d’assenza, questi non potranno essere mentalizzati. L’alessitimia viene a rappresentare quindi un meccanismo di difesa nei confronti di aggressioni,





esterne ed interne, vissute durante l'infanzia. Il rischio che corrono i bambini maltrattati è quello di non riuscire a trovare il proprio essere intenzionale nella mente del caregiver, rischiando così uno scarso sviluppo del processo di mentalizzazione (Fonagy e Target, 2001).

La probabilità che il trauma venga risolto è maggiore quando vi è una relazione d'attaccamento sensibile che fornisce le basi intersoggettive per lo sviluppo della capacità di mentalizzazione. Quando, invece, la trascuratezza porta ad un'inibizione difensiva della mentalizzazione, ne conseguono gravi distorsioni della personalità. Il campo d'azione del trauma evolutivo è dunque su due livelli: innanzitutto disincantava fortemente il bambino ad assumere la prospettiva degli altri; in secondo luogo, depriva il bambino della capacità di comprendere adeguatamente una situazione interpersonale (Fonagy, Steele, Steele, Higgitt, Target, 1994).

### IPOTESI DI INTERVENTO CLINICO

Sulla base di quanto detto finora, l'intervento clinico con un soggetto "traumatizzato" dovrebbe essere, dunque, mirato a rendere coscienti i processi cognitivo-affettivi alla base dei meccanismi dissociativi (ovvero di fuga dallo stato di coscienza ordinario), a sviluppare e incentivare nel soggetto stesso la capacità di regolazione degli affetti, rendendolo capace di identificare ed esprimere le proprie emozioni e, infine, a favorire l'elaborazione delle memorie traumatiche.

Tale processo consente di aiutare il paziente a sviluppare quelle capacità di riconoscimento e mentalizzazione delle emozioni alla base di un adeguato senso di coesione del Sé, favorendo altresì il dispiegamento di funzioni "ri-simbolizzanti" e/o 'neo-simbolizzanti' capaci di contrastare le dinamiche antisimboliche attivate dalle tensioni intollerabili mai simbolizzate nelle relazioni con i caregiver originali. Questo aspetto costituisce pertanto un elemento

fondamentale nella prassi terapeutica, poiché impianta la base relazionale entro cui può iscriversi la trasformazione dell'evento traumatico (Flores, 2004).

### ■ BIBLIOGRAFIA

– American Psychiatric Association (2000), *DSM-IV-TR. Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali*, Masson, Milano 2002.

– Beebe, B., Lachmann, F.M. (2002), *Infant research e trattamento degli adulti*, Raffaello Cortina, Milano 2003.

– Bion, W.R. (1962), *Apprendere dall'esperienza*, Armando, Roma 1972.

– Bion, W.R. (1965), *Trasformazioni*, Armando, Roma 1973.

– Bokanowski, T. (2002), "Traumatisme, traumatique, trauma", *Revue Française de Psychanalyse*, 66, 3, pp. 743-755.

– Bokanowski, T. (2005), "Variazioni sul concetto di "traumatismo": traumatismo, traumatico, trauma", *Rivista di Psicoanalisi*, 2005, LI, 2, pp. 491-506.

– Bonfiglio, B. (1996), "Il trauma tra Freud e Ferenczi", in *Rivista di Psicoanalisi*, XLII, 4, pp. 629-647.

– Bonomi, C., Borgogno, F. (a cura di) (2001), *La catastrofe e i suoi simboli. Il contributo di Sandor Ferenczi alla teoria psicoanalitica del trauma*, Libreria UTET, Torino.

– Borgogno, F. (1999), *Psicoanalisi come percorso*, Bollati Boringhieri, Torino.

– Bowlby, J. (1988), *Una base sicura. Applicazioni cliniche della teoria dell'attaccamento*. Raffaello Cortina, Milano 1989.

– Breuer, J., Freud, S. (1895), "Studi sull'isteria", in Freud, S., *Opere*, vol. I, Bollati Boringhieri, Torino 1967.

– Bromberg, P.M. (1998), *Clinica del trauma e della dissociazione. Standing in the Spaces*. Tr. it. Raffaello Cortina, Milano 2007.

– Caretti, V., Craparo, G., Ragonese, N., Schimmenti, A. (2005), "Disregolazione affettiva, trauma e dissociazione in un gruppo non clinico di adolescenti. Una prospettiva evolutiva", *Infanzia e Adolescenza*, 4/3, 2005, pp. 170-178.

– Caretti, V., La Barbera, D. (2005), "Introduzione all'edizione italiana", in Putnam, F.W. (2001), *La dissociazione nei bambini e negli adolescenti. Una prospettiva evolutiva*, Astrolabio, Roma 2005, pp. 7-11.

– Dennett, D.C. (1983), *Styles of Mental Representation. Proceedings of the Aristotelian Society*, Aristotelian Society, London, pp. 213-226.

– Di Blasio, P. (2000), *Psicologia del bambino maltrattato*, Il Mulino, Bologna.

– Flores, P.J. (2004), *Addiction as an attachment disorders*, Jason Aronson, New York.

– Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E.L., Target, M. (2002), *Regolazione affettiva, mentalizzazione e sviluppo del Sé*, Cortina, Milano, 2005.

– Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., Higgitt, A., Target, M. (1994), "Theory and practice of resilience", in *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35, pp. 231-257.

– Fonagy, P., Target, M. (2001), *Attaccamento e funzione riflessiva*, Raffaello Cortina, Milano.

– Fonagy, P., Target, M. (2003), *Psicopatologia evolutiva*, Raffaello Cortina, Milano 2005.

– Gibbons, J., Conroy, S., Bell, C. (1995), *Operating the Child Protection System*, London, HMSO Publication.

– Janet, P. (1919), *La medicina psicologica*, Vol. I, Il Pensiero Scientifico, Roma 1994.

– Khan, M. (1963), "The concept of cumulative trauma", in *The Psychoanalytic Study of the Child*, 18, pp. 283-306.

– Kohut, H. (1978), *La ricerca del Sé*, Bollati Boringhieri, Torino 1981.

– Lebovici, S. (1989), "I legami tra le generazioni. Le interazioni fantasmatiche", in Lebovici, S., Weil-Halpern, F., *Psicopatologia della prima infanzia*, Bollati Boringhieri, Torino 1994.

– Liotti, G. (2005), "Trauma e dissociazione alla luce della teoria dell'attaccamento", in *Infanzia e adolescenza*, 3, pp. 130-144.

– Main, M., Hesse, E. (1992), "Attaccamento disorganizzato/disorientato nell'infanzia e negli stati mentali dissociati dei genitori", in Ammaniti, M., Stern, D.N. (a cura di), *Attaccamento e psicoanalisi*, Laterza, Roma-Bari, pp.86-140.

– Manzano, J., Palacio-Espasa, F., Zilkha, N. (1999), *Scenari della genitorialità*, Raffaello Cortina, Milano 2001.

– Martinetti, M.G., Stefanini, M.C. (2003), "Deficit delle capacità genitoriali e trauma evolutivo nei figli. Possibili aree di vulnerabilità nei processi evolutivi", in *Richard e Piggie*, 11, 2, 2003.

– McDougall, J. (1982), *Teatri dell'io*, Raffaello Cortina, Milano 1988.

– McDougall, J. (1989), *Teatri del corpo*, Raffaello Cortina, Milano 1990.

– Meares, R. (2000), *Intimità e alienazione. Il Sé e le memorie traumatiche in psicoterapia*, Raffaello Cortina, Milano 2005.

– Riva Crugnola, C. (1999), *La comunicazione affettiva tra il bambino e i suoi partner*, Raffaello Cortina, Milano.

– Sameroff, A.J., Emde, R.N. (a cura di) (1989), *I disturbi delle relazioni nella prima infanzia*. Bollati Boringhieri, Torino 1991.

– Siegel, D.J. (1999), *La mente relazionale*, Raffaello Cortina, Milano 2001.

– Sroufe, L.A. (1996), *Lo sviluppo delle emozioni: i primi anni di vita*, Raffaello Cortina, Milano 2000.

– Steinberg, M., Schnall, M. (2001), *La dissociazione. I cinque sintomi fondamentali*, Raffaello Cortina, Milano 2006.

– Steiner, J. (1993), *I rifugi della mente*, Bollati Boringhieri, Torino 1996.

– Stolorow, R.D., Atwood, G. (1992), *I contesti dell'essere. Le basi intersoggettive della vita psichica*, Bollati Boringhieri, Torino 1995.

– Taylor, G.J., Bagby, R.M., Parker, J.D.A. (1997), *I disturbi della regolazione affettiva*, Fioriti, Roma 2000.

– Van Der Kolk, B.A. (2005), "Developmental Trauma Disorder. Toward a rational diagnosis for children with complex trauma histories", *Psychiatric Annals*, 35/5, pp. 401-410.

– Van Der Kolk, B.A., McFarlane, A.C., Weisaeth, L. (a cura di) (1996), *Stress traumatico. Gli effetti sulla mente, sul corpo e sulla società delle esperienze intollerabili*, Magi, Roma 2004.

– Winnicott, D.W. (1965), *Sviluppo affettivo e ambiente*, Armando, Roma 1970.



# PSICOLOGIA ANALITICA E CURA DELLE PSICOSI

SI AMA QUELLO  
CHE COLPISCE,  
E SI È COLPITI  
DA CIÒ CHE NON  
È ORDINARIO

ARISTOTELE

**FERDINANDO TESTA**  
PSICOLOGO-PSICOTERAPEUTA

Il modello analitico junghiano nella cura delle psicosi si pone indubbiamente come una strategia terapeutica che parte dalla realtà psichica del paziente come una base sicura per esplorare la dimensione psicopatologica fatta di deliri, allucinazioni paradossi e metafore, rispettando l'autenticità del rapporto umano come condizione indispensabile in ogni processo di cura e di trasformazione.

L'attenzione alla realtà psichica del paziente nella concezione junghiana non è da intendersi avulsa dal contesto socio-relazionale, secondo una visione anacronistica ed astorica come spesso si ritiene, perpetuando una scissione tra la sfera interna ed esterna, sociale ed individuale, piuttosto che cogliere la complessità e la poliedricità della personalità umana, considerata come sintesi di coscienza ed inconscio, affettività e cognitivà, individuale e relazionale, pensiero e sentimento, sensazione ed intuizione secondo le ipotesi tipologiche avanzate da C.G. Jung.

Questa premessa risulta necessaria ed importante in quanto contribuisce sgombrare il campo terapeutico e psichiatrico da una visione della psicoanalisi junghiana ritenuta a torto metafisica, mistica, astorica e non in grado di curare la dimensione psicopatologia, rimuovendo il lavoro

personale e concettuale di Jung che da buon psichiatra e poi da psicologo analista. Jung si è occupato durante la sua vita delle psicosi, arricchendo i suoi lavori scientifici col materiale comparato derivante dalla dimensione simbolica e mitica così importante in una welthaschung del disagio mentale grave, impregnato di simboli ed immagini archetipiche che hanno invaso la coscienza, destrutturato l'io rimasto ancorato nel labirinto della follia.

Pertanto di fronte al mondo della psicosi, possiamo dire con il linguaggio metaforico, il viaggio dell'io si è arenato e incastrato nei frammenti di una personalità scissa, frantumata ed il Sé come se si fosse ritirato in un labirinto sempre più popolato da un minotauro che tormenta il pensiero, la ragione, le emozioni e i sentimenti di chi vive di relazioni sociali distorte, fantasie letteralizzate, metafore scambiate per realtà tangibile e paure ad inserirsi e a vivere la realtà esterna e la dimensione del sociale.

In tale ottica il lavoro con le immagini patologizzate, la conoscenza e l'elaborazione da parte del terapeuta della dimensione transferale e controtransferale all'interno del setting terapeutico, l'utilizzo di strategie riabilitative legate alla sfera delle immagini (l'arte terapia, il disegno, la pittura, il gioco della sabbia, l'analisi dei sogni) sono elementi fondamentali per conoscere, comprendere e curare.

Accanto a ciò è importante fare una analisi della dimensione istituzionale e grupale di cui la psicosi vive ed è organizzata, per costruire progressivamente un progetto terapeutico riabilitativo che muovendosi lungo l'asse di una continuità affettiva e cognitiva permette di restituire al paziente diritto di cittadinanza, dignità e dimensione teleologica, avendo smarrito l'unità del proprio Sé nei meandri di disfunzioni organiche ed esistenziali.

Lavorare con la clinica, la sofferenza, il dolore, l'angoscia di esistere che i pazienti psicotici portano sotto forma di sintomi, immagini, sogni, deliri, allucinazioni e di





*Nella foto a sinistra  
Carl Gustav Jung.*



ciò che è racchiuso nelle pieghe di una vita allontanatosi da Eros e approdata nelle braccia di Thanatos, è una scommessa ardua per ogni operatore della Psiche che oltre ad affidarsi alla dimensione e alla ricerca farmacologica, può e deve integrare la propria funzione battendo nuovi sentieri che partendo dalla realtà psichica del paziente allargano e completano l'orizzonte con la dimensione sociale e l'inserimento lavorativo.

In tal senso allora l'intervento a cui fa riferimento il modello analitico, sperimentato ed aggiornato quotidianamente nella prassi clinica, e non solo nella stanza analitica, nel confronto teorico e dialettico con i diversi orientamenti, si pone come obiettivo la restitutio ad unum, quest'ultimo intesa in una concezione globale dell'unione del soggetto con se stesso e col mondo esterno di cui fa parte.

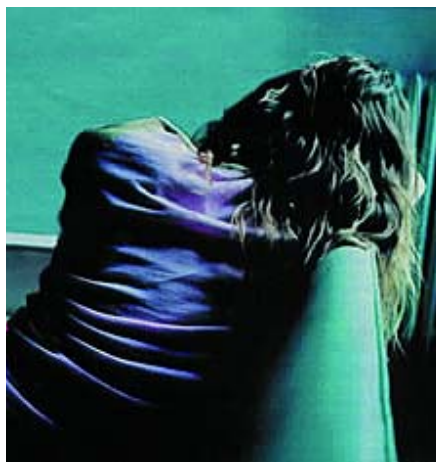
Nella dimensione concettuale e terapeutica della psicologia analitica il lavoro con le immagini si pone come una sorte di spartiacque che caratterizza la specificità e l'identità della clinica junghiana, terreno di incontro col mondo delle psicosi, avvicinandosi al mondo dei deliri e delle allucinazioni come aspetti fenomenologici dove la dimensione personale si interseca con quella archetipica e il senso della propria esistenza ha potuto trovare un contenitore forse unicamente attraverso la voce dei deliri e delle immagini patologizzanti.

In tal senso le immagini accompagnano

lungo il viaggio della vita, albergano nei ricordi delle storie prive di fiducia e di amore e possono condurre alla follia oppure rappresentare una ancora di salvezza in un mare tempestoso su una nave senza nocchiero. Questa l'esperienza d'incontro con le immagini dello psichiatra zurighese C.G. Jung nella sua autobiografia "Ricordi, Sogni e Riflessioni", esperienza fortemente inquietante e collegata al suo lavoro con i pazienti schizofrenici:

"Finché riuscivo a tradurre le emozioni in immagini, e cioè a trovare le immagini che in esse si nascondevano, mi sentivo interiormente calmo e rassicurato. Se mi fossi fermato alle emozioni, allora sarei stato distrutto dai contenuti dell'inconscio. Forse avrei anche potuto scrollarmele di dosso, ma in tal caso sarei caduto inesorabilmente in una nevrosi, e alla fine i contenuti mi avrebbero distrutto ugualmente. Il mio esperimento mi insegnò quanto possa essere d'aiuto - da un punto di vista terapeutico - scoprire le particolari immagini che si nascondono dietro le emozioni." (Jung)

Sperimentare e poi acquisire, attraverso l'immersione nelle acque profonde ed agitate della dimensione interiore, la consapevolezza di come la conoscenza della di-



mensione immaginale nel terapeuta possa accanto ad una adeguata e costante formazione e supervisione condurre il paziente verso la possibilità della trasformazione e del processo di individuazione, sembra porsi come una delle molteplici conseguenze da trarre dal pensiero di Jung così importante e fondamentale nella psicoterapia della schizofrenia, dal momento che le emozioni congelate o vulcaniche nella dimensione psicotica hanno prodotto una scissione col mondo delle immagini e delle rappresentazioni simboliche, avendo come conseguenza la destrutturazione della dimensione cognitiva E' in questa area che il terapeuta della psicosi deve penetrare, seguendo le proiezioni inconscie (immagini patologizzate e simboli psicotici) del paziente e correre il rischio di farsi toccare e trasformare, riuscendo a reggere alla rabbia e all'odio devastante che si incontra ogni volta che gli attacchi al legame fanno la loro comparsa sulla scena terapeutica, in attesa che un simbolo creativo, un sogno, un disegno, una immagine transferale e controtransferale indichi l'albeggiare di un nascente pensiero nato dalle ceneri di una fenice, una coscienza integrata e non più inflazionata dalle forze pulsionali dell'inconscio: "Ars requirit totum hominem (l'arte esige ed impegna tutto l'uomo) è detto in un trattato. La partecipazione reale, che va ben oltre la routine professionale, non è soltanto richiesta ma imposta in casi del genere, a meno che si preferisca porre in forse tutta quanta l'opera intrapresa per eludere il problema personale, che si intravede con crescente evidenza. Occorre in ogni caso raggiungere il limite delle possibilità soggettive, perché in caso contrario anche il paziente non può percepire i propri limiti" (Jung).

Quante volte in ambito psicotico i pazienti non vogliono mai guardare, né alzare lo sguardo (penso a certe forme acute di schizofrenia paranoide dove il sociale è percepito come un occhio vigile ed atten-



to) ma pur fissandoti non vedono, non guardano, ma si perdono negli occhi dell'altro senza incontrarsi mai? E quante volte si assiste a forme di autoaggressività (penso a certi casi di mutilazione corporea in episodi acuti di schizofrenia), non per aprire una feritoia verso l'altro, ma per autopunirsi e torturare un corpo morto che tenta di imprimere energia e contatto ad una vita scelta nella solitudine incistata in se stessi? E quante volte la presenza di aspetti ostili e distruttivi vengono proiettati verso l'altro che diventa un ricettacolo colorato per quello che illusoriamente si desidera non per quello che veramente appare, attuando il meccanismo dell'identificazione proiettiva così pericoloso e presente in ambito patologico, come patologie dei disturbi di personalità di tipo borderline.

Il lavoro con tale dimensione immaginale e simbolica, nella cura delle psicosi acquista una valenza terapeutica-riabilitativa per comprendere le oscillazioni della psiche interna del paziente, fornendo delle ipotesi operative anche per quanto riguarda la sfera esterna e relazionale. Occorre sottolineare che l'utilizzo della dimensione simbolica e delle tecniche immaginative non deve intendersi in maniera afinalistica e spontaneistica ma deve essere contestualizzato all'interno del setting terapeutico e nell'analisi controtransferale e della dimensione transferale del paziente, dal momento che la relazione terapeutica diventa la cartina di tornasole per verificare ed indirizzare il lavoro terapeutico.

Questa è una conoscenza che deriva dalla sintesi tra l'esperienza e la riflessione concettuale, dal confronto tra le abilità terapeutica e lo corpus epistemologico, accompagnata dalla messa in gioco da parte del terapeuta e dalla sua capacità di reggere agli aspetti distruttivi presenti nella patologia psicotica, rispettando l'autenticità del rapporto umano e la realtà psichica del paziente.

In una dimensione terapeutica dove si privilegia la visione simbolica, allora forse



uno dei compiti che si pone la psicoterapia della schizofrenia è quello di trovare la luce nelle tenebre angoscianti, facendo nascere l'albeggiare della coscienza attraverso la formazione del simbolo come elemento di mediazione tra l'ignoto e il noto, dal momento che:

“Il simbolo schizofrenico è un tentativo mal riuscito di integrazione tra l'interno e l'esterno, l'inconscio e il conscio. Infatti in esso si manifesta non solo l'inconscio, ma anche la difesa contro di esso, manca soprattutto l'io come forza integrativa, manca la sua capacità a distinguere fra significato e significante, per cui il simbolo appare spesso concretizzato. E manca l'orizzonte prospettico del simbolo in cui si immette il divenire della persona” (Gullotta). Al simbolo schizofrenico, terreno argilloso, spinoso, friabile, seducente e pericoloso, portatore di una sofferenza non trasformativa che segue i ritmi della coazione a ripetere, luogo in cui Thamatos ha preso il sopravvento su Eros, il terapeuta deve aggungere con la propria presenza, una funzione simbolica che si pone come Altro diverso da Sè (in senso cognitivo, affettivo e relazionale) rispetto ad un mondo psicotico fatto di apodittività, assolutezza del dogmatismo delirante e soprattutto lasciare intravedere la disponibilità al dialogo, allo scambio, alla ricerca e all'incertezza come valori alternativi al pensiero onnipotente:

“Il simbolo terapeutico è così una figurazione, una libera associazione, una fantasia, un sogno, in cui non solo avviene l'incontro ma viene anche integrato l'inconscio del paziente con quello del terapeuta. Il simbolo terapeutico dice al paziente

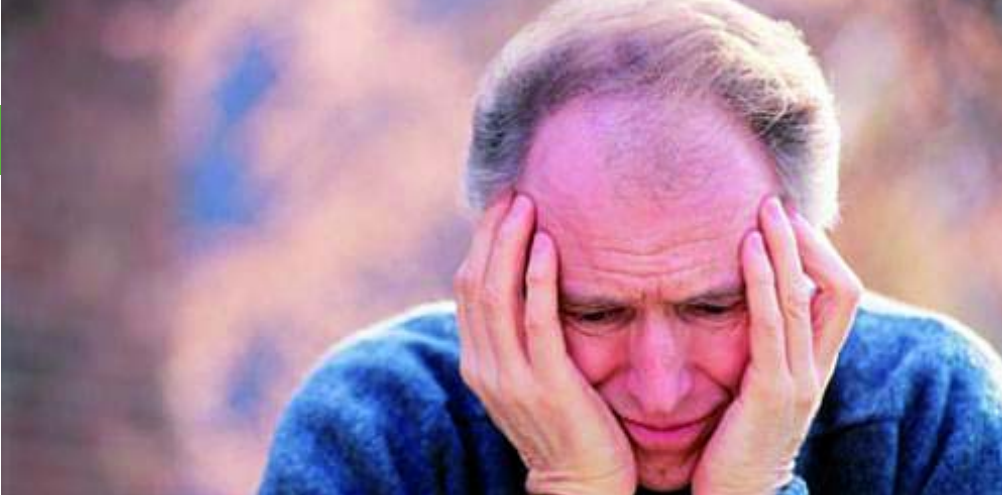
quello che egli significa per il terapeuta” (Gullotta).

In questo senso mi sembra importante evidenziare il ruolo dell'immaginazione all'interno della dimensione psicoterapeutica, contribuendo a fare chiarezza epistemologica in un campo così complesso soggetto a molteplici connessioni che investono ambiti di intervento variegati, come ben chiarisce Jung:

“Quando parlo di immagini non intendo la riproduzione psichica dell'oggetto esterno, quanto piuttosto una concezione proveniente dal linguaggio poetico, cioè l'immagine fantastica che si riferisce solo e indirettamente alle percezioni dell'oggetto esterno. Questa immagine si basa piuttosto sull'attività fantastica inconscia”. (Jung)

Questa affermazione di Jung, derivante anche dalla sua pratica clinica con la psicosi si pone come spartiacque tra il mondo della percezione e quello dell'immaginazione; i pazienti psicotici pur essendo inflazionati da immagini arcaiche, archetipiche e destrutturanti, hanno perduto la funzione di immaginare, ovvero di rifarsi ad una dimensione creativa che esiste al loro interno, strettamente correlata alla possibilità di progettare e immaginare il proprio futuro. L'immaginazione è quindi da intendersi come attività creative, forza propulsiva che spinge e conduce l'individuo a mettersi in gioco e a valorizzare la dimensione interna non solo come portatri-





ce di aspetti distruttivi e mostruosi, ma anche come possibilità di immaginare e non fantasticare la possibilità che ci possa essere uno spazio per la trasformazione del proprio passato in una storia riscritta in un altro modo, con un altro significato che sia quello dell'unione e non della frantumazione schizofrenica.

Avere la possibilità di sperimentare e percepire il proprio spazio psichico anche come luogo dove le immagini del sogno e della psiche possono esistere accanto a deliri ed allucinazioni, significa incominciare a fare strutturare nel paziente la nascita della funzione simbolica, modificare gli aspetti cognitivi incistati in una patologia destrutturata che non permette la formulazione di un pensiero unito alla dimensione affettiva e far nascere la presa di coscienza di essere in un mondo di relazioni e di significati semantici ed affettivi condivisibili, per creare costruttivamente, dialogicamente e dialetticamente il rapporto tra dentro e fuori, realtà psichica e realtà sociale, Sè e altro da sè, individuale e grupale.

Ma come ogni terapeuta della schizofrenia sa che occorre nel lavoro con la Psiche stare con un piede dentro e uno fuori, ascoltando le propria equazione personale facendosi costellare dalle fantasie inconsce del paziente, per poi potere elaborare ed avere coscienza di ciò che sta accadendo nella relazione terapeutica e nella vita interna e con una grande attenzione alla vita esterna del paziente. Questo gli permette di avere la comprensione prospettica del processo dando un senso reale a quello che sta avvenendo affinché la nascente coscienza nel paziente possa dialetticamente dialogare con l'inconscio senza esserne come nella psicosi sopraffatta a diventare, metaforicamente parlando, un'isola che va alla deriva.

Solo l'integrazione di ciò è che racchiuso nell'ombra della propria storia e nel trauma

subito di non essere più amati può dare luce e trasformare il disagio psicotico mutatico in una sofferenza che ha parola, può essere raccontato e condiviso col terapeuta, liberandosi, miticamente parlando, dell'uroboros (il serpente che si nutre della propria coda) per passare dalla fusione indifferenziata dell'idealizzazione onnipotente-impotente alla differenziazione degli opposti, alla nascita dello Io-Tu, alla coscienza che si autoriflette nella solidità psichica di un corpo metaforico e di una relazione autentica.

Ma cosa succede nella stanza terapeutica, tra il paziente ed il terapeuta quando dopo mesi di lavoro analitico si attivano le immagini, incomincia a nascere una forma, una traccia dipinta sulla tela dell'esistenza dei rapporti umani e prende corpo il calore dell'intimità e non il fuoco vulcanico che desertifica le zone dello incontro con l'altro. Perché questo può succedere ai pazienti psicotici che hanno subito e a volte scelto per tanti motivi la strada del freddo anzi come mi raccontava una paziente in un sogno:

"Scalavo una montagna bianca di ghiaccio. Arrivavo sulla cima e mi mettevo a riflettere".

Questo sogno raccontato da una paziente psicotica veniva portato nell'incontro terapeutico dopo mesi di lavoro a cogliere i



frammenti di parole, emozioni avvolte in nuvole tenebrose e lasciate con grande inconsapevolezza fuori dalla porta del setting, come momento in cui il contatto con l'Altro diverso da Sé poteva avvenire per poi allontanarsi e ritornare non nel gelo, ma nel vuoto più assoluto, nel nulla dove le parole non hanno esistenza e il pensiero ha abdicato di fronte all'irrealtà e alle fantasie inconsce permeate dal connubio delirante onnipotenza-impotenza. Mentre la paziente con non poca riluttanza aveva disegnato il sogno, lasciando una traccia concreta e visibile nel rapporto con l'Altro, e questo avveniva per la prima volta, mi ritornavano alla mente, nella pratica clinica, dopo aver vissuto "l'impatto estetico", (Resnik) le parole di Rilke, quando affermava a proposito dell'arte in rapporto alla sofferenza: "La bellezza non è niente altro che l'inizio del terrore". (Rilke).

La fascinazione di certe psicosi pertanto nasconde al proprio interno il rovescio della medaglia rappresentato dal terrore di non esistere e di essere disgregato nel proprio Sé, in frammenti scissi e proiettati angosciosamente in oggetti inanimati.

La creazione di un setting terapeutico strutturato e di un progetto terapeutico riabilitativo si deve muovere in un tempo cronologico a termine, con obiettivi ben definiti e non indeterminati, non perpetuando una concezione atemporale della riabilitazione, con la cosapevolezza dell'importanza di lavorare con aree di intervento da quella familiare a quella socio-lavorativa, da quella cognitiva alla dimensione psichica interna.

In tale ottica il lavoro con l'attività immaginativa, in particolare il sogno si pone come un indicatore prezioso fornito dall'inconscio, ponendosi come una sorta di auto-diagnosi della realtà psichica, facendo comprendere che in questa storia si era intrapreso un lungo viaggio nel mondo della psicosi e che occorreva attenzione, prudenza, pazienza poiché ciò che era stato seppellito per tanto tempo si affacciava a



## PSICOLOGIA ANALITICA E CURA DELLA PSICOSI



ritornare alla luce, in superficie.

In tale percorso quindi la rappresentazione grafica ed immaginale del sogno, non finalizzata a se stessa, in maniera arbitraria e spontaneistica ma immessa in una visione simbolica ed analitica, si poneva nella storia della paziente come un valido strumento all'interno del setting terapeutico per dare voce e sostanza simbolica ai pensieri non inflazionati dall'inconscio che si andavano strutturando accanto ai ricordi e al racconto della propria storia patologica.

Come nella creazione dell'opera d'arte, nel processo terapeutico il sogno si pone come una ipotetica tela immaginale e nella prendono corpo relazione analitica e sostanza le immagini bizzarre, paradossali, incomprensibili e mostruose. Tale materiale occorre guardarlo in trasparenza, attenzionando simboli ed immagini con gli occhi del "fare Anima" (Hillman). Allora il sogno, vero e autentico prodotto dell'inconscio si pone come immagine clinica e terapeutica con cui entrare in confidenza, intimità, vero impatto con cui la coscienza e costretta a confrontarsi, pena il viraggio verso l'inflazione psichica, la follia. In tale contesto terapeutico le tecniche dell'attività immaginativa rappresentano una sorta di vas alchemico, contenitore psichico, in cui coesistono e si esprimono gli aspetti

proiettivi, dal momento che il foglio bianco, la tela, diventano corpo metaforico, materia che raccoglie ciò che la psiche ha immaginato, doppio contenitore nella relazione terapeutica e creazione collegata alle radici delle emozioni.

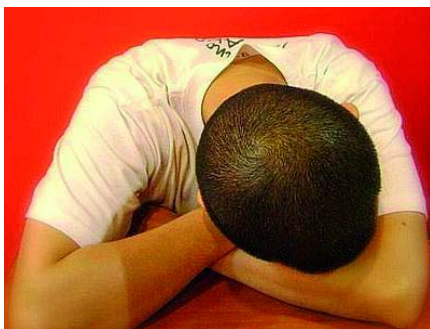
Nel percorso terapeutico le immagini prodotte e create, divengono con l'abile arte del terapeuta, del suo percorso formativo e sottoposte ad una costante supervisione, presenze che accompagnano il processo di crescita e di trasformazione dalla dimensione psicopatologica del paziente all'accettazione del principio di realtà e delle categorie di spazio e tempo, alla condivisione di una progettualità finalizzata alla completezza del proprio essere in rapporto con gli altri, il sociale, il lavoro, il

mondo là fuori.

Il terapeuta che si occupi di psicosi deve avere la consapevolezza della carica energetica delle immagini che hanno valenza creativa e distruttiva: questo è importante sottolinearlo, dal momento che le immagini lasciate a se stessa e prive del costante dialogo dialettico con la coscienza possono sopraffare la coscienza e intrappolarla in una follia senza ritorno. Solamente la capacità da parte del paziente e del terapeuta di instaurare attraverso la dimensione transferale e controtransferale quel dialogo tra la dimensione conosciuta e quella ignota con il processo elaborativo della coscienza, la ricchezza del mondo interiore può affiorare, liberarsi dalle prigioni di un passato traumatico e protendere verso un futuro che non sia la negazione del presente ma invece possa rappresentare una meta reale ed oggettiva con un nuovo e diverso significato costruttivo e prospettico, ovvero riprendere il senso della vita, dal momento che:

"La fonte primaria della cura è rintracciabile nel processo che il paziente e il terapeuta hanno sperimentato insieme; un processo nel corso del quale il terapeuta è stato capace di mantenere un Sé e di recuperare ripetutamente una immaginazione e una capacità di pensare anche nei momenti in cui è stato bombardato da processi proiettivi ed introiettivi il cui vero scopo era quello di attaccare l'immaginazione ed il legame che si stavano ingenerando" (Meltzer).

La capacità di mantenere intatta l'unione tra immaginazione e pensiero nella mente del terapeuta nonostante una dimensione personale e numinosa distruttiva, permette quindi di far nascere all'interno della relazione terapeutica la coniunctio tra riflessione e amore come poli di un processo di consapevolezza psichica, di integrazione tra coscienza ed inconscio.





# PSICOLOGIA E MEDIAZIONE FAMILIARE

a prima cosa da curare è la preparazione del setting. Bisogna mettere le sedie di lato in modo che sia la coppia a scegliere dove collocarsi (così da potere osservare a quale distanza l'uno dall'altro si siedono i due coniugi e avere delle informazioni sul livello di conflittualità). Gli utenti devono essere informati al primo incontro su come funziona la mediazione (le regole), quali aspetti toccherà, chi la conduce e qual è l'obiettivo.

Evidentemente all'inizio dico il mio nome e cognome; spiego che la mediazione familiare è un processo finalizzato ad aiutarli a modificare la loro relazione (da coniugale a genitoriale) in modo che loro stessi, con il mio aiuto, possano trovare degli accordi che vengano incontro ai bisogni di tutti e due. Informo gli utenti del fatto che il mio ruolo di mediatore è di un terzo, neutrale e con una formazione specifica, che si adopererà affinché loro elaborino in prima persona un programma di separazione soddisfacente per sé e per i figli. Spiego loro che il mio ruolo è di assisterli nell'identificare le questioni, di incoraggiare la loro abilità nel risolvere i problemi ed esplorare accordi alternativi in autonomia dal circuito giuridico e nel rispetto della confidenzialità.

Successivamente porto la coppia a conoscenza del fatto che la mediazione tocca tutti gli aspetti della separazione, ovvero la divisione dei beni e gli accordi che riguardano la collocazione ed il mantenimento dei minori. Al fine di motivare gli utenti concentro l'attenzione sui figli in modo da fare leva sulla loro responsabilità genitoriale in quanto i minori hanno bisogno di entrambi i genitori.

Successivamente comunico loro che per raggiungere questo obiettivo io mi impegno in alcune cose ma loro devono collaborare affinché si raggiungano dei buoni accordi. Infatti gli utenti devono osservare alcune semplici regole: in mediazione non ci si offende, si parla uno per volta, si ascolta l'altro mentre parla, ci si impegna a non

nascondere informazioni che riguardano il valore dei beni oggetto dell'accordo e a sospendere qualunque azione legale a danno dell'altro coniuge (anche a rimettere le eventuali querele). Dico loro che per il successo della mediazione è importante l'impegno di tutti e due. A ciò aggiungo che i coniugi si devono impegnare a fornire tutte le informazioni utili per il buon andamento del processo in tutte le sue fasi.

Gli incontri, infatti, devono svilupparsi all'insegna del reciproco rispetto. Per questo motivo è importante che i due genitori comprendano come la lealtà, la sincerità e la trasparenza dovranno accompagnare la loro vita da genitori separati soprattutto nell'interesse dei figli che devono potere contare su un progetto di vita scelto nel rispetto dei sentimenti indispensabili per una crescita armonica.

Successivamente spiego alla coppia che i protagonisti degli accordi saranno loro in quanto il mediatore li aiuterà a sentirsi attivi nella gestione del loro programma di separazione. Inoltre il mediatore informa i clienti del fatto che la partecipazione alla mediazione da parte loro è assolutamente volontaria e libera (escludendo i casi di invio da parte del giudice che non sono vere mediazioni).

Successivamente si comunica loro che il contenuto degli incontri di mediazione è assolutamente riservato a tal punto da non potere essere rivelato né al giudice, né all'altro coniuge. Inoltre va ribadito che il mediatore ha l'obbligo di essere equidistante, ovvero di gestire il processo in modo che non esca nessun perdente e in modo da essere vicino ad entrambi. Specifico che la mediazione dura qualche mese e che è diversa sia dalla psicoterapia di coppia (in quanto non mira a ricostituire la coppia coniugale) sia dalla consulenza legale (in quanto la mediazione ha obiettivi totalmente diversi rispetto al processo).

Alla fine dell'incontro chiarisco agli utenti che il percorso prevede una prima fase in cui il mediatore valuta, attraverso pochi in-

## CARATTERISTICHE DEL SETTING E INTERVENTO PSICOLOGICO NELLA MEDIAZIONE FAMILIARE

**VALENTINA MONACO CREA**  
PSICOLOGA-PSICOTERAPEUTA





contri con entrambi, se la mediazione è il percorso più giusto per la loro situazione particolare. In tale fase la mediazione prevede dei colloqui individuali con ciascuno di loro se è necessario. Questa fase, qualora la valutazione mia fosse positiva, termina quando i coniugi firmano l'accordo di mediazione in cui io mi assumo determinati impegni nei loro confronti e loro si impegnano a rispettare le regole della mediazione. A questa tappa segue la fase di negoziazione finalizzata a trovare gli accordi migliori per loro in cui si faranno degli incontri con tutti e due i membri della coppia. Il percorso termina con la stesura del verbale contenente gli accordi raggiunti in mediazione con il consenso di entrambi.

Sono, a mio avviso, parecchie le risorse della formazione in psicoterapia utili nello svolgimento dell'attività di mediatore.

La prima capacità che uno psicologo possiede, importante nelle fasi iniziali della mediazione, è l'attitudine a leggere le dinamiche relazionali e la comunicazione non verbale velocemente. Infatti tale abilità è utile per definire il livello di conflittualità e lo stile di gestione del conflitto nella coppia che sono due parametri importanti per valutare se una coppia è mediabile.

Un'altra grande risorsa che il terapeuta possiede e che deve possedere anche il mediatore è l'attenzione al processo più che al contenuto (cosa importante nella fase di negoziazione della mediazione). Infatti se il mediatore si concentra troppo sul contenuto rischia di perdere di vista il processo e di allearsi inconsapevolmente con uno dei due utenti.

L'esperienza di psicoterapeuta aiuta lo psicologo a gestire i conflitti senza averne paura; anzi molte volte in psicoterapia si sperimenta che i litigi nascondono enormi potenzialità di crescita se sono espliciti e se c'è la voglia di risolvere i problemi da parte di coloro che sono coinvolti. Anche il mediatore deve essere capace di gestire i conflitti della coppia serenamente senza andare alla ricerca delle cause profonde e

senza dilungarsi troppo sulle emozioni.

L'empatia, una capacità che il terapeuta deve possedere, è fondamentale per il mediatore per capire dove stanno andando gli utenti nei momenti di maggiore confusione. E' logico che l'empatia deve essere bilanciata nei confronti di tutti e due gli utenti.

La riformulazione (il ridire quello che ha detto l'utente con altre parole che mettono in risalto l'emozione sottostante le parole) è una tecnica, tipica delle scuole di psicoterapia umanistiche, che può essere usata dal mediatore e può essere particolarmente importante nella fase della negoziazione.

L'analisi della domanda è importante sia per il terapeuta e sia per il mediatore, per capire se uno dei due non viene per separarsi. Infatti, se il cliente non vuole separarsi non si fa mediazione fino a quando non matura la volontà di divorziare.

Un'attitudine dello psicologo che distanzia dalla mediazione è la tendenza alla valutazione clinica e psicodiagnostica. Infatti, l'atto di valutazione psicodiagnostica è un'azione nella quale si esprime un giudizio che riguarda il paziente come persona. Al contrario il mediatore valuta gli utenti nella loro competenza genitoriale e non nella loro identità. La competenza clinica può essere d'aiuto al mediatore solo nella fase iniziale del processo per capire se è opportuno interrompere la mediazione e suggerire un altro percorso.

Un'altra attitudine della mia professione che sento distante dalla professione del mediatore è la tendenza a scavare sul passato fino ad arrivare all'infanzia. Il mediatore, al contrario, fa parlare del passato solo per quello che serve al percorso ed è concentrato sul presente.

A ciò aggiungo che l'interpretazione, la tecnica-principio dello psicoterapeuta, non

appartiene alla cultura della mediazione.

A ciò aggiungo che il terapeuta tende a leggere il comportamento del paziente in terapia anche alla luce della relazione tra sé ed il paziente. A tal proposito, infatti, egli si deve interrogare costantemente sulle proprie emozioni nei confronti del paziente. Al contrario il mediatore non deve possedere questa attitudine ad analizzare il proprio vissuto e la propria reazione agli utenti.

Un'altra differenza importante è che lo psicologo si pone come obiettivo un cambiamento della personalità del cliente; al contrario il mediatore ha come obiettivo solo di modificare la relazione tra i due membri della coppia genitoriale. Infatti, l'obiettivo è rivolto all'acquisizione di nuove capacità e risorse finalizzate a gestire quel problema specifico e situazioni analoghe.

Ancora un'ulteriore differenza tra le due professioni è l'attitudine del terapeuta a tenere conto del contesto sociale del paziente; al contrario nel setting di mediazione si parla solo di quegli aspetti del contesto sociale rilevanti ai fini del raggiungimento degli accordi di mediazione.

In psicoterapia si permette l'espressione delle emozioni; al contrario tale attitudine del terapeuta è pericolosa durante la mediazione poiché accentua il conflitto. Raramente ed in modo controllato si fanno esprimere i sentimenti durante il percorso mediatico.

Un altro rischio dell'applicazione indiscriminata delle tecniche psicoterapeutiche, allorché si devono trovare accordi di separazione, è costituito dal fatto che in psicoterapia il paziente si abitua a guardare dentro se stesso, ad accrescere la sua autostima; ciò è opposto a quanto deve avvenire in mediazione dove ognuno dei due membri della coppia deve imparare a dialogare con l'altro, a mettersi un po' nei panni dell'ex-coniuge, a considerare i bisogni dei figli.





# IL DISTACCO AFFETTIVO NELL'AFFIDAMENTO FAMILIARE

ell'ambito dell'attività di sensibilizzazione, informazione-formazione, nei gruppi di sostegno, in parrocchia, a scuola, al servizio civile, al centro affidi, *targets* molto diversificati per età e cultura pongono domande sempre più ricorrenti che riguardano il distacco affettivo.

Il distacco affettivo, la separazione affettiva e l'allontanamento di una famiglia da un bambino meritano un approfondimento perché rappresentano, a parere di chi scrive, punti nodali del tema dell'affidamento familiare (d'ora in poi "AF"). In un precedente lavoro (Girgenti, 2011) si annoverava il distacco affettivo come fattore disincentivante al ricorso dell'AF.

Separarsi da un bambino/a è sovente avvertito come doloroso, angosciante, quasi impossibile. Questo sentire non consente di tematizzare l'istituto dell'AF in una maniera adeguata. Impedisce, poi, di favorirne la diffusione, in quanto le famiglie temono di soffrire dopo che l'affidamento familiare finisce e di non essere adeguatamente rassicurate e supportate dai servizi.

Separarsi non vuol dire tagliare i legami con il bambino: con l'AF è possibile sviluppare e coltivare una reciproca appartenenza, un senso di famiglia allargata che non si conclude con la fine dell'affidamento familiare e neppure con l'adozione.

E' necessario porre l'attenzione e riflettere sul fatto che non si deve avere paura d'amare un bambino. A sostegno di ciò si elenca di seguito una serie di elementi che possono svolgere un ruolo positivo in tal senso.

## LA RELAZIONE

La capacità di stabilire relazioni è innata, su base filogenetica e ontogenetica, sia rispetto alla linea evolutiva della specie umana sia rispetto al singolo organismo. La relazione umana viene intesa come fenomeno originario e l'individuo si costruisce a partire da una relazione (Galimberti, 1992). Quest'ultima può essere duale (madre-figlio) per alcuni, triangolare (ma-

dre-figlio-padre) per altri. Non c'è individuo senza una relazione sociale o affettiva, in qualunque forma e modalità essa si presenti, per tipologia e per modalità (positiva o negativa, stabile o intensa). Non si deve avere paura di essere empatici e di essere connessi con gli altri, perché l'arte della relazione si manifesta con l'inizio di un'interazione, il riconoscimento dei sentimenti e delle preoccupazioni degli altri (Goleman, 1996).

I sociobiologi indicano la prevalenza del cuore sulla mente nei momenti più critici della vita. Ogni emozione si predispone all'azione in modo caratteristico: ciascuna di esse ci orienta in una direzione già rivelata: si proficua per superare le sfide ricorrenti della vita umana. Il nostro repertorio emozionale trova conferma nel suo imprimersi sul nostro sistema nervoso come bagaglio comportamentale innato (*ibidem*).

Per i sistemici, la relazione si riferisce al tipo di legame che si viene a costruire tra due o più persone, sulla base di interazioni ripetute nel tempo e dotate di caratteristiche specifiche. Gli scambi interattivi rappresentano i "mattoni" costitutivi, ma non possono tuttavia spiegare la relazione stessa. I sistemici introducono il concetto di storia della relazione e sottolineano che chi partecipa all'interazione deve attribuirle un significato ed è necessario che abbia una buona conoscenza:

- a. di se stesso e della propria storia;
- b. della storia dell'altro e del suo modo di interagire;
- c. della qualità della relazione che li lega;
- d. del contesto in cui si svolge l'interazione (Angelo in Telfener-Casadio, 2003).

La relazione è educativa quando ha a che fare con l'insegnamento/apprendimento e con le possibilità di crescere e di allevare. E' una relazione ricorsiva tra una persona ed un'altra intorno ad un oggetto di conoscenza, in un gruppo che si esprime in un "contesto con storia" (Telfener-Casadio, 2003).

## SUPERAMENTO DEL TRAUMA E SVILUPPO DELLA RESILIENZA IN SITUAZIONI DI CAMBIAMENTO

ALESSANDRA GIRGENTI  
PSICOLOGA-PSICOTERAPEUTA





## IL DISTACCO AFFETTIVO NELL'AFFIDAMENTO FAMILIARE

### LA RESILIENZA

Il termine "resilienza" è preso a prestito dalla fisica dei materiali e definisce la capacità fisica, che ha un corpo, di resistere ad un urto assorbendo energia cinetica senza rompersi. Nel nostro ambito scientifico, sono presenti molte definizioni del termine. In generale con essa si intende la capacità di attivare processi di riorganizzazione positiva della propria vita e di comportarsi in modo accettabile a dispetto di esperienze critiche che porterebbero a esiti negativi.

E' una capacità che tutti gli individui possono sviluppare, in quanto non è un dato genetico o un elenco di qualità, ma un processo che si costruisce grazie all'incrocio di fattori che appartengono alle diverse dimensioni della persona e cioè: individuale, familiare, ambientale, sociale, storica (Milani-Ius, 2010). La resilienza può offrire un contributo alle teorie ed ai modelli del trauma, trovando modalità complementari e motivando i diversi casi in cui il soggetto riesce, nonostante la sofferenza, a ricostruire una vita soddisfacente ed anche felice.

L'introduzione del concetto di resilienza all'interno del lavoro dei servizi alla persona (consultori familiari, centri affido, comunità residenziali per minori...) impone di cambiare "le classiche concezioni sul rischio, vale a dire la prospettiva della causalità diretta e quella della causalità multifattoriale. Sul piano teorico porta a concludere che qualsiasi agente causale preso singolarmente o in associazione con altri non produce spiegazioni soddisfacenti sulla dinamica che s'innescia tra eventi critici e reazioni degli individui. Sul piano empirico, induce a riflettere sul fatto che un'analisi basata solo sulle condizioni di rischio o di potenziale rischio non consentirebbe di accorgersi o di comprendere la natura della resilienza e indurre un'incresciosa sottostima di eventuali abilità o potenzialità degli individui, che resterebbero occulte e non adeguatamente valorizzate" (Di Blasio, 2005).



La resilienza non deve essere una scorciatoia per negare il trauma né per relativizzarne la gravità. La letteratura scientifica concorda nell'utilizzare il concetto del trauma e dei suoi effetti come intesi dalla definizione del DSM-IV APA 1994 in riferimento al disturbo post-traumatico da stress. La resilienza non fa sconti agli abusanti, ai violenti, ai torturatori, non nega il trauma. La resilienza spiega come è stato possibile uscirne, in che modo può provocare effetti diversi e concludersi con il recupero: "la speranza inattesa" come la chiama Cyrulnik (2000).

Sempre su questo tema (con le sue possibili applicazioni in ambito di AF) non va dimenticato il contributo di un'autrice contemporanea la quale sottolinea come la ri-

parazione di danni provocati da carenze affettive possa realizzarsi più facilmente se gli indispensabili interventi terapeutici sono accompagnati e potenziati da un ambiente affettivamente significativo, a compensazione delle precedenti carenze (Mallacrea, 2004).

Una recente ricerca condotta su un campione di 74 minori collocati in famiglie affidatarie nella provincia di Ferrara mette in luce un rilevante miglioramento rispetto ai problemi presentati all'inizio dell'esperienza dell'affido, con particolare riguardo ai problemi emotivi e di comportamento, anche nei casi di maltrattamento e abuso. La ricchezza di relazioni e di esperienze che i minori possono trovare nella nuova famiglia, rappresenta un'insostituibile possibilità di riparare - proprio attraverso la sperimentazione di relazioni "sane" - una visione di sé e del mondo che è spesso fortemente perturbata. Lo scambio relazionale quotidiano e l'utilizzo di *patterns* comunicativi non disfunzionali possono correggere positivamente il precedente modello di apprendimento relazionale e far sì che essi facciano propria questa esperienza che servirà loro, quando torneranno nella propria famiglia e poi da adulti per essere un buon genitore (Soavi).

### IL RUOLO DEI SERVIZI

Il Centro Affidi (CA) ed i Servizi sociali territoriali hanno la responsabilità di porre la relazione affettiva in termini di crescita e promozione delle risorse interne, al fine di accompagnare, attivare ed aiutare le risorse delle famiglie, co-costruendo obiettivi positivi nel progetto di vita dei bambini.





Il CA ha la funzione di farsi portavoce delle istanze teoriche più accreditate per spiegare e facilitare il ricorso all’Affidamento Familiare. Il CA opera per chiarire e spiegare i meccanismi della relazione umana, perché il distacco emotivo è possibile e funziona quando a livello cognitivo ed emotivo viene compreso che il bambino non si perde se lo abbiamo amato ed accolto nella nostra vita.

In questo contesto, torna prepotente il tema della separazione: esso è centrale ed occorre che sia oggetto un *approfondimento specifico nell’ambito dell’attività dei servizi*.

Separarsi non è necessariamente sinonimo di perdita affettiva, non vuol dire perdere qualcuno. Anche se separandoci da qualcuno a volte si soffre, non ci sogniamo di sminuire il dolore altrui, *“tante famiglie sperimentano questo dolore che, tuttavia, esprime la verità e la profondità del legame d’amore che si crea”* (Sanicola). La separazione è un’esperienza presente nella vita del bambino sin da piccolo: essa consente di differenziarsi dalla madre per avere esperienze e di relazionarsi con il mondo.

Gli operatori del CA, dunque, pongono in evidenza come nell’AF non si giochi una partita, non ci sono né vinti né vincitori. La conclusione del periodo di affido non va affrontata come la fine di un rapporto affettivo, non c’è la perdita del sentimento della vita: ciò che può apparire in un primo momento come una privazione si rivelerà col tempo una conquista. Dall’equipe va sottolineato con forza come nell’AF non si perda nulla: ciò perché ci relazioniamo continuamente e continuamente proviamo emozioni. Abbiamo acquistato l’amore di un bambino, ma egli al contempo *ha imparato a lavarsi le mani prima di mangiare, a farsi i compiti, a stare con gli altri...*: dunque, dall’altro “versante” anche noi - in quanto famiglia affidataria - gli abbiamo trasmesso ciò che era naturale per noi (le nostre *“regole familiari”*) insegnandogli ciò che sapevamo.

La logica che ne deriva - estrinsecata nell’intervento del CA - pone l’AF in termini di *co-evoluzione della famiglia*. La famiglia viene identificata come il sistema di relazioni reciproche che legano i suoi componenti, in una prospettiva che considera le relazioni al suo interno e con l’ambiente. E’ un’organizzazione in continua crescita e cambiamento impegnata a portare a termine compiti di sviluppo che permettono l’interazione tra gli individui.

Il CA, infine, concorre a fare incontrare le famiglie tra loro: ascoltare le famiglie affidatarie - *chi l’esperienza l’ha portata a termine o la sta attraversando o la può trasmettere ad altre famiglie* - e metterle in contatto con *chi l’esperienza non la conosce*. Si tratta, ricordiamolo, di famiglie non esperte - *non professionisti, con nessuna preparazione specifica* - le quali incontrano famiglie affidatarie: queste ultime hanno vissuto in modo diretto una situazione di disagio come il distacco affettivo, e sono in grado pertanto di offrire sostegno ad altri attraverso la condivisione della propria esperienza, della propria storia, e delle conoscenze che ne conseguono.

A volte, apprendere da chi è stato nella stessa situazione appare più facile che apprendere da un operatore. Non è un apprendimento direttivo ma esperienziale e si esplica attraverso il sostegno reciproco, lo scambio d’informazioni e di consigli. E’ possibile, a questo punto, non avere paura del distacco affettivo, ricostruendo le storie altrui per convergere in un’ unica storia, la propria.

## CONCLUSIONE

La conclusione mi piace affidarla alle parole di Marysia, una bambina figlia dello Shoah, la quale ha subito collocamenti multipli, passando in diverse famiglie che oggi chiameremo affidatarie, dopo trasferimenti in situazioni familiari diverse così si esprime:

*“Penso che l’amore ti possa rendere forte: direi soprattutto l’amore dei genitori, ma non necessariamente, il tuo altro significativo. Se hai una famiglia stabile in un punto della tua vita, non necessariamente sempre e non per forza una famiglia tradizionale - tipo madre, padre e bambini - se hai questa stabilità, ciò ti permette di crescere”* (in *Milani-lus - cit.*).

## ■ BIBLIOGRAFIA

- Angelo C., *Relazione-Interazione in Sistemica...* (Telfener Casadio)", *cf. infra*
- Cyrulnik B., *Il Dolore meraviglioso*, 2000, Frassinelli
- Di Blasio P., *Tra rischio e protezione. La valutazione delle competenze parentali*, 2005, Edizione Unicopli
- Galimberti U., *Dizionario di Psicologia*, 1992, UTET.
- Girgenti A., *articolo* in "Psicologia e Psicologia in Sicilia" anno XIV, n. 12, Aprile 2011.
- Goleman D., *Intelligenza Emotiva*, 1996, Rizzoli, Milano.
- Malacrea M. (2004), *Il "buon trattamento": un'alternativa multiforme al maltrattamento infantile* in "Cittadini in Crescita" a cura del Centro Nazionale di Documentazione e Analisi Infanzia e Adolescenza, 1/2004, 1-17.
- Milani P., Lus M., *Sotto un cielo di stelle, educazione, bambini e resilienza*, 2010, Raffaello Cortine Editore.
- Sanicola L., *Il Dono della famiglia. L'affido, oltre l'educazione "assistita"*, 2002, Paoline
- Soavi G., *articolo* in "Maltrattamento e abuso all'infanzia" (rivista interdisciplinare) vol. 12 n. 3, novembre 2010.
- Telfener U., Casadio L., *Sistemica, voci e percorsi nella complessità*, 2003, Bollati Boringhieri.



# DELITTO E CASTIGO UNA LETTURA DI DOSTOEWKIJ

## COMUNICAZIONE PARADOSSALE E AMBIVALENZE EMOTIVE DIETRO LA COMPLESSITÀ DI UN DELITTO

**FRANCESCO FURCHÌ**  
PSICOLOGO-PSICOTERAPEUTA



*Delitto e castigo* venne pubblicato nel 1866. Il protagonista, di nome Raskolnikov, è un giovane che la povertà ha costretto ad abbandonare gli studi universitari. Le problematiche politiche e filosofiche del socialismo, del superomismo e del misticismo, proprie dell'epoca in cui Raskolnikov vive, assumono in lui la forma di due idee che, a un certo punto, prendono a ossessionarlo. La prima è quella delle opportunità che potrebbero derivare a lui e ad altri bisognosi dall'uccisione di un'anziana usuraia e dall'uso a fin di bene del denaro a essa sottratto. La seconda consiste nella supposta superiorità innata che consentirebbe ad alcuni uomini, come Napoleone, di elevarsi al di sopra delle leggi morali per conseguire mete elevate. Raskolnikov riceve una lettera della madre, che gli annuncia l'imminente matrimonio dell'amata sorella Dunja con un uomo agiato, ma meschino e inadatto a lei, al quale essa, sacrificandosi, si unirebbe al solo fine di salvare dalla miseria la madre e di garantire un futuro al fratello. Fortemente scosso, Raskolnikov decide di passare all'azione e uccide l'usuraia, nonché, incidentalmente, la sorella della donna. Sottrae del denaro alla vittima e lo sotterra. Ma un tormentoso rimorso prende ad attanagliarlo e lo porta sull'orlo della follia, senza che egli, peraltro, rinneghi le motivazioni del suo gesto. D'altro canto la sua indole generosa lo porta in contatto con una varietà di personaggi umili e sofferenti, che Raskolnikov cerca di aiutare. Colpito dalla purezza interiore di Sonja, una ragazza che si prostituisce per aiutare la famiglia, le confessa il suo misfatto. Sonja convince Raskolnikov a costituirsi, ma il vero rinnovamento interiore avverrà solo dopo la deportazione in Siberia, quando la vicinanza di Sonia, che lo ha seguito fin là, e l'amore per lei, indurranno il protagonista ad abbandonare le precedenti convinzioni e faranno trionfare in lui il sentimento della fratellanza tra gli uomini.

A far da detonatore alla commissione del delitto è una lettera che Raskolnikov riceve

dalla madre. Ronald Laing (2002) ne fa un'attenta analisi nei termini delle "ingiunzioni paradossali" in essa contenute, evidenziando una serie di messaggi impliciti che pongono il destinatario in una "situazione insostenibile", sul modello della comunicazione a doppio legame studiata dalla scuola di Palo Alto.

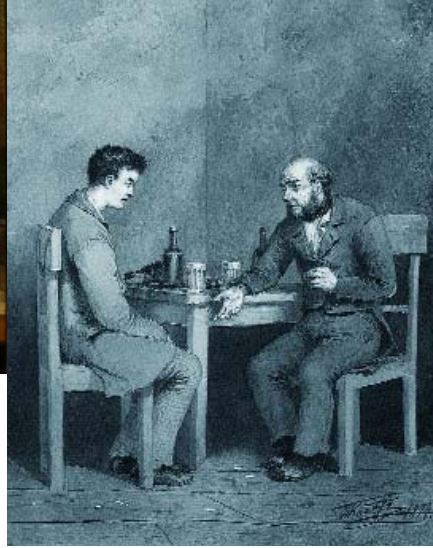
Ecco gli elementi segnalati da Laing. In primo luogo la lettera della donna, dichiarando enfaticamente l'amore che essa nutre per il figlio, lo invita a colludere con l'ipocrita progetto matrimoniale da lei ideato. Al tempo stesso, con il richiamo alla religione, nella quale la madre spera che il figlio creda ancora, come nell'infanzia - che è il tempo in cui si è convinti di quel che si dice - la donna proibisce al figlio di essere ipocrita.

Inoltre la madre dice al figlio che egli deve essere felice, ancorché ciò appaia impossibile qualora il giovane consideri la situazione da uomo generoso e altruista - quale sua madre dichiara che egli è - sapendo che la sorella viene umiliata e condannata all'infelicità.

E ancora, nella lettera la sorella è definita "un angelo", in ragione di ciò che essa è disposta a fare per il fratello, il che implica che egli sarebbe ingrato e malvagio se non si dimostrasse riconoscente.

Laing precisa che la comunicazione paradossale riesce a intrappolare l'individuo all'interno di dilemmi insolubili, in quanto viene messa in atto ripetutamente, nel corso dell'infanzia, dalle persone più importanti del mondo affettivo del bambino. Non dimeno ritengo che l'autore, noto esponente dell'antipsichiatria, si soffermi sulle caratteristiche formali di tale tipo di comunicazione più di quanto ne colga le cause profonde (oltre a dimostrare talvolta una fiducia un po' ingenua in quel supposto senso di sé autentico che potrebbe emergere sol che il soggetto lo volesse realmente e che si disponesse a decodificare le altrui comunicazioni, e a codificare le proprie, in modo corretto).

Di ben più ampia portata mi sembra la



magistrale trattazione del tema della comunicazione patologica nei pazienti schizofrenici e borderline ad opera di Harold Searles (1974). Oltre ad analizzare i meccanismi dello spostamento, della condensazione, della proiezione, dell'introiezione e così via, che distorcono la comunicazione, Searles ne esplora a fondo le motivazioni. Nei pazienti e nei loro congiunti vige un compromesso tra un desiderio d'intimità simbiotica e una altrettanto forte paura di essa. In queste famiglie il livello di comunicazione intrapsichico, con gli oggetti interni, e quello di tipo interpersonale sono mescolati e confusi, in quanto nessuno dei membri è realmente differenziato dagli altri (op. cit.).

Nei pazienti, inoltre, ricorre il "*tentativo di far impazzire l'altro*", al cui fondo risiedono motivazioni complesse e molteplici (Searles, op. cit.): 1. un intento di carattere omicida; 2. il tentativo di esteriorizzare nell'altro la propria parte folle; 3. l'istituzione di un rapporto privilegiato di magica comprensione reciproca, dalla quale tutti, a eccezione delle persone coinvolte (per esempio, madre e bambino), sono esclusi; 4. l'opzione di poter considerare come conseguenza delle proprie azioni (ancorché colpevoli), piuttosto che come una spada di Damocle sempre pronta a colpire, la pazzia di un congiunto o la propria; 5. la tentazione di far precipitare la follia dell'altro, che spesso appare sfuggente, fino a renderla manifesta a tutti, in modo da liberarsi di un segreto opprimente (pensiamo al peso che può avere un fattore del genere nel bambino); 6. il desiderio di incoraggiare l'altro a una maggiore integrazione della personalità, attraverso il portare in evidenza suoi tratti dissociati o rimossi

Alla luce delle precedenti considerazioni la relazione esistente tra Raskolnikov e la madre, per come è esemplificata dal contenuto della lettera e dalle reazioni a essa di Raskolnikov, risulta di carattere arcaico e fusionale, tanto da far sentire il figlio da un canto grandiosamente unito all'oggetto-sé

idealizzato, dall'altro incompleto, incapace di realizzarsi e gravato dai sensi di colpa (Nanni, 1996). La madre non si rende conto delle difficoltà suscitate nel figlio, in quanto imprigionata a sua volta in una relazione con lui di tipo narcisistico. Raskolnikov, che deve aver interiorizzato un rapporto con il suo oggetto primario carente di contenimento e di empatia, è verosimilmente portatore di significativi deficit nella strutturazione del Sé (op. cit.). Di fronte alle soverchianti emozioni suscitate in lui dalla lettera, ricorre ai meccanismi arcaici della scissione e del passaggio all'atto (Nanni, op. cit.; Rossi e Giuli, 1985). La prima si evidenzia nella contrapposizione tra la madre idealizzata e l'usuraia, che assume i connotati della madre persecutoria, in quanto l'intenso bisogno di dipendenza del figlio, proiettato sulla madre, la rende simile a un'avida usuraia. Quest'ultima, come rappresentante degli aspetti cattivi della madre, diviene l'oggetto dell'aggressione.

Il passaggio all'atto è per Raskolnikov l'unica modalità percorribile per separarsi dalla madre e per tentare di individuarsi, giacché gli è preclusa ogni forma sana di elaborazione dell'ambivalenza (Nanni, op. cit.; Rossi e Giuli, op. cit.). Il giovane, infatti, dopo l'omicidio, nasconde il denaro sottratto alla vittima sotto una pesante pietra, come per dimenticarsene, in un tentativo di separarsi dalla madre destinato all'insuccesso, perché basato sulla negazione della dipendenza (Rossi e Giuli, op. cit.).

Questo passaggio all'atto segue il meccanismo del rovesciamento della sopraffazione passiva, causata da uno stato traumatico, in un'attività esplosiva. Il dolore che il protagonista avverte è la ripetizione dell'antica sofferenza del mancato contenimento da parte delle braccia e della mente della madre, che lo ha fatto sentire espulso

catastroficamente, condannandolo a funzionare coattivamente secondo una modalità evacuativa (Nanni, op. cit.). Lo stato traumatico è peraltro un tema chiave del romanzo, giacché anche altri personaggi vivono costantemente sull'orlo di un "*cambiamento catastrofico*" e sono attanagliati da "*angosce impensabili*", che li costringono a lottare disperatamente contro la minaccia della perdita dell'integrità narcisistica (op. cit.).

E' il caso di Marmeladov, l'alcolista che Raskolnikov, nel terzo capitolo, incontra in una bettola e nei confronti del quale avverte subito una speciale affinità. Il rapporto tra Marmeladov e la moglie è simile a quello esistente tra Raskolnikov e la madre. La moglie di Marmeladov, Katjerina Ivànovna, è spinta a dipendere dal marito dal bisogno di un arcaico oggetto-sé idealizzato, proprio come lo è la madre del protagonista nei confronti del figlio. Nessuna delle due donne è in grado di percepire la debolezza della persona su cui esse proiettano il proprio oggetto-sé e di conseguenza esse infondono, rispettivamente nel figlio e nel marito, un destrutturante vissuto di abbandono, disperazione e rabbia narcisistica (Nanni, op. cit.). Marmeladov, che è marito e padre affettuoso, ma fragile e inetto, ricade nel vizio di bere proprio quando, trovato un buon lavoro, viene elogiato amorevolmente dalla moglie. Sentirsi rispettato e amato per quel che fondamentalmente egli non è, vale a dire un buon marito e un buon padre, equivale, per lui, a non sentirsi amato affatto. Pertanto si ribella inconsciamente, ruba il denaro alla moglie - come Raskolnikov lo ruberà dallo scrigno dell'usuraia dopo averla uccisa - e vive questo attacco al proprio oggetto interno come punizione, degradazione e distruzione anche di se stesso.

"Sapete, sapete, signore mio, che perfino le sue calze mi sono bevute? [...] E anche la sua stola di pelo di capra mi sono bevuta. [...] E bevo perché nell'ubriachezza cerco un po' di pietà e di sentimento. Bevo perché



voglio soffrire doppiamente! [...] Credi tu, vinaio, che questa tua bottiglia mi si sia convertita in dolcezza? Dolore, dolore ho cercato nel fondo di essa, dolore e lacrime, e di questo ho goduto, questo ho trovato.”

Rispetto a Marmeladov, l'uso dei meccanismi di difesa primitivi (scissione, identificazione proiettiva, passaggio all'atto), nel caso di Raskolnikov, presenta una differenza fondamentale (Nanni, op. cit.): l'alcol, in qualità di "oggetto transizionale anomalo", coinvolge concretamente Marmeladov in una fusione distruttiva, nella quale l'oggetto viene consumato e annientato, tanto nei suoi aspetti buoni che in quelli cattivi, tanto come oggetto interno che esterno. E insieme ad esso è distrutto il Sé. Il passaggio all'atto di Raskolnikov presuppone invece, come abbiamo visto, una scissione riuscita tra parti cattive e buone, svalutate e idealizzate, del Sé e dell'oggetto, sicché il giovane compie un matricidio simbolico e poi si separa, sia pur temporaneamente, dall'immagine materna arcaica, fino a quando non sarà in grado di attraversare un'esperienza depressiva.

La scissione, che è il contrario dell'indifferenziazione, della confusione e dell'alesitimia, è quindi tanto necessaria, per Raskolnikov, quanto lo sarà, in un secondo tempo, la presenza di una persona reale in grado di tollerare e contenere i suoi aspetti distruttivi, aiutandolo a reintroiettare un'esperienza di integrazione e trasformazione (Nanni, op. cit.).

Di seguito, seguendo le linee interpretative generali fornite dagli autori citati, presento alcune mie notazioni basate sul testo del romanzo.

Fin dal primo incontro di Raskolnikov con Sonja, a circa metà della narrazione, constatiamo come il giovane cominci a saggiare le capacità di contenimento della ragazza, sottoponendola a una tempesta emozionale. Raskolnikov tende a maltrattare Sonja, sia per negare quella che dev'essere per lui l'esperienza umiliante di dipendere da questa fragile ragazza, sia per

esplorare la qualità dei sentimenti che essa prova per lui.

Raskolnikov ha sentito parlare di Sonja da Marmeladov. Al momento del primo colloquio tra i due giovani, Marmeladov è morto. La moglie e poi vedova di Marmeladov, Katjerina Ivànovna, è la matrigna di Sonja. Essa è spossata dalla tisi e malata di nervi. Il precedente marito della Ivànovna, il padre di Sonja, di cui pure la donna era rimasta vedova, era un ufficiale. La Ivànovna e i suoi tre figli piccoli adesso dipendono interamente dalla giovane per il proprio sostentamento. Raskolnikov, nel corso del primo incontro con Sonja, avendo scorto nella camera della ragazza una copia del Vangelo, le chiede di leggergli l'episodio giovanneo della resurrezione di Lazzaro.

“Sònja aprì il libro, cercò il passo richiestole. Le mani le tremavano, la voce le si era fermata in gola. Cominciò due volte, ma non poté articolare neppure le prime sillabe.[...]

Raskòlnikov dapprima non capiva bene perché Sònja non andasse avanti; poi, a poco a poco, intuì i sentimenti di lei e la sua voce, che diveniva sempre più rude, sempre più stizzosa, sembrava chiederle insistentemente di seguire. Dopo un certo tempo comprese quanto penoso dovesse essere per lei in quel momento l'obbligo di rivelare ed esporre tutto ciò che era veramente suo: sentiva che quei suoi sentimenti costituivano il suo vero segreto, un segreto custodito forse fin dall'adolescenza, dagli anni in cui ella era ancora in famiglia, accanto a quel padre sventurato, a quella matrigna impazzita per i dolori, fra quei bambini affamati, fra gli urli spaventosi e rimproveri.”

Carpire “il segreto di Sonja” significa per Raskolnikov riappropriarsi dell'amore materno di cui ha bisogno per riparare la sua ferita narcisistica, come nel caso già visto del denaro rubato alla vecchia assassinata, anche se qui la modalità utilizzata è meno violenta ed evacuativa, e soprattutto è molto più contraddistinta dal legame con

l'altra persona, dalla consapevolezza della sua sofferenza e dei suoi sentimenti.

“[...] Gesù pianse. E i Giudei dissero: Guarda com'egli l'amava. Ma alcuni di essi dissero: Non poteva costui, che aperse gli occhi al cieco, fare ancora che questi non morisse?” [...] Il mozzicone di candela, che si spegneva a poco a poco nel candeliere contorto, illuminava debolmente quella misera stanza, nella quale l'assassino e la prostituta, per una strana combinazione, s'erano uniti nella lettura del libro eterno.

Gesù, che è Dio onnipotente, non risparmia all'amico la sofferenza e la morte. Ma alla fine salverà Lazzaro. Mentre Sonja legge, Raskolnikov probabilmente comincia a domandarsi se la propria salvezza non possa venirgli da un modello di condotta opposto a quello finora adottato. Intuisce che la rinuncia a voler dominare gli eventi e la disponibilità ad attraversare una dolorosa trasformazione potranno salvarlo se accanto a lui ci sarà Sonja. “Gesù pianse”: una delle esperienze più salutari che Raskolnikov avrà modo di compiere grazie alla vicinanza di Sonja è proprio quella di riscoprire la dolcezza di abbandonarsi alle lacrime. Per il momento, però, egli è ancora lontano dal volersi spogliare della corazza del superuomo, che gli fa presumere di poter essere lui a guidare Sònja fuori dal tunnel. Con questo, credo che Raskòlnikov si difenda da quell'aspetto essenziale del processo riparativo per cui, per dirla con Meltzer (1982), è necessario che l'io rinunci all'atteggiamento attivo e maniacale, per confidare nel fatto che sarà il seno buono, in qualità di “centro di bontà all' interno dell'oggetto interno”, a ripararsi da sé. Credo che si possa vedere il corrispettivo junghiano di questo meccanismo nel simbolismo per cui la figura archetipica dell'eroe, con il passaggio dall'infanzia e dall'adolescenza alla maturità, deve soggiacere alla sofferenza e alla morte perché sia conseguita un'autentica ristrutturazione della personalità.

Raskolnikov sarà condannato a dieci anni di lavori forzati, per via delle circostanze



ze attenuanti che gli verranno riconosciute. Sonja lo seguirà in Siberia. Allora sarà necessario, oltre all'amore di Sonja, che l'lo di Raskolnikov - per dirla con Winnicott - interiorizzi la "forza strutturale" della prigione (che nel testo è una vera e propria "fortezza").

La psicoanalisi e la psichiatria dinamica hanno elaborato modelli di trattamento applicabili ai disturbi di personalità, in funzione della loro tipologia e gravità, nonché dell'eventuale necessità di una cornice istituzionale - tanto maggiore quanto più la patologia è caratterizzata dal passaggio all'atto. Gli agiti, nella forma di abbandoni terapeutici, aggressioni, gesti autolesivi e manipolazioni, bloccano la terapia e determinano un guadagno secondario, che perpetua la patologia (Winnicott, 1970). Il modello comune a tutti i tipi d'intervento consiste nella predisposizione di un setting che tenga conto della frammentazione del mondo interno e dei suoi principali correlati, la scissione e il passaggio all'atto (Kernberg, 2006). Come incisivamente scrive Gabbard (2002), questi meccanismi traspongono all'esterno, nei rapporti interpersonali, i conflitti intrapsichici propri di una mente non integrata e incapace di contenimento. Una rielaborazione si può verificare nella mente del terapeuta o nell'ambito dell'equipe curante e ad essa può far seguito una reinteriorizzazione delle proiezioni in forma trasformata (Ogden, 1984).

Dostoevskij aveva intuito le condizioni grazie alle quali la violenza del passaggio all'atto può gradualmente lasciar spazio al pensiero e le sottostanti lacerazioni possono esser sanate. Un aspetto essenziale è illustrato (Nanni, op. cit.) dal confronto tra la sfortunata vicenda di Marmeladov e quella di Raskolnikov. La diversa sorte dei due personaggi, trasposta nella clinica, indica che la scissione, per quanto costituisca un meccanismo arcaico, può consentire al paziente di conservare un'immagine interna idealizzata e rassicurante, e di dirigere transferalmente l'aggressività sulla madre

cattiva, proiettata sull'analista. A questo punto il matricidio simbolico può e deve esser compiuto nel transfert, a condizione che il curante, diversamente dalla moglie di Marmeladov e dalla madre di Raskolnikov, sia percepito come sufficientemente forte da tollerare gli attacchi distruttivi (op. cit.). Pertanto, sono chiamate in causa la tenuta interna e la capacità di contenimento del terapeuta. Quanto più questi si dimostra onesto, competente e interessato all'altro, tanto più stimola la distruttività e l'invidia del paziente verso tutto ciò che non appartiene al suo Sé grandioso. Gli attacchi sadici, invidiosi e svalutanti proteggono la fragilità e la sofferenza del paziente, delle quali, ancorché siano ben celate, si deve tener conto (Kernberg, 2006). La posizione di neutralità dev'essere equidistante tra la collusione e la condanna, che è a sua volta una forma di identificazione all'aggressore. Neutralità non significa, però, indifferenza.

"Il paziente, per mezzo del suo comportamento provocatorio, cercherà di smuovere il terapeuta dalla sua posizione di neutralità tecnica e preoccupazione umana autentica per collocarlo nel ruolo di un persecutore sadico, di una vittima masochista o di un'autorità manipolatrice ed essenzialmente indifferente o in quello di un ritiro totale dal paziente. Paradossalmente, lo pseudoinvestimento di un terapeuta, una superficie di amichevolezza che nega l'aggressività presente nel controtransfert o riflette un'indifferenza di base verso il paziente, può determinare un apparente riscaldamento della relazione terapeutica senza risolvere la disonestà che è alla base delle comunicazioni del paziente o, più fondamentalmente, la possibilità di risolvere i processi di diniego e scissione" (Kernberg, op. cit.).

Un sostanziale aiuto può venire - continua Kernberg - dalla capacità del terapeuta di percepire nel paziente l'esistenza di aspetti sani, in aggiunta a quelli sadici, corrotti, mortiferi, come un'isola di normalità in un mare popolato da creature mostruose:

"All'inizio il terapeuta può trovarsi nella necessità di presumere l'esistenza di una rappresentazione di sé per certi versi normale nel bel mezzo di un mondo da incubo; questo assunto gli permette di confrontare sistematicamente il paziente con il proprio imprigionamento in un mondo distruttivo senza che questi senta le sue interpretazioni come un attacco" (op. cit., pag. 154).

Ecco dunque Sonja e Raskolnikov che conversano tra loro nella stanza illuminata dalla fioca luce di una candela, intenti a trovare faticosamente il percorso per uscire da un mondo di terrore che è non soltanto fuori, ma anche dentro di loro. Sonja non dimentica mai la nefandezza del delitto di Raskolnikov, ma vede anche la bontà del giovane e percepisce acutamente la sua infelicità. Pertanto può fargli sentire la speranza e può rivolgersi a lui in modo ben diverso da come aveva fatto la madre.

La tematica generale del contenimento rinvia non tanto a specifiche tecniche, quanto al livello globale di maturità del terapeuta (Speziale Bagliacca, 1997). In estrema sintesi, è essenziale che il paziente possa gradualmente interiorizzare un terapeuta che: 1. non sente il bisogno di essere o di apparire onnisciente; 2. non ha paura di sbagliare; 3. ha bisogno di tempo. In tal modo può crearsi la "giusta atmosfera", che consente al paziente di entrare in contatto con i propri stati interiori e di lasciarli evolvere, similmente a quanto accade a un bambino il cui genitore non si affretti né a portargli soccorso né a sgridarlo (Speziale Bagliacca, op. cit.).

Spero che l'insieme di queste riflessioni contribuisca a far comprendere le dinamiche psicologiche stupendamente descritte nel romanzo e in particolare le condizioni che rendono possibile la felice conclusione della vicenda, tra le quali, oltre alla squisita sensibilità di Sonja e alla sua profonda comprensione intuitiva della psicologia dell'altro, anche il costante rispetto che essa nutre per lui, per i suoi tempi, le sue scelte, la sua libertà.



## CARCERE E RELAZIONI SOCIO-AFFETTIVE

### CONTINUITÀ E ROTTURA DEI LEGAMI AFFETTIVI NELLA POPOLAZIONE CARCERARIA

SOFIA MILAZZO  
PSICOLOGA

BARBARA ZAMMITTI  
PSICOLOGA

L'istituzione "carcere" rientra nella categoria delle istituzioni totali, così come state descritte da Goffman. Secondo questo autore, l'istituzione totale può essere definita come "un luogo, in un regime chiuso e formalmente amministrato, in cui risiedono e lavorano un gruppo di individui, per i quali, con motivazioni diverse, si ritiene rompere i legami con il mondo esterno" (Goffman, 1969). Le motivazioni per rompere i rapporti con l'esterno, nel caso dell'istituzione carceraria, sono legate alla presunta pericolosità dei detenuti, i quali, con i loro comportamenti, potrebbero procurare danni alla società.

Oltre alla limitazione dei contatti con il mondo esterno, il carcere è regolato da rigorose norme interne relative a luoghi, tempi e modalità di svolgimento delle varie attività dei detenuti. Tale rigidità di regolamenti è giustificata con la necessità, per l'istituzione stessa, di mantenere l'ordine e la sicurezza, al fine di tutelare il corretto espletamento delle funzioni istituzionali (Serra, 2005).

Il carcere, così come inteso al giorno d'oggi, è sostanzialmente un'istituzione recente. Fino al XVIII, infatti, i comportamenti illeciti sono solitamente disciplinati con supplizi corporali e torture che soven-

te conducono alla morte del condannato, mentre il carcere ha un ruolo minore, essendo generalmente riservato ai sospettati in attesa di giudizio e ai condannati per debiti. Sulla scia dell'Illuminismo - e in particolare in seguito alla pubblicazione di "Dei delitti e delle pene" di Cesare Beccaria e al pensiero di altri ideologi e riformatori indignati dai cruenti e spettacolari metodi punitivi - le sanzioni fisiche sono lentamente e gradualmente sostituite dalla pena segregativa: il carcere diviene allora il mezzo per "correggere" il criminale che ha commesso il reato (Santoro, 2004).

Storicamente parlando, pertanto, il carcere passa dall'essere un sistema di tipo repressivo, quindi mero esecutore di punizioni, all'essere un sistema fondato sul principio della finalità rieducativa e risocializzante della pena.

Nel sistema giuridico italiano, la riforma dell'Ordinamento penitenziario è introdotta con la legge 26 luglio 1975 n. 354. Con tale riforma si afferma il principio dell'osservazione scientifica della personalità e delle caratteristiche socio-culturali del detenuto e, sulla base di quanto emerso da tale osservazione, si formula un programma riabilitativo individualizzato.

La continuità dei propri legami affettivi



durante il periodo detentivo rappresenta un elemento portante del programma trattamentale della persona condannata. Mastropasqua (2007) sottolinea come familiari e conviventi possano costituire validi punti di riferimento per il processo di rivisitazione critica del comportamento criminoso e d'inclusione sociale, ragion per cui il trattamento deve fondarsi essenzialmente sulla validità e solidità dei legami socio-affettivi preesistenti all'entrata in carcere.

Nella realtà, però, l'esecuzione della pena detentiva incide gravemente sulle dinamiche affettive, portando allo sfilaccia-

mento se non alla rottura dei legami socio-familiari, con gravissime ricadute sul benessere psico-fisico del detenuto (aggressività, ansia, depressione, autolesionismo) e riducendo le possibilità di reinserimento al termine della pena (Anzani, 2006; Bouregba, 2005; Tonegato, 2002). Lo stesso Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria nella circolare del 26 aprile 2010 evidenzia come la mancata coltivazione delle relazioni affettive rappresenti la principale causa di disagio individuale e un gran motivo di rischio suicidiario.

Inoltre, Anzani (2006) definisce l'esecu-

zione della pena detentiva un "proiettile a frammentazione": la condizione della reclusione e i suoi effetti infatti non coinvolgono solamente il reo, ma si ripercuotono inevitabilmente e drammaticamente su tutte le figure che sono in relazione con lui, sia dal punto di vista emotivo che, spesso, anche economico, considerato che molto spesso il recluso rappresenta l'unica fonte di reddito per il nucleo familiare. A tutto ciò si aggiunga la diffusa tendenza a stigmatizzare ed emarginare socialmente i familiari del carcerato.

Alla luce di tali premesse, si è deciso di condurre uno studio qualitativo su soggetti in regime di detenzione presso la casa circondariale "Cavadonna" di Siracusa. Utilizzando l'approccio della ricerca qualitativa, lo studio si è posto la finalità di sondare le relazioni affettive e sociali tra il detenuto e la propria rete esterna familiare ed amicale. Dopo aver analizzato la più recente letteratura sul tema, si è proceduto alla somministrazione, in forma anonima, di questionari autocompilati a n. 20 soggetti detenuti definitivi. Al fine di arricchire con ulteriori elementi le informazioni relative ai vissuti analizzati, si è deciso di intervistare alcuni testimoni privilegiati, ovvero dirigenti e professionisti operanti all'interno del penitenziario. I dati ottenuti sono stati analizzati attraverso il metodo interpretativo.

L'istituto penitenziario maschile di Cavadonna, costruito nel 1997, si trova ubicato in una zona periferica di Siracusa, circondato da grandi spazi esterni di verde. A Luglio 2010 si registra una popolazione detenuta composta da 580 ristretti, a fronte di una capienza regolamentare di 280 e tollerabile di 350.

Le modalità previste dall'istituzione penitenziaria per la coltivazione dei propri affetti sono quelle della visita-colloquio e delle telefonate; nello specifico, la normativa prevede per i detenuti cosiddetti comuni 6 colloqui mensili di tipo visivo e 4 telefonate, mentre per i detenuti di alta sicurezza sono 4 i colloqui visivi e 2 le telefo-

### CONGRESSO EUROPEO DI PSICOLOGIA (EFFPA) ISTANBUL LUGLIO 2011

In occasione del 12° Congresso Europeo di Psicologia, organizzato dall'*European Federation of Psychologists Associations* e svoltosi a Istanbul dal 4 all'8 luglio 2011, l'Ordine degli Psicologi della Regione Sicilia - in continuità con quanto fatto in passato - ha favorito la partecipazione attiva ai lavori congressuali di quei colleghi che avevano inviato propri contributi (sotto forma di poster o di relazioni...) e che erano stati accettati dalla Segreteria Scientifica del Congresso. Tre di questi lavori sono pubblicati in questa sezione.

I temi congressuali, come è ormai tradizione all'interno dei questi appuntamenti europei, sono piuttosto ampi e coprono quasi tutte le aree di interesse della psicologia. Trovarsi a contatto con nomi eccellenti della psicologia internazionale, ma anche con ricercatori o semplici colleghi che si occupano degli stessi settori della psicologia dei quali ci occupiamo noi, è un'esperienza assolutamente interessante: che diventa occasione per uno scambio di idee o di opinioni, per un suggerimento metodologico nuovo, per conoscere un modo diverso di utilizzare una tecnica, per ampliare i propri orizzonti... E' anche un'occasione per stabilire dei contatti, scambiarsi le email, promettere un invito o riceverlo.

Sono queste in estrema sintesi le impressioni che i colleghi siciliani presenti a Istanbul ci hanno restituito, insieme all'emozione provata nel leggere... in inglese la loro prima relazione o nel vedere il proprio poster benevolmente attenzionato da un collega straniero. Anche queste sono esperienze "formative"!





nate. I colloqui che vengono effettuati sono solitamente della durata di un'ora, anche perché l'attuale sovraffollamento che caratterizza non solo l'istituto Cavadonna, ma tutte le carceri italiane, non consente di ampliare tale fascia oraria. Tali incontri, così come sono organizzati, non riescono mai a soddisfare le esigenze affettive né del detenuto né dei loro familiari, assumendo contorni dolorosi e deprimenti. Insieme al reo, anche gli affetti vengono "incarcerati"...

Dai dati ottenuti, emerge in maniera drammatica che l'85% dei detenuti ha interrotto uno o più rapporti importanti della sua vita in seguito alla detenzione; inoltre, nel 40% dei casi i rapporti esistenti hanno subito un netto peggioramento dopo l'entrata in carcere. Tutto ciò ha avuto delle ripercussioni in termini negativi sullo stato di salute psicofisica: si evidenzia che il 50% dei soggetti ha problemi di aggressività, il 20% soffre di cali del tono umorale e il 25% mostra una diminuzione della stima di sé; inoltre, il 60% dei detenuti assume regolarmente farmaci tranquillanti da quando si trova in carcere.

Infine, la restrizione affettiva imposta du-

rante il periodo di carcerazione complica il processo di reinserimento nel momento in cui il detenuto riacquista la libertà. Il ritorno nel nucleo familiare e il riappropriarsi del proprio ruolo può, infatti, risultare alquanto difficoltoso, poiché, a causa della prolungata assenza, la famiglia ha assunto un nuovo assetto basato su equilibri diversi tra i membri. In molti casi le mogli o le compagne hanno imparato con sofferenza a gestire la quotidianità familiare, assumendo esse stesse il ruolo di capofamiglia, sia come fonti di reddito, sia come figure di riferimento nell'educazione dei figli, acquisendo un'indipendenza per loro inaspettata. Il ritorno del marito può rappresentare una minaccia a questa nuova conquista, e il momento del fine pena, invece della tanto attesa riunione, può costituire la fine della relazione familiare. Di conseguenza, al termine della pena, il detenuto troverà ancora meno appoggi e risorse per intraprendere un percorso di reinserimento sociale, affettivo e lavorativo di quanti non ne avesse lasciati al momento dell'ingresso in carcere.

Al contrario, sostenere le relazioni familiari, aiutare i detenuti a considerarsi come

componenti attivi delle loro famiglie e delle loro comunità, favorisce "l'effetto di deistituzionalizzazione" ovvero facilita un positivo reinserimento sociale con una necessità ridotta di interventi assistenziali post-detenuti.

#### ■ BIBLIOGRAFIA

- Anzani G., *L'isola dei reclusi*, in *Famiglia Oggi*, Legami oltre le sbarre. La famiglia alla prova del carcere, Milano, 2006, n. 5.
- Bouregba A., *I legami familiari alla prova del carcere*, Bambinisenzasbarre, 2005.
- DAP, *Nuovi interventi per ridurre il disagio derivante dalla condizione di privazione della libertà e per prevenire i fenomeni autoaggressivi* - Circolare 26 aprile 2010.
- Gentili D., *Il reinserimento affettivo*, in *Famiglia Oggi*, Legami oltre le sbarre. La famiglia alla prova del carcere, Milano, 2006, n. 5.
- Goffman E., *Le istituzioni totali*, Bompiani, Milano, 1969.
- Mastropasqua G., *Esecuzione della pena detentiva e tutela dei rapporti familiari e di convivenza*, Cacucci Editore, Bari, 2007.
- Santoro E., *Carcere e società liberale*, Giappichelli Editore, Torino, 2004.
- Serra C., *La storia di San Giorgio e il drago. La depressione come comunicazione. Sindrome suicidaria e carcere*, Milano, Giuffrè editore, 2005.
- Tonegato A., *Amore a carcere*, in *Atti della Giornata di studi "Carcere: salviamo gli affetti. L'affettività e le relazioni familiari nella vita delle persone detenute"*, Casa di Reclusione di Padova, 10 maggio 2002.

## ADOZIONI LEGALI ED ILLEGALI: LE FRONTIERE DELL'ARGENTINA

La ricerca, presentata ad Istanbul, in occasione del 12° Congresso europeo di psicologia, costituisce un tentativo di studiare l'impatto della trasmissione transpersonale di eventi storici nella costruzione dell'identità personale e di indagare se i significati attribuiti all'identità possono costituirsi come concausa nella decisione di un paese del Sud America, l'Argentina, di formulare riserva alle adozioni internazionali. L'Argentina ha formulato una riserva, provvisoria dal 1993, ma ancora in essere, al-

l'articolo 21 della Convenzione sulla protezione dei minori e sulla cooperazione in materia di adozioni internazionali, escludendo dal suo ordinamento giuridico l'adozione di minori residenti in Argentina da parte di singoli o coppie residenti all'estero. Tuttavia il paese non vieta le adozioni internazionali, in quanto permette l'adozione di minori residenti all'estero da parte di argentini. La normativa vigente in Argentina, in materia di adozione, 24.779 del 1997 prevede che l'aspirante adottan-

te abbia un minimo di 5 anni di residenza nel paese. Il governo argentino motiva tale riserva con la prevenzione e la limitazione delle adozioni illegali e del traffico di minori. Tuttavia, dall'analisi della letteratura sul tema emerge che esistono delle regioni del nord-est argentino (Jujuy, Salta, Misiones), conosciute come paradisi delle adozioni illecite, le quali hanno delle frontiere non protette, da cui si realizzano adozioni illegali, soprattutto da parte di coppie straniere.

BARBARA ZAMMITTI  
PSICOLOGA

SOFIA MILAZZO  
PSICOLOGA



E', quindi plausibile ipotizzare che la riserva alle adozioni internazionali non sia, attualmente, uno strumento efficace di prevenzione e limitazione dell'illegalità nelle adozioni. La ricerca psico-sociale realizzata ha la finalità di individuare altre ragioni motivanti la riserva, di carattere transpersonale. Dallo studio teorico e bibliografico e dall'analisi del contesto storico e sociale del paese del Sud America, emerge che l'Argentina è segnata da due eventi storici transpersonali: l'ultima dittatura militare (1976-1983) con le azioni sistematiche e pianificate di appropriazione e sottrazione di minori e le trasposizioni e falsificazioni dell'identità. I minori sottratti alle loro madri venivano registrati con i cognomi degli appropriatori e la sottrazione veniva trasformata in adozione. L'altro evento è costituito dalle correnti migratorie (1890-1950), con la convivenza di diverse culture, maggioritariamente europee - spagnoli e italiane - la definizione di un'identità europea e l'inizio del dibattito sull'identità nazionale. I riferimenti teorici della ricerca sono quelli della teoria della mente trans personale. Esistono eventi storici e sociali in grado di conferire all'identità significati particolari, anche all'identità di chi non ha direttamente vissuto tali eventi. Attraverso il transpersonale, le esperienze umane si trasmettono e si condividono. La dittatura e i flussi sono processi transpersonali che superano la soggettività dell'individuo e la oltrepassano. Assumono il significato di segni culturali che da fatti storici si trasformano in simboli dell'identità individuale.

La ricerca, descrittiva ed esplorativa, è costituita da due fasi, una prima fase di studio teorico e di analisi del contesto storico e sociale dell'Argentina che ha indirizzato la ricerca verso l'esplorazione di eventuali legami tra la connotazione dell'identità e la volontà di preservare l'identità culturale e il senso di appartenenza territoriale, attraverso strumenti, quale potrebbe essere la riserva alle adozioni internazionali. Nasce così la seconda fase dell'in-

indagine che è un lavoro sul campo, realizzato in Argentina, nella città di Buenos Aires, dalla dott.ssa B. Zammiti, volto alla raccolta di informazioni più approfondite.

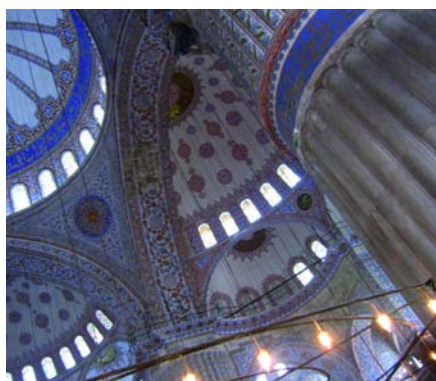
Obiettivi sono: descrivere i significati attribuiti all'identità dai partecipanti alla ricerca, studiare l'istituto delle adozioni in Argentina, con particolare riferimento alle adozioni internazionali e ai significati che assume; esplorare l'impatto della trasmissione trans personale di memorie storiche nella costruzione dell'identità personale; cogliere eventuali legami tra l'identità e la decisione argentina di formulare la riserva alle adozioni internazionali.

Lo strumento di indagine è una intervista in profondità semistrutturata, che indaga 4 aree: l'area delle adozioni, l'area della memoria storica, l'area dell'identità, l'area dell'economia. I soggetti coinvolti nella ricerca sono 13, tutti di nazionalità argentina e residenti in Argentina. L'età degli intervistati varia da 17 a 70 anni. Attraverso questa fascia di età si è potuto verificare il processo di trasmissione/ricezione trans personale di memorie storiche.

Per quanto riguarda le tecniche di analisi dei dati, le interviste sono state analizzate prioritariamente attraverso una tecnica interpretativa e secondariamente attraverso l'esecuzione di un software per l'analisi qualitativa di dati testuali, il *qda miner* con *wordstat*.

In generale dall'analisi delle interviste emerge un meccanismo di trasmissione e ricezione trans personale di memorie.

Emergono due ricordi fondamentali che si configurano come segni culturali, il ricordo della dittatura - appropriazione e trasposizione di identità - e il ricordo delle correnti migratorie - creazione di diverse culture e abitudini.



In riferimento all'identità, l'analisi interpretativa e l'analisi informatizzata mostra caratteristiche di fragilità e debolezza dell'identità. La dittatura, in primo luogo, e i flussi in secondo luogo sono cause della debolezza dell'identità.

Una delle premesse della ricerca si riferiva alla possibilità che gli eventi storici abbiano potuto influenzare la connotazione dell'identità negli argentini. In effetti, dai dati emerge che il concetto dell'identità sembra risentire degli eventi che hanno caratterizzato il Paese.

Sembra emergere, inoltre, un dato apparentemente contraddittorio con la debolezza dell'identità, il *nazionalismo*. Potrebbe essere un apparente nazionalismo, emergente come meccanismo difensivo rispetto alla sensazione di possedere una identità poco chiara e poco definita. E' plausibile pensare che il nazionalismo provocherebbe una chiusura comunicazionale con l'esterno. Il bisogno di rafforzare una identità, indebolita da eventi storici, potrebbe impedire il rivedere alcune delle decisioni del governo argentino, per esempio la riserva, ancora provvisoria, alle adozioni internazionali.

La decisione della riserva appare in relazione con l'identità e, in particolare, con la necessità di mantenere l'identità territoriale. Emerge, inoltre, una confusione tra appropriazione e adozione (ricordiamo che molte appropriazioni sono state trasformate in adozioni).

Un dato interessante, che emerge dall'analisi del dendrogramma e che nell'analisi interpretativa sembrava marginale, è il tema della povertà, in relazione alle adozioni. La lettura del grafico mostra in un unico gruppo semantico la categoria dell'adozione e della riserva. Fattori come la dittatura e la fragilità dell'identità, creando povertà nel paese, si configurano come fattori di spinta motivazionale della riserva stessa. Probabilmente se la dittatura avesse creato ricchezza oggi la riserva non esisterebbe.



## LA VALUTAZIONE DELL'IMPUTABILITÀ

SERENELLA SPITALE  
PSICOLOGA

In questa comunicazione si vogliono evidenziare alcune difficoltà proprie del giudizio peritale, che oggi appaiono più attuali che mai nell'inesauribile dibattito sulla perizia in ambito d'imputabilità e stimolare una riflessione rispetto al lavoro del perito in ambito di valutazione dell'imputabilità di un reo.

Gli articoli 88 e 89 c.c.p., che rimandano la diminuzione o esclusione dell'imputabilità ad una condizione di infermità "che abbia determinato uno stato di mente tale da scemare grandemente o escludere la capacità di intendere e di volere del soggetto", sono disposizioni normative risalenti ad ottant'anni fa, e nel corso dei decenni sono stati aggiornati e adattati alla realtà in evoluzione.

Dalla antica nozione di infermità, basata su un substrato organico, si è col tempo giunti al riconoscimento del valore giuridicamente rilevante delle psicosi e dei disturbi dell'umore, fino ad attribuire valore di infermità anche alle manifestazioni più gravi dei "disturbi di personalità".

E' qui che si concentra l'attenzione, stimolata soprattutto dalla sentenza n. 9136/2005 della Cassazione - Sezioni riunite - che ha allargato la possibilità di giudizio di infermità in presenza di:

"...disturbo idoneo a determinare, o che abbia determinato, una situazione di assetto psichico incontrollabile e ingestibile rendendo l'agente incapace di esercitare controllo dei propri atti, di conseguentemente indirizzarli, di percepire il disvalore del proprio atto, di autonomamente, liberalmente determinarsi".

E' un traguardo questo che toglie i clinici dall'imbarazzo di un'etichetta valutativa (di fronte al grave disturbo di personalità) qualitativamente non adeguata e completa, pena un giudizio, ai fini dell'imputabilità

di un soggetto, non aderente alla realtà psicopatologica del reo.

L'elemento innovativo, pertanto, sta proprio nella possibilità di attribuire il valore di infermità a qualsiasi condizione patologica che influisca in modo assai rilevante, o totale, sulla capacità di intendere e di volere.

Anche qui, il linguaggio giuridico ha lasciato ampio margine di interpretazione sulla valutazione di una persona come inferma di mente; deve infatti essere riconosciuto uno specifico e "grave" valore di infermità alla sua condizione patologica, tale da essere assimilata, sul piano psicopatologico e valutativo, ad una condizione di carattere psicotico.

In realtà si hanno giudizi in cui soggetti con una personalità complessivamente disturbata, ma senza un'autentica esperienza psicotica, sono valutati come non imputabili, e altri forniti solo in presenza di un conclamato scompensamento psicotico in una personalità gravemente disturbata.

Rispetto a queste diatribe il perito non deve comunque perdere di vista che al Diritto penale interessa di fondo comprendere lo stato mentale del soggetto al momento del fatto ai fini dell'imputabilità (condizione psicopatologica al momento del fatto e sua influenza sul comportamento del reo), mentre l'aspetto tassonomico-clinico-psichiatrico è ancora secondario, anche se oggi più influente nel giudizio di imputabilità.

Il rischio che forse ancora la scienza giuridica (e aggiungerei anche la psicologia

forense), teme di correre è, a nostro avviso, quello di una valutazione di personalità gravemente disturbate come aprioristicamente semi-inferme di mente o come altrettanto aprioristicamente totalmente inferme, andando incontro in questo modo ad una "psicologizzazione" del giudizio di imputabilità, con la conseguenza di un crollo verticale del confine tra patologico e sano, e quindi, con l'affermazione di un eclettismo interpretativo che sovverte la previsione di legge per la quale, *in assenza di dimostrata infermità di mente su base patologica, ogni adulto deve essere considerato come imputabile*.

A nostro avviso l'escamotage clinico-forense per dare rilevanza alla diagnosi dovrebbe essere la verifica per mano del clinico, tramite accurato esame psichico, che la persona abbia avuto stravolto in forma profonda il proprio "senso del mondo" (esame di realtà) e le cosiddette funzioni dell'io.

Questo è il punto centrale di ogni indagine: come ampiamente riconosciuto anche dalla medicina legale e psichiatrico forense, deve esistere una connessione logicamente compiuta, o perlomeno plausibile o altamente verosimile tra il disturbo mentale e la condotta giuridicamente rilevante nei termini del classico nesso di causa medico-legale. In assenza di questo nesso la condizione mentale del soggetto è ininfluente ai fini del giudizio, nella maggior parte dei casi presi in esame.

### ■ BIBLIOGRAFIA

- Capri P., *La metodologia psicologica in ambito giudiziario*, Newsletter AIPG n.28, genn-mar, 2007.
- Capri P., *I quesiti peritali: una questione tuttora aperta*, Newsletter AIPG n.31, ott-dic, 2007.
- Fornari U., *I disturbi gravi di personalità rientrano nel concetto di infermità*, in Cass. Pen. n. 1/2006.
- Fornari U., *Trattato di psichiatria forense*, Utet, Torino, 2008.



# LIBRI RICEVUTI



## IL VINCOLO DELLA DIPENDENZA

UN MODELLO COGNITIVISTA E COMPLESSO PER LE DIPENDENZE PATOLOGICHE E LA LORO TERAPIA

TULLIO SCRIMALI FRANCO ANGELI, MILANO 2011

Questo nuovo libro di Tullio Scrimali ci porta nella dimensione delle dipendenze patologiche che, come è noto, costituisce una topica cruciale nell'attuale contesto storico e culturale.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) descrive il concetto di dipendenza patologica o di sindrome della dipendenza come "quella condizione psichica e talvolta anche fisica, derivante dall'interazione tra un organismo vivente e una sostanza tossica, e caratterizzata da risposte comportamentali e da altre reazioni, che comprendono sempre un bisogno compulsivo di assumere la sostanza in modo continuativo o periodico, allo scopo di provare i suoi effetti psichici e talvolta di evitare il malessere della sua privazione" (cit. in Pigatto, 2003). La stessa prospettiva può riscontrarsi nell'ultima versione del Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM-IV-TR, APA, 2000) e del Manuale di classificazione delle sindromi e dei disturbi psichici e comportamentali (ICD-X, OMS, 1994) dove la nozione di dipendenza presuppone esclusivamente l'uso di sostanze psicoattive. Tuttavia risulta sempre più largamente condivisa, nella letteratura scientifica e nella pratica clinica, una nozione di dipendenza che fa riferimento a quell'insieme di sintomi derivanti dalla ripetizione di altre attività per lo più socialmente accettate, che non implicano l'assunzione di alcuna sostanza (Del Miglio & Corbelli, 2002; Shaffer & Kidman, 2003; Alaimo & Barbagallo, 2011). Dipendenze o dipendenze comportamentali queste che si riferiscono a una vasta gamma di condotte, tra esse le più note e maggiormente indagate sono il Gioco d'Azzardo Patologico (GAP), lo Shopping Compulsivo, la Dipendenza da Lavoro e da Studio, le Dipendenze da Tecnologia, le Dipendenze Relazionali e alcuni Disturbi Alimentari (Marganone e Aguglia, 2003). D'altronde diversi studi evidenziano come sia le dipendenze comportamentali (nuove dipendenze) sia quelle determinate dall'uso di sostanze presentano delle fondamentali somiglianze così riassumibili:

- la compulsività (ovvero la sensazione di impossibilità di resistere all'impulso di mettere in atto il comportamento);
- carving (ovvero la sensazione crescente di tensione che precede immediatamente l'inizio del comportamento);
- sensazione di piacere e sollievo durante realizzazione del comportamento;

- percezione di perdita di controllo;
- persistenza del comportamento anche se associato con conseguenze negative.

Nella monografia *Il Vincolo della Dipendenza* Scrimali, che da anni si dedica alla ricerca, alla didattica e al trattamento di questo gruppo di patologie, descrive un originale modello scientifico e clinico per le dipendenze patologiche, "vecchie o classiche" e "nuove", da lui stesso elaborato.

Tale modello, di orientamento cognitivista, costruttivista e complesso, focalizza, da un punto di vista eziopatogenetico, i fattori biologici e genomici individuali insieme a quelli relativi alla storia di sviluppo, al parenting esperito, nonché al ruolo delle agenzie educative e dei media. L'autore sviluppa un'originale concettualizzazione della dinamica psicopatologica del disagio, proponendo un approccio processuale ed elaborando un nuovo costrutto, denominato vincolo. Particolarmente interessante poi, da un punto di vista più pragmatico, l'esposizione del rationale di una serie di protocolli terapeutici e riabilitativi nei quali il processo terapeutico è tatticamente articolato (coping, problem solving, analisi e ristrutturazione dei sistemi disfunzionali di convinzione) ma strategicamente orientato verso il cambiamento radicale del sistema di conoscenza grazie alla modificazione profonda dei modelli operativi interni disfunzionali e alla costruzione di una nuova e coerente narrativa. Scrimali descrive come la dimensione fondamentale del miglioramento consista nella scoperta di un senso di speranza rispetto alla possibilità di un cambiamento e di una crescita personale in cui anche l'esperienza della dipendenza e le sue terribili conseguenze, possono costituire un incremento della consapevolezza e del senso di fiducia personale. Ampio spazio nella monografia trovano, tra le "nuove dipendenze", i disturbi dell'alimentazione e del peso che solo di recente si è iniziato a considerare quali forme peculiari di dipendenza patologica. Sulla base dei contenuti e degli strumenti teorici e pratici che offre ritengo che la lettura attenta di questo saggio possa essere vantaggiosa per tutti coloro che, in qualche misura, si accostano, per ragioni anche diverse, al grande tema delle dipendenze patologiche come: psichiatri, psicologi, educatori, famiglie, oltre che agli stessi "dipendenti".

S.M. ALAIMO

# LIBRI RICEVUTI



## DIAGNOSI DEI DISTURBI SPECIFICI

In questi ultimi anni la clinica e le metodiche di intervento nel campo dei Disturbi Specifici dell'Apprendimento (DSA) hanno subito dei cambiamenti importanti: sono state meglio definite le procedure di diagnosi per la dislessia, la disortografia e la discalculia, indicate le misure per la riabilitazione, fornite alla scuola precise informazioni sulle ricadute dei disturbi nello studio; sono invece ancora dibattute altre problematiche di apprendimento, come la comprensione del testo scritto, l'espressione scritta, le ricadute del disturbo visuospatiale nel percorso scolastico dello studente. Il testo, in questa nuova edizione ampiamente riveduta e aggiornata, affronta tutti questi temi, facendo il punto sulle più recenti ricerche scienti-

## DELL'APPRENDIMENTO SCOLASTICO

**C. VIO, P. E. TRESSOLDI, G. LO PRESTI**

ERIKSON, TRENTO 2012

fiche sul campo e proponendo allo psicologo, al logopedista, al neuropsichiatra una concreta procedura per la formulazione della diagnosi funzionale, in accordo con gli indirizzi della *Consensus Conference* e dei sistemi internazionali di classificazione (ICD-10, DSM IV e V). Nel testo è inserito un inventario ragionato di tutti gli strumenti oggi disponibili per il percorso diagnostico e per le problematiche associate. L'opera è utile anche al pedagogista e all'insegnante perchè fornisce una base comune di conoscenze sull'espressività dei Disturbi e sulle questioni ancora aperte che non trovano una corrispondenza tra rilievo della scuola e valutazione clinica (ad esempio, il disturbo dell'espressione scritta).



## IL NOW-FOR-NEXT IN PSICOTERAPIA

Il Now-for-next in psicoterapia rappresenta un cammino, in cui l'esperienza e la passione dell'autrice accompagnano il lettore attraverso le maglie del lavoro clinico gestaltico.

La psicoterapia della Gestalt conferisce alla relazione terapeutica la valenza di "esperienza reale", in cui è la relazione stessa, ciò che accade tra il terapeuta ed il paziente, a realizzarne la cura. Il terapeuta sta nel qui-ed-ora, sostenendo il now-for-next, l'energia di contatto che dimora dietro ogni sofferenza. Il metodo gestaltico si pone come approccio clinico che considera lo sviluppo umano e la psicopatologia come un adattamento creativo, in cui i termini "sano-patologico",

## LA PSICOTERAPIA DELLA GESTALT RACCONTATA NELLA SOCIETÀ POST-MODERNA

**MARGHERITA SPAGNUOLO LOBB** FRANCO ANGELI 2011

"maturo-immaturo" vanno inquadrati nella cornice esperienziale dell'individuo e nella sua unicità trovano un senso.

Il Now-for-next in psicoterapia diviene dunque un percorso che, attraverso i molteplici aspetti del lavoro gestaltico e l'analisi di casi clinici, conduce ad una profonda riflessione sul fondamentale valore della psicoterapia nella società contemporanea, caratterizzata da una crescente complessità e scandita da profondi mutamenti. Come afferma l'autrice, "Questo libro mette insieme il mio 'rivelarmi' nell'incontro clinico e il mio amore per la teoria della psicoterapia della Gestalt".



## IL CORAGGIO DI VIVERE SE STESSI

Pur trattando temi particolari come la perdita, il suicidio, la malattia, l'omosessualità, la follia, la guerra, la droga, la spiritualità, è presente un finale in cui alberga la speranza di un mondo migliore. Il titolo "Il coraggio di essere se stessi" evidenzia il travaglio affrontato dall'essere umano nell'arrivare a prendere contatto con le sue parti più nascoste e ridurre il divario con la propria immagine esibita.

Qui ci sono appunti di viaggio, brandelli di memoria, probabilmente il percorso che noi tracciamo sulla nostra vita.

**PIPPA AUGLIERA**

ARDUINO SACCO EDITORE, ROMA 2011

Storie, con protagonista una panchina e due personaggi che si raccontano puntando sul dialogo, sulla capacità di ascolto.

Una forma semplice di incontrarsi, la maniera più elementare di una psicoterapia nella quale è permessa la catarsi, attraverso una empatia che sprigiona dal volersi conoscere, al di là degli schemi convenzionali, in una autenticità, emozionante, nel sentirsi reciprocamente.



## LIBRI RICEVUTI



## L'UNIVERSO RITROVATO

### RELAZIONE E CREATIVITA'

**FERDINANDO TESTA (A CURA)**  
BONANNO EDITORE, ACIREALE-ROMA 2011

Il volume raccoglie i contributi di diversi autori (P. Bozzaro, P. Ancona, E. Caruso, M. Gasseau, G. Lo Castro, G. Lo Verso, G. Ustica, C. Panebianco, L. Paradiso, G. Raniolo, A. Schimmenti, M. Spagnuolo Lobb, S. Di Nuovo) nel campo della psicologia clinica e della psicoterapia, muovendosi lungo la visione della conoscenza e dell'importanza del confronto tra i diversi modelli epistemologici e clinici per la cura del disagio psichico e per il benessere della persona e del collettivo. In tale senso l'attenzione sulla relazione, al di là della specificità dei singoli modelli, deriva dalla consapevolezza che essa rappresenta il fulcro di ogni processo di cura, in un periodo stori-

co attuale in cui i disturbi legati alla sfera relazionale si impongono sullo scenario della Psiche individuale e sociale.

Recuperare e restituire alla creatività una sua valenza psichica significa collocarla in una visione simbolica e relazionale, spostando l'asse della creatività al fare creativo, alla poiesis come base poetica della mente, focalizzando l'attenzione sul processo creativo inteso come stile di lavoro che favorisce la trasformazione della propria storia, aprendosi agli orizzonti prospettici di una molteplicità di modi di vedere il mondo personale e sociale, l'Anima individuale e l'Anima mundi.



## DA EDIPO RE A EDIPO A COLONO

### CICLO DI VITA E RIFLESSIONI PSICOANALITICHE

**ENRICO MOLINARI E PAOLO BOZZARO (A CURA DI)**  
EDUCATT, MILANO 2011

In occasione della rappresentazione dell'Edipo a Colono di Sofocle al Teatro Greco di Siracusa nel 2009, l'Ordine degli Psicologi organizzò un Convegno dal titolo *Edipo: l'enigma, l'incesto, l'espiazione. Figure del discorso e riflessioni psicoanalitiche*. Le relazioni presentate in quell'occasione da Paolo Bozzaro, Maria Costanzo, Giuseppe Raniolo e Turi Sapienza vengono qui riproposte all'interno di una cornice interpretativa, delineata da Enrico Molinari e Davide Zanchi, che intende rileggere la storia di Edipo nella sua interezza. Se la psicoanalisi del Novecento si era riferita principalmente all'Edipo Re e dalla vicenda in essa narrata ne aveva tratto

uno strumento metaforico utile per la psicologia dello sviluppo (in particolare per lo sviluppo psicosessuale), l'Edipo a Colono può essere un'utile metafora per la comprensione dello sviluppo psicologico nell'età matura e nella terza età. In senso figurato esso può rappresentare il compimento del ciclo della vita non solo dell'Edipo, ma anche dell'uomo nelle sue diverse evoluzioni ed in particolare nell'ultima tappa della vecchiaia: la morte e la necessaria 'rinuncia al potere', nello sfondo di quel conflitto intergenerazionale, che può essere risolto nella consapevole accettazione del legame che unisce morte (del padre) e successione (del figlio).



## LA VALUTAZIONE PSICODIAGNOSTICA DELL'ABUSO SESSUALE

L'abuso sessuale è un fenomeno tristemente diffuso la cui valutazione richiede allo psicologo clinico competenze complesse. Il presente volume ha come obiettivo quello di fornire gli strumenti diagnostico-clinici necessari per effettuare consulenze nell'ambito dell'abuso sessuale. Il libro si propone quindi come vera e propria guida professionale per la valutazione della vittima di tale forma di violenza. La procedura psicodiagnostica viene illustrata attraverso la descrizione di casi aneddotici con brevi excursus teorici e note metodologiche. Il lettore viene guidato nel processo

## STRATEGIE PER LA SOLUZIONE DI QUESITI PERITALI

**GIUSEPPE SCIMECA** F. ANGELI, MILANO 2011

psicodiagnostico attraverso una descrizione delle motivazioni scientifiche e cliniche che determinano le scelte dello psicologo clinico durante lo svolgimento delle perizie. Il volume è suddiviso in capitoli ciascuno dei quali tratta di una specifica tipologia di violenza o di problematica inerente l'abuso sessuale (ad es. la simulazione, la violenza con penetrazione, l'incesto...). Una particolare attenzione viene riservata ai reattivi proiettivi (Rorschch, Thematic/Children Apperception Test e Disegno della Figura Umana) per la loro rilevanza e difficoltà di interpretazione



## I GIOCHI DELL'ANALISI TRANSAZIONALE

COME RICONOSCERLI E LIBERARSENE

SABRINA D'AMANTI EDIZIONI XENIA, MILANO 2011

Questo libro affronta uno dei temi chiave dell'Analisi Transazionale: "i giochi psicologici", ovvero quel che rende spiacevole la comunicazione connotandola in modo patologicamente consistente. Introdotto nel 1964 da Eric Berne, fondatore dell'Analisi Transazionale, l'argomento fu successivamente arricchito dal contributo di numerosi altri autori, ma non ebbe mai quella revisione completa che con questo testo l'autrice e collega siciliana, partendo da personali approfondimenti realizzati all'interno del setting psicoterapico, propone di fare.

I giochi psicologici sono dinamiche relazionali messe in atto all'interno della conversazione con motivazioni inconsue. I messaggi che essi veicolano sono solo apparenti in quanto nascondono messaggi sottostanti volti ad ottenere precisi "vantaggi", che conducono spesso a conclusioni spiacevoli. Chi si trova ad essere coinvolto nel gioco psicologico, avviato da un altro, avverte, con forte tensione, l'ambiguità dei messaggi che esso contiene e prova una

sensazione sgradevole che via via si intensifica, ma non riesce ad aver chiaro cosa stia accadendo, a cosa attribuire il proprio disagio, né cosa fare per uscirne; questo perché i giochi avvengono fuori dalla consapevolezza sia di chi li subisce che di chi li mette in atto. Non vi è persona immune dall'uso dai giochi, quel che fa la differenza, in senso psicopatologico, è la quantità di tempo trascorsa nei giochi, cioè la frequenza con cui vengono messi in atto e il grado di intensità. Un gioco può essere giocato a tre differenti livelli di intensità, di questi, il primo è quasi del tutto innocuo, mentre il terzo si conclude con finale tragico, è quello che, come ci insegnò Berne, può condurre all'obitorio, in carcere o al manicomio.

Nel libro vengono analizzati più di 30 giochi, messe a nudo le motivazioni nascoste, mostrata, con vari esempi, la dinamica tipica di ciascuno di essi e infine mostrate le "mosse" da applicare per evitare di finirci dentro.

Il testo è disponibile in tutte le librerie d'Italia e su internet.



## PENSARSI PSICOLOGO PEDIATRICO

MODELLI, PERCORSI E STRATEGIE DI UNA FORMAZIONE

CONCETTA POLIZZI FRANCO ANGELI, MILANO 2011

"Pensare" e "pensarsi" psicologo pediatrico rappresenta, nel nostro territorio nazionale, una vera e propria sfida, nella misura in cui si tratta di fare riferimento ad una figura professionale innovativa, ad un *able to/for* che "dialoghi" con il proprio essere psicologo.

Pertanto, il percorso formativo proposto ha voluto prendere in carico l'esigenza di andare oltre la rappresentazione consolidata di uno psicologo che "adatta" il proprio bagaglio e le proprie competenze alla specificità dei contesti della cura in area pediatrica, sia ospedalieri che territoriali e domiciliari, per pensare ad una figura professionale con uno specifico profilo di competenze, di funzioni e compiti; questa la sfida che il testo ha voluto "cavalcare" e che chiama in causa piani e livelli diversi. Intanto, il piano professionale del singolo psicologo, per il quale si tratta di ridefinire la propria identità

professionale per poter pensare e agire da psicologo pediatrico; ma la sfida attiene, anche, ad un piano sociale e culturale, nella misura in cui parlare di una formazione specifica per lo psicologo pediatrico implica che si riconosca alla psicologia pediatrica una propria autonomia epistemologico-procedurale, pur nel suo collocarsi a confine e a confronto con altri linguaggi disciplinari, primi tra tutti la pediatria e la neuropsichiatria infantile. Non ultima, la sfida per i contesti della cura in età pediatrica, acui si chiede di riconoscere il senso di un lavoro interdisciplinare con psicologi formati alla pronazione del percorso di sviluppo dei bambini/adolescenti con patologia. Accogliendo, dunque, tale sfida, il testo presenta un percorso formativo in Psicologia pediatrica sperimentato attraverso un Master universitario di II livello realizzato all'interno dell'ateneo di Palermo.



# AGGIORNAMENTO ALBO

NUOVI ISCRITTI ALL'ALBO SEZ. A E SEZ. B  
DAL 3/3/2011 AL 31/3/2012

N. ISCR.	COGNOME E NOME	PROV.	N. ISCR.	COGNOME E NOME	PROV.
<b>ISTRITTI SEZIONE A</b>					
5854	Groitzsch Stephanie	CT	5897	Calcara Daniela	PA
5855	Ravesi Adriana	PA	5898	Nobile Fabiola	AG
5856	Colavecchio Rosa	ME	5899	Catanese Agata Rosa	PA
5857	Sciacca Liviana	CT	5900	D'Agati Adriana	PA
5858	Luca Emma	CT	5901	Gargano Girolama	PA
5859	Fava Maria Concetta	SR	5902	Mantia Vania	TP
5860	Oliva Tiziana	ME	5903	Lamia Vitalba	TP
5861	La Spina Sonia Tiziana	CT	5904	Lo Piccolo Valentina	PA
5862	Manno Caterina	TP	5905	Oddo Stefania	AG
5863	Briffi Cristina	CL	5906	Pizzo Rosalia	PA
5864	Pantellaro Maria	CT	5907	Seghini Valentina	PA
5865	Lamonica Caterina	PA	5908	Marciano' Viviana	PA
5866	Costanza Elisa	CL	5909	Litrico Natalina	PA
5867	Ripepi Isabella	RC	5910	Ligammari Daniela	PA
5868	Mazzara Simona	SR	5911	Garofalo Rosa Maria	PA
5869	Martorana Maria Rita	AG	5912	Versaggio Marzia	PA
5870	Messina Luca	CT	5913	Mancuso Laura	PA
5871	Mirona Laura	CT	5914	Alberti Manuela	PA
5872	Fallone Maria Daniela	CT	5915	Terrasi Simonetta	AG
5873	Vallone Silvana	PA	5916	Tuso Daniele	PA
5874	Amella Concetta	PA	5917	Calandra Rosaria	ME
5875	Carapezza Luigia	CL	5918	Barravecchia Giuseppa	PA
5876	Spalletta Angelica	EN	5919	Maggio Rosalinda	AG
5877	Ferlito Bruna	CT	5920	Di Gregorio Sara Francesca	EN
5878	Tinebra Cristian Gino	EN	5921	Messina Roberta Maria Rita	EN
5879	Dipasquale Luisa	RG	5922	Scardina Fortunata	PA
5880	Spadaro Laura	ME	5923	Renda Rosalinda	PA
5881	Timpanaro Alessandro Luigi	EN	5924	Spano' Silvia	TP
5882	Cannioto Doriana	AG	5925	Bellomo Valentina	TP
5883	Armata Antonella	TP	5926	Sutera Caterina	TP
5884	Sperlinga Manlio Attilio	CT	5927	Re Miriam	PA
5885	La Carrubba Cinzia	AG	5928	Lo Presti Rita	SR
5886	Conti Irene	AG	5929	Robertazzo Francesco	EN
5887	Maslak Karolina	CT	5930	Caruso Maria Grazia	PA
5888	Ferraino Viviana	PA	5931	Lopiano Alessia	CL
5889	Massa Silvia	PA	5932	Montalto Francesca	PA
5890	Quartuccio Antonia Tommasina	RC	5933	Boncoddo Maria	ME
5891	Bonafede Alfredo	SR	5934	Accardi Dora	TP
5892	Genovese Roberto	TP	5935	Sbirziola Paola	CL
5893	Garofalo Piera Eleonora	SR	5936	Lamanno Marina	AG
5894	Genco Antonio	CL	5937	Prestifilippo Alessia	PA
5895	Terenzi Dario	PA	5938	Obbole Maria Giuseppina	PA
5896	Molonia Francesca	ME	5939	Torcivia Paola	ME
			5940	Tinervia Elena	PA

# AGGIORNAMENTO ALBO

N. ISCR.	COGNONE E NOME	PROV.	N. ISCR.	COGNONE E NOME	PROV.
5941	Occhipinti Caterina	TP	5990	Costanzo Valentina	CT
5942	Rizzo Valentina	PA	5991	Acquaro Linda	PA
5943	Serras Monica	PA	5992	Licari Daniela	PA
5944	Principato Trosso Maria	ME	5993	Gruttadauria Luciana	CL
5945	Maranto Stefano	PA	5994	Germano Fiordaliso	AG
5946	Marinaro Anna Maria	ME	5995	Caradonna Irene	TP
5947	Marciano' Giovanna	PA	5996	Gentile Anna Maria	PA
5948	Scire' Angela	TP	5997	Cannizzo Miriam	CT
5949	Caime Carmela	TP	5998	Dentici Martina	PA
5950	Vitale Gina	ME	5999	Colantropo Giovanna	ME
5951	Lombardo Benedetto	PA	6000	Di Paola Santina	PA
5952	Oddo Manuela	PA	6001	Mainardi Serena	PA
5953	Cordovana Michela	EN	6002	Monastra Catia	ME
5954	Pizzo Elisabetta	PA	6003	Fiore Rosalba	CT
5955	Mortillaro Enza	PA	6004	Pampalone Loretta Maria	TP
5956	Priore Natalia	ME	6005	Testa Stefania	PA
5957	Giammanco Ornella	PA	6006	Messina Fabrizia	SR
5958	Consentino Rosario	ME	6007	Conti Daniela	CT
5959	Urso Manuela	TP	6008	Cusimano Daniela	PA
5960	Palermo Irene	AG	6009	Veneziano Broccia Maria	AG
5961	Ajello Gabriella	PA	6010	Schiavoni Selena	ME
5962	Careri Tommaso	EN	6011	Napoli Dario	PA
5963	Trapani Annalisa	PA	6012	Sutera Mery	EN
5964	Favuzza Erika	PA	6013	Capra Valeria	ME
5965	Sciortino Daniela	AG	6014	Previti Maria Cristina	ME
5966	Varisco Maria Rita	PA	6015	Massimino Simona	CT
5967	Gugliandolo Maria Cristina	ME	6016	Leonardi Federica	CT
5968	Vizzi Alessandro	SR	6017	Di Dio Luana	EN
5969	Valoroso Antonia	PA	6018	Crimaldi Maria	PA
5970	Pellerito Loredana	PA	6019	Citelli Giulia	CT
5971	Carmeci Rosalba	EN	6020	Scaglione Marisa	EN
5972	Molino Maria Elena	ME	6021	Gioietta Tommaso	PA
5973	Palazzolo Gabriella	PA	6022	Bruno Vincenzo	PA
5974	Russo Valeria	CL	6023	Cirolli Maurizio	CT
5975	Laudani Stefania	CT	6024	Paci Aurora	CT
5976	Alessi Antonella	ME	6025	Gullo Rosalia	CL
5977	Leonardi Cristina	CT	6026	Toscano Rosa	CL
5978	Cantale Aeo Tiziana	EN	6027	Scriffignano Pinuccia	EN
5979	Giaquinta Rosario	PA	6028	Baccani Erika Maria Domenica	EN
5980	Liotta Sabrina	ME	6029	Alauria Francesco	AG
5981	Gullo Manuela	TP	6030	Como Maria Rita	TP
5982	Salerno Cristina	PA	6031	Aronadio Adriana	PA
5983	Viola Marina	PA	6032	Blunda Vincenza	ME
5984	Meli Ornella Gaia	EN	6033	La Ciura Ilenia	PA
5985	Botta Valentina Concetta	CL	6034	Capodici Marianna	AG
5986	Privitera Federica	CT	6035	Bertolino Antonina	PA
5987	Sorrenti Antonio	RC	6036	Guarnaccia Cinzia	PA
5988	Benanti Sergio	PA	6037	Tocco Giada	PA
5989	Chicarella Eleonora	CT	6038	Porrovecchio Davide	CL



## AGGIORNAMENTO ALBO

N. ISCR.	COGNONE E NOME	PROV.	N. ISCR.	COGNONE E NOME	PROV.
6039	Maniscalco Rosaria	PA	6088	Leto Maria Grazia	PA
6040	Maltese Valentina	TP	6089	D'Andrea Fabio	ME
6041	Italiano Roberta	PA	6090	Salerno Silvia	SR
6042	Di Benedetto Maria Concetta	PA	6091	Vitale Maria	PA
6043	Marletta Laura Marina	CT	6092	Gallo Giuliana	CL
6044	Citro Loredana	PA	6093	Germana' Chiara	SR
6045	Zanca Sonia	PA	6094	Castiglia Rachele	SR
6046	Pipitone Laura	PA	6095	Arcidiacono Isabella	CT
6047	Insalaca Tania	CL	6096	Caserta Giovanna	CT
6048	Batolo Maria Enrica	PA	6097	Zammiti Mariagrazia	SR
6049	Mancuso Melissa	RG	6098	Caccetta Simona	ME
6050	Coco Federica Consuelo	CT	6099	Crisafulli Giulia	CT
6051	Ruggeri Elisa	ME	6100	Salemi Angela Maria Catena	SR
6052	Cali' Laura	PA	6101	Fontana Irene	PA
6053	Panzarella Antonino	TP	6102	Di Liberto Viviana	PA
6054	Grasso Serena	PA	6103	Bruno Claudia	ME
6055	Pavone Chiara	PA	6104	Albini Stefania	CT
6056	Di Lorenzo Chiara	PA	6105	Renda Angela	TP
6057	Ponsini Marialuisa	PA	6106	Asta Claudia	TP
6058	Grasso Valeria	CT	6107	Castronovo Antonio	PA
6059	Caruso Giada	CT	6108	Scavuzzo Giuseppina Beatrice	PA
6060	Carauddo Lucia	ME	6109	Caruso Alice	CT
6061	Ingra' Simona Maria	EN	6110	Montante Anna	PA
6062	Campo Ilaria	EN	6111	Peluso Cristina	SR
6063	Savarino Angela Elisa	AG	6112	Ravalli Sabrina	CT
6064	Mazzio Marzia Fiorella Katherin	CL	6113	Tavilla Francesca Assunta	ME
6065	Scalabrino Maria Francesca	TP	6114	Fiorito Alba Maria	TP
6066	Ando' Agata Maria Claudia	CT	6115	Disalvo Beatrice Elena	EN
6067	Fichera Fulvia	CT	6116	Parisi Mauro	ME
6068	Grippaudo Stefania	EN	6117	Zugaro Mariangela	PA
6069	Palminteri Valentina	AG	6118	Sutera Sardo Salvatore	AG
6070	Riccobono Luigi	PA	6119	Villari Cynthia	ME
6071	Purrazzella Giusi	PA	6120	D'Arpa Chiara	PA
6072	Roccasalva Mariangela	PA	6121	Di Lorenzo Valentina	TP
6073	La Paglia Rosamaria	EN	6122	Amata Giusi Valentina	ME
6074	Leanza Tina Debora	CT	6123	Citraro Alessandra	ME
6075	Marsala Eleonora	PA	6124	Faucetta Anna	PA
6076	Menozzi Francesca	PA	6125	Scalici Francesco	PA
6077	Pizzo Ivana	PA	6126	Pizzitola Eleonora	PA
6078	Bufalino Maria Rosaria	CL	6127	Altuni Daniela	ME
6079	Benigno Francesca	PA	6128	Micciche' Maria Veruska	CL
6080	La Pietra Federica	PA	6129	Rabesco Maria Assunta	PA
6081	Sanfilippo Concetta	EN	6130	Zito Maria Calogera	AG
6082	Aiuto Anna Pia	TP	6131	La Russa Maria	PA
6083	Valenziano Maria Chiara	PA	6132	Raunisi Manuela	RG
6084	Pamparana Laura	ME	6133	Trazzi Luigi	ME
6085	Di Benedetto Lorena	CT	6134	Ottana' Angela	ME
6086	Toscano Valeria	CT	6135	Lo Cascio Valentina	PA
6087	Gallo Angela	CL	6136	Guzzo Giovanni	PA



# P.E.C. POSTA ELETTRONICA CERTIFICATA

## SERVIZIO GRATUITO RISERVATO AGLI ISCRITTI ALL'ORDINE DEGLI PSICOLOGI DELLA REGIONE SICILIA

(DOMINIO NAZIONALE PSYPEC.IT)



Il D.L. 29 novembre 2008 n. 185 convertito nella Legge 2/2009 ha reso obbligatorio il possesso della PEC - Posta Elettronica Certificata per le Società ed i Professionisti iscritti all'Albo.

### ▷ COS'È

La posta elettronica certificata (PEC) è uno strumento che permette di dare, ad un messaggio di posta elettronica, lo stesso valore di una raccomandata con avviso di ricezione tradizionale.

### ▷ COME FUNZIONA

Al momento dell'invio di una mail PEC il gestore PEC del mittente si occuperà di inviare al mittente una ricevuta che costituirà valore legale dell'avvenuta (o mancata) trasmissione del messaggio con precisa indicazione temporale del momento in cui la mail PEC è stata inviata. In egual modo il gestore del destinatario, dopo aver depositato il messaggio PEC nella casella del destinatario, fornirà al mittente una ricevuta di avvenuta consegna, con l'indicazione del momento temporale nel quale tale consegna è avvenuta. In caso di smarrimento di una delle ricevute presenti nel sistema PEC è possibile disporre, presso i gestori del servizio, di una traccia informatica avente lo stesso valore legale in termini di invio e ricezione, per un periodo di trenta mesi, secondo quanto previsto dalle normative sotto citate. Dal punto di vista dell'utente, una casella di posta elettronica certificata non si differenzia da una casella di posta normale; cambia solo per quello che riguarda il meccanismo di comunicazione sul quale si basa la PEC e sulla presenza di alcune ricevute inviate dai gestori PEC mittente e destinatario.

### ▷ PROCEDURA DI ATTIVAZIONE

1. Registrarsi all'area riservata del sito del Consiglio Nazionale <https://areariservata.psy.it/cgi-bin/areariservata/ar.cgi>
2. Entrare nell'area riservata ed attivare il link PEC
3. Seguire le indicazioni contenute nella pagina.

### ACCESSO ALL'AREA RISERVATA E NEWSLETTER

Malgrado i frequenti solleciti molti iscritti non si sono ancora registrati nell'**Area Riservata** del sito regionale, all'interno della quale vengono girate **informazioni più specifiche** su seminari, convegni, master, corsi di varia natura nonché comunicazioni riguardanti **l'esercizio della professione, eventi riservati, convenzioni** e dal quale può essere aggiornato il proprio **profilo personale**, inserendo dati aggiuntivi che possono essere utili per identificare la propria identità professionale (numero di telefono, aree professionali di riferimento oltre quelli

La registrazione nell'**Area Riservata** permette inoltre di ricevere automaticamente nella propria casella di posta elettronica la **Newsletter dell'Ordine**, con le notizie più importanti ed eventuali rimandi a materiali presenti nel sito.

Analogo discorso vale per l'**Area Riservata** del sito nazionale ([www.psy.it](http://www.psy.it)). Moltissimi colleghi non hanno fatto la registrazione e pertanto non sanno, ad esempio, che potrebbero consultare in questa area l'intera Banca dati EBSCO "**Psychology and Behavioral Sciences collection**", più di **550 riviste scientifiche in full text** consultabili in modo semplice e funzionale; avere accesso inoltre ad un servizio di Rassegna Stampa quotidiana riguardante la professione di Psicologo, e la possibilità di ricevere in anteprima, attraverso un servizio di newsletter, informazioni sulle attività del Consiglio Nazionale.



**PSICOLOGI&PSICOLOGIA**  
IN SICILIA