

PSI  **PSICOLOGIA** 
ALABRIA

ANNO III • N. 1-2
Gennaio- Dicembre

2012

RIVISTA SCIENTIFICO-DIVULGATIVA DELL'ORDINE DEGLI PSICOLOGI DELLA CALABRIA



CONVERSARE CON

A COLLOQUIO CON GIUSEPPE LUIGI PALMA PRESIDENTE NAZIONALE

ISTITUZIONI IN **ANALISI**

SOGNO E MANUTENZIONE ANALITICA DELLE ISTITUZIONI

BEST PRACTICE

PREMESSE METODOLOGICHE PER UNA BUONA (CTU)

RIFLESSIONI IN **NETWORK**

DIAGNOSI? NO GRAZIE!

Ordine degli Psicologi della Calabria

- HOME
- ORDINE**
- SEGRETERIA
- MODULISTICA
- NORMATIVE
- ALBO ONLINE
- NEO ISCRITTI
- Cerca



In Evidenza

Area Riservata

ULTIMA NEWS

Inserita il giorno **28/08/2012**

Rinvio obbligo assicurazione R.C. Professionale

Il Consiglio dei Ministri ha approvato il decreto di riforma degli ordinamenti professionali. Concessa una proroga di 12 mesi (quindi agosto 2013) per quanto riguarda l'obbligo, da parte del professionista, di stipulare polizza assicurativa per la copertura di eventuali danni causati alla committenza.

News inserita il giorno **27/06/2012**

FIRMA L'APPELLO

Disegno di legge (DDL) n. 3270, recante "Disposizioni in materia di professioni non organizzate in ordini o collegi"

Gli psicologi italiani lanciano un allarme: lo Stato non abdichi alla sua funzione di responsabile della salute dei cittadini. Iniziativa del CNOP - Consiglio Nazionale degli Psicologi.

Utente:

Password:

- [Registrazione](#)
- [Password dimenticata](#)

Corsi e Convegni

- [Organizzati dall'Ordine](#)
- [Altri Convegni](#)

Psicologi e Fisco

- [Descrizione del Servizio](#)
- [Fisco Flash](#)

Rivista Online

Utente:

Password:

- [Registrazione](#)
- [Password dimenticata](#)

ISSN 2280-8825

PSICOLOGIA CALABRIA
ANNO III - N. 1-2
Giugno-Dicembre
2012
RIVISTA SCIENTIFICO-DIVULGATIVA DELL'ORDINE DEGLI PSICOLOGI DELLA CALABRIA

RIVISTA SCIENTIFICO-DIVULGATIVA DELL'ORDINE DEGLI PSICOLOGI DELLA CALABRIA

CONVERSARE CON
A COLLOQUIO CON GIUSEPPE LUIGI PALMA PRESIDENTE NAZIONALE

ISTITUZIONI IN ANALISI
SOGNO E MANUTENZIONE ANALITICA DELLE ISTITUZIONI

BEST PRACTICE
PREMESSE METODOLOGICHE PER UNA BUONA (CTU)

RIFLESSIONI IN NETWORK
DIAGNOSI? NO GRAZIE!

postatarget creative
Posteitaliane

PEC
POSTA CERTIFICATA
Accedi alla tua casella di posta



Anno 3 - Numero 1-2

Rivista scientifico-divulgativa semestrale dell'ordine degli Psicologi della Calabria
Gennaio-Dicembre 2012

Iscritta al n. 6 del Registro Stampa del Tribunale di Catanzaro in data 10.06.2009

Direttore

ARMODIO LOMBARDO

Direttore Responsabile

ANTONIO FAZIO

Capo Redattore

ANGELA PIATTELLI

Segretario Redattore

SANDRO AUTOLITANO

Redazione

ANTONELLA ABBONANTE

CATERINA COREA

FRANCESCO LANDO

SERAFINA LAVIGNA

PASQUALE MONTALTO

Comitato Scientifico

ANGELA COSTABILE

ISABEL FERNANDEZ

DOMENICO ARTURO NESCI

RICCARDO GIORGIO ZUFFO

Grafica e stampa

Rubbettino print

Soveria Mannelli (Catanzaro)

Grafica di copertina a cura di GIANFRANCO CONFESSORE e ANITA BRANDI

Finito di stampare nel mese di settembre 2012

© Ordine degli Psicologi della Calabria - Via Acri, 81 • 88100 Catanzaro

Tel. 0961.794778 • Fax 0961.726709

www.psicologicalabria.it • e-mail: rivista@psicologicalabria.it

ISSN 2280-8825

Norme redazionali per gli autori

PSICOLOGIA CALABRIA, è la rivista degli psicologi calabresi; si rivolge a tutti i professionisti psicologi e psicoterapeuti della regione allo scopo di promuovere la crescita professionale e il dibattito culturale e scientifico tra i diversi indirizzi teorici della disciplina e la loro applicazione nei contesti di cura.

La mission della rivista è quella di favorire la condivisione di esperienze professionali, saperi e riflessioni sui temi che riguardano la promozione, la contestualizzazione e l'innovazione della professione in Calabria facilitando sempre più un approccio interdisciplinare del prendersi cura del disagio psicologico. Conoscere e condividere le attività dei colleghi e con i colleghi significa migliorare l'assistenza agli utenti dando risposte terapeutiche sempre più incisive ed efficaci alle complesse esigenze e richieste d'aiuto.

PSICOLOGIA CALABRIA è una rivista di Psicologia a carattere scientifico-divulgativo ed esce con una cadenza semestrale. Si propone la pubblicazione di lavori/riflessioni, resoconti di attività cliniche, di ricerca e di formazione, review della letteratura scientifica, recensione di libri, esperienze, eco delle attività scientifiche e culturali a livello nazionale ed internazionale. Nella rubrica "Conversare con" vengono invece affrontati, temi di ordine burocratico, politico e amministrativo che riguardano la professione Psicologo in Italia e nel mondo.

I lavori da inviare al comitato di redazione devono essere inediti. La responsabilità del contenuto scientifico è esclusivamente degli autori. È vietato riprodurre o trasmettere sotto qualsiasi forma o con qualsiasi mezzo, per fotocopia, registrazione o altro, qualsiasi parte della pubblicazione senza l'autorizzazione della redazione della rivista. È obbligatoria la citazione della fonte. La pubblicazione degli articoli e delle eventuali immagini è subordinata all'approvazione della redazione che ha facoltà di non accettare il manoscritto o di chiedere all'autore eventuali modifiche e, in ogni caso, non coinvolge la responsabilità dell'editore.

I lavori, redatti in formato microsoft word (carattere Times New Roman, dimensione 12) devono essere inviati tramite e-mail all'indirizzo di posta elettronica: rivista@psicologicalabria. it attivando l'opzione di notifica alla lettura del messaggio. È possibile inviare il lavoro per posta ordinaria allegando n. 3 copie cartacee dello stesso alla Segreteria dell'Ordine Psicologi Calabria insieme ad un supporto elettronico adeguato (es. pen drive, CD Rom, ecc). La correzione delle bozze sarà fatta dagli autori i quali disporranno di massimo sette giorni di tempo. Si raccomanda che gli autori conservino una copia del lavoro, perché la redazione non può considerarsi responsabile di eventuali smarrimenti degli originali. I dattiloscritti non pubblicati non saranno restituiti. Gli articoli a carattere scientifico saranno esaminati dal comitato scientifico della rivista che riceverà gli

stessi oscurati dei dati identificativi degli autori e dell'istituto di appartenenza. Tali articoli debbono essere contenuti entro un massimo di otto cartelle dattiloscritte, inclusi bibliografia e riassunto e debbono seguire possibilmente il seguente schema: Introduzione; Modalità di effettuazione dell'intervento clinico, di ricerca, di formazione od esperienziale; Risultati; Commento conclusivo; Riassunto di massimo 150 parole; Numero massimo di 6 parole chiave; note (che devono riportare sempre il numero di riferimento anche nel testo) e bibliografia.

Le pagine debbono essere numerate progressivamente. Nella prima pagina del manoscritto saranno indicati: Il titolo (massimo 40 caratteri); Il nome e cognome degli autori; L'istituto di appartenenza; Le parole chiave; L'indirizzo privato dell'autore (con nr. di telefono, fax ed e-mail) cui inviare eventuali comunicazioni, bozze ed estratti.

Le tabelle possono essere realizzate sia in word che in excel, penserà l'editore ad adattarle alla grafica della rivista. I grafici devono essere esclusivamente in formato excel o in pdf vettoriale, non è possibile accettare altri formati. Sia le tabelle che i grafici vanno citati nel testo senza abbreviazioni e con numeri arabi. Grafici, tabelle e immagini nel loro file nativo (excell, jpg, tiff, pdf ecc.) devono essere raccolti in un'unica cartella insieme al file word del contributo prima di essere inviati alla redazione. Le fotografie debbono essere eseguite in formato digitale (jpg, tiff, eps, ai) purché in buona risoluzione (300 dpi e di grandi dimensioni), provvederà l'editore ad interpolarle nella misura adeguata.

Le voci bibliografiche vengono riportate alla fine dell'articolo nel loro ordine progressivo di citazione del testo a prescindere dall'ordine alfabetico. Per quanto riguarda gli articoli pubblicati, la relativa voce bibliografica deve essere riportata nel modo seguente: Cognome dell'autore ed iniziale del nome puntato. Nel caso di più autori vanno riportati tutti i cognomi e le iniziali del nome di ciascuno separati da virgola. Titolo dell'articolo in corsivo, Titolo della rivista per esteso, tra caporali (« »), nell'ordine: anno di pubblicazione, numero del volume, pagina iniziale e pagina finale segnalate con p. o pp.

Per quanto riguarda la citazione di libri, la relativa voce bibliografica deve essere così riportata: Cognome dell'autore ed iniziale del nome puntato. Nel caso di più autori vanno riportati tutti i cognomi e le iniziali del nome di ciascuno separati da virgola. Se il libro è costituito dal contributo di più capitoli di autori diversi, indicare tra parentesi (Ed). Titolo del libro in corsivo; Casa editrice, città, anno.

Eventuali estratti potranno essere ordinati all'editore al momento della restituzione delle bozze corrette e definitive o subito dopo la stampa definitiva della rivista sulla base del tariffario applicato dall'editore Rubbettino. L'autore interessato all'acquisto delle bozze dovrà rivolgersi al **Dr. Paolo Talarico** Direzione Commerciale Rubbettino print, tel. 0968-6664.252 monica.bonacci@rubbettino.it.

Innovare la professione di Psicologo

Ordine professionale e formazione dello Psicologo: le nuove sfide del CNOP

*A colloquio con il Dr. Giuseppe Luigi Palma,
Presidente Nazionale dell'ordine degli Psicologi*

di ANGELA PIATTELLI

In materia di Psicologia e professione ordinistica il 14 agosto 2012 è stato pubblicato, sulla Gazzetta Ufficiale, il **Decreto sulla Riforma degli Ordinamenti** che prevede una serie di cambiamenti, tra i quali, l'obbligo per il professionista di seguire percorsi di formazione continua, predisposti sulla base di appositi regolamenti emanati dai consigli nazionali. Contestualmente, allo scopo di garantire una nuova e migliore formazione professionale, il CNOP ha presentato il *decalogo* per la riforma della formazione primaria degli Psicologi. Tale documento prevede, tra le altre misure innovative, il numero chiuso per l'accesso alla facoltà universitaria; prove di ammissione comuni, nello stesso giorno, a livello nazionale; la riforma della cosiddetta laurea breve; una migliore qualità del tirocinio e la revisione dell'esame di Stato.

In tale contesto e fermento, parallelamente, è in discussione al Senato della Repubblica l'approvazione del DdL 3270 "Disposizioni in materia di professioni non organizzate in ordini o collegi" che vorrebbe riconoscere le "associazioni a carattere professionale di natura privatistica fondate su base volontaria"; una norma che, se approvata, metterebbe a rischio i principi fondamentali della qualità essenziale del servizio e della tutela dovuta all'intera cittadinanza. Le succitate questioni rappresentano le nuove sfi-

de che l'Ordine nazionale è chiamato ad affrontare ed esplicitare.

Abbiamo pertanto chiesto al presidente nazionale del nostro ordine professionale, Dr. Giuseppe Luigi Palma, di illustrarci i piani di azione del Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Psicologi.

Presidente Palma, in merito all'eventuale approvazione del DdL 3270, quali azioni intende perseguire il CNOP allo scopo di tutelare la qualità delle prestazioni professionali degli Psicologi italiani?

R. Spero proprio che il DdL non sia approvato nella versione attuale, ma che venga accolta la nostra richiesta di escludere dalla possibilità di riconoscimento tutte quelle associazioni di "professionisti" che fanno riferimento allo specifico campo sanitario. Questo perché il diritto alla salute è un diritto previsto dalla Costituzione e lo Stato deve garantirne la qualità delle prestazioni. Il CNOP ha condiviso un importante documento proprio su questo tema con la Conferenza dei Presidi delle Facoltà di Psicologia, la Consulta dei Direttori dei Dipartimenti di Psicologia, l'Associazione Italiana di psicologia, che sono i più importanti organi di rappresentanza accademica, scientifica e professionale della Psicologia italiana. Inoltre è in corso un'altra importante iniziativa da parte del CNOP: la raccolta di firme per l'appello contro

il DdL 3270. Oltre alle azioni specifiche vi sono poi altri interventi messi in atto dal CUP.

Secondo i dati ufficiali raccolti dal CNOP, sono circa 83.000 i professionisti in Italia iscritti all'Albo degli Psicologi, ma oltre la metà degli iscritti non riesce ad esercitare la professione di Psicologo. Il decalogo presentato dal CNOP alle istituzioni preposte dovrebbe incidere sulla qualità e sul rigore dell'offerta formativa; quali finalità intende, invece, perseguire allo scopo di favorire una maggiore occupazione dei giovani colleghi?

Non mi stancherò mai di dire che il numero degli Psicologi italiani è sproporzionato rispetto alla popolazione e il ritmo di crescita è altissimo (circa 5.000 nuovi iscritti l'anno). Con questi numeri non è possibile neanche immaginare una politica professionale in termini occupazionali. Il decalogo cui si accennava, oltre ad affrontare il grande tema della qualità, prevede anche la programmazione degli accessi, con una maggiore aderenza, dunque, al mercato del lavoro e alle competenze richieste. Parallelamente credo sia cruciale per la crescita occupazionale insistere per l'approvazione di norme quali ad esempio l'istituzione dello psicologo di base e dello Psicologo scolastico. Sono convinto che queste proposte siano compatibili anche con l'attuale crisi proprio perché in grado non solo di garantire efficacia e appropriatezza, ma anche minori costi per il SSN e per la collettività.

Il Decreto sulla riforma degli Ordinamenti di recente pubblicazione impone agli ordini professionali una serie di misure da attuare da qui a poco. Quali azioni ha in programma il CNOP in tema di formazione continua?

Lo schema di decreto del Presidente della Repubblica recante "Riforma degli ordinamenti professionali in attuazione dell'articolo 3, comma 5, del decreto-legge 13 agosto 2011 n. 138, convertito, con modificazioni, dalla legge 14 settembre 2011 n. 148", sulla formazione continua prevede che:

- Il ministro vigilante, sentito il consiglio nazionale dell'ordine o collegio, disciplina con rego-

lamento, da emanarsi entro un anno dall'entrata in vigore del presente decreto:

a) le modalità e le condizioni per l'assolvimento dell'obbligo di aggiornamento da parte degli iscritti e per la gestione e l'organizzazione dell'attività di aggiornamento a cura degli ordini o collegi territoriali, delle associazioni professionali e di soggetti autorizzati dal ministro vigilante; b) i requisiti minimi, uniformi su tutto il territorio nazionale, dei corsi di aggiornamento; c) il valore del credito formativo professionale quale unità di misura della formazione continua. Inoltre è previsto che: *Resta ferma la normativa vigente sull'educazione continua in medicina (ECM)*. Il recente Decreto trova applicazione per tutte le 27 professioni "ordinate", per quanto riguarda gli psicologi, il nostro codice deontologico, fin dalla sua prima stesura del 1998, ha previsto l'obbligo di aggiornamento professionale: da una ricerca del CNOP risulta che il 97% degli iscritti segue percorsi formativi/aggiornamento dopo la laurea, a conferma di una forte attenzione all'aggiornamento da parte degli Psicologi. Il Dpr, nel ribadire che "resta ferma la normativa vigente sull'educazione continua in medicina (ECM)" sembra introdurre di fatto una duplice modalità di aggiornamento: il Regolamento del consiglio nazionale (da emanarsi entro agosto 2013 previo parere del Ministero della Salute) da una parte, e l'Educazione Continua in Medicina (ECM) dall'altra. Ritengo sia opportuno utilizzare questa doppia possibilità. Nel ribadire che l'ECM è obbligatoria per i dipendenti e/o convenzionati del S.S.N. e/o della Sanità privata accreditata, ritengo che, attraverso il regolamento previsto dal Dpr, sia possibile rendere la formazione continua più aderente alle diverse aree professionali. Sarebbe opportuno ed auspicabile che, coloro che non sono interessati alle materie trattate in ambito ECM ai fini dell'accrescimento della propria competenza professionale, possano utilizzare modalità di formazione continua nelle materie di loro interesse, rendendo così l'obbligo formativo sostanziale e non solo formale. Ma è necessario evitare il rischio che tutto si riduca ad una corsa all'accaparramento di "punti" e "bollini".

Sarebbe opportuno poter finalmente parlare di FCP e cioè di *Formazione Continua in Psicologia* di qualità, costruita sul senso di responsabilità dello stesso professionista. Infine, non va sottovalutata l'esigenza di garantire un'offerta formativa appropriata e possibilmente gratuita ai numerosi colleghi che non lavorano.

Quali altre peculiarità, implicazioni e/o criticità del recente Decreto?

L'Obbligo di assicurazione e responsabilità civile. La norma primaria, decreto legge 138/2011 convertito in legge 148/2011, prevedeva che *“a tutela del cliente il professionista è tenuto a stipulare idonea assicurazione per i rischi derivanti dall'esercizio dell'attività professionale. Il professionista deve rendere noti al cliente, al momento dell'assunzione dell'incarico, gli estremi della polizza stipulata per la responsabilità professionale ed il relativo massimale.”* Il DPR appena approvato sposta ad agosto 2013 l'obbligo di stipulare la polizza. Attualmente dunque, i professionisti che hanno già la polizza devono comunicarne gli estremi ed il massimale al cliente al momento dell'assunzione dell'incarico. Tra un anno, tutti gli iscritti all'Albo dovranno avere la polizza. Alcune criticità rilevanti dal mio punto di vista e su cui sarà necessario prendere posizione: perché costringere tutti i professionisti in quanto semplicemente iscritti all'albo a stipulare una polizza anche se non hanno alcun “cliente” cui eventualmente poter recare un danno? Nel caso della nostra categoria, sono ben oltre 40.000 gli iscritti che non lavorano, non producono reddito e non hanno quindi “clienti”, ma secondo la norma tra un anno dovrebbero avere comunque la polizza assicurativa che r-as-

sicuri “potenziali” clienti per “potenziali” danni. Su questo punto chiederemo con determinazione una deroga per coloro che non lavorano. Altra riflessione. Nulla da eccepire sul fatto che sia opportuno che tutti i professionisti che hanno “clienti” debbano avere la polizza, ma perché obbligare il professionista a rendere noti al cliente “...gli estremi della polizza stipulata per la responsabilità professionale ed il relativo massimale”? In alcune aree professionali, come in ambito clinico, questo obbligo introduce un elemento critico nella dinamica della costruzione del rapporto con l'utente. Inoltre, sono convinto che tutto questo porterà ad un aumento dei contenziosi con relativo incremento del carico di lavoro per i Tribunali e, ovviamente, del costo delle polizze per i professionisti. Infine, è necessario un chiarimento sull'applicabilità della norma ai dipendenti che potrebbero già avere una copertura assicurativa sottoscritta dall'Ente di appartenenza.

Come gli Ordini regionali e la comunità degli Psicologi italiani possono cooperare per contribuire fattivamente al percorso di innovazione e tutela della professione?

A mio parere innovazione e tutela richiedono una maggiore “coesione” professionale sui grandi temi. Sarebbe auspicabile che la comunità degli Psicologi e gli Ordini territoriali possano condividere una “politica professionale”, libera dall'autoreferenzialità e priva di scorie corporativistiche, ma fortemente ancorata ad una identità professionale così come tratteggiata dalla nostra legge di ordinamento e dal nostro codice deontologico.

Angela Piattelli
Dirigente Psicologo, Psicoterapeuta
UOC Oncologia Azienda Ospedaliera Cosenza
Tel/fax 0984/681597 Cell. 339/6716592
angela.piattelli@tiscali.it

Sogno e manutenzione analitica delle istituzioni

di SERAFINA LAVIGNA

L'istituzione sogna? Questa domanda, è stata tema della ricerca "Sogno e istituzione" condotta da un gruppo di psicoanalisti del "Centro Studi e Ricerche Coirag". La domanda è stata affrontata oltre che nel normale ambito della ricerca anche nel corso di discussioni informali tra soci e colleghi della stessa organizzazione; il resoconto di tale attività è stato pubblicato a cura dei due coordinatori della ricerca Ermete Ronchi* e Wilma Scategni. Risulta evidente che la domanda parte dalla considerazione e pone l'ipotesi che l'istituzione possa essere un soggetto dotato di corporeità e di attività psichica. Questo articolo riporta alcune considerazioni in merito al corpo dell'istituzione che sono state oggetto del mio contributo al lavoro di ricerca che è stato svolto.**

Parole Chiave: sogno, manutenzione, istituzione, organizzazione, disagio gruppi.

"I dormienti sono operatori e cooperatori degli eventi del mondo"

Eraclito

Il corpo dell'Istituzione

L'istituzione viene definita nella lingua italiana come "fattore che opera in corrispondenza delle caratteristiche strutturali della società, inserendosi nell'ambito delle norme o delle consuetudini; organismo o ente finalizzato a scopi o compiti specifici; i principi giuridici fondamentali dello stato e gli organismi politico costituzionali che ne sono l'espressione". Come si vede, in questa definizione non vi è accenno ad una corporeità dell'istituzione, ma se si guarda alla voce "corpo" si troverà tra gli altri:

"complesso di persone che formano un organismo con determinate funzioni ed attribuzioni"

(Devoto e Oli, *op. cit.*)

L'idea che l'istituzione abbia una sua esistenza individuale, un corpo, è antica. Tito Livio riporta come Menenio Agrippa, per far rientrare la rivolta dei plebei, narrasse un apologo in cui le membra si ribellano al ventre venendo così ad un estremo sfinimento:

"fu chiaro a tutti che il ruolo del ventre non era inutile: è vero che riceveva il cibo, ma anche lo distribuiva restituendo a tutte le parti del corpo quel sangue che diviso in giusta misura attraverso le vene e nutrito dal cibo digerito ci tiene vivi e ci regala vigore. Partendo da questo paragone fece vedere la somiglianza tra la rivolta interna del corpo e le rivendicazioni della plebe contro i patrizi e in questo modo riuscì a piegare gli animi"

(*Storia di Roma*, libro II 32 ed. Newton Roma 1997).

La stessa metafora si ritrova in San Paolo quando descrive il rapporto tra il credente e la chiesa: essa è il corpo mistico di Cristo:

"Come nel corpo umano le membra sono il compimento del capo, così la Chiesa, che è il corpo di Gesù Cristo, è il compimento di Gesù Cristo stesso che come Verbo incarnato sareb-

be in qualche modo incompleto senza di essa, e non potrebbe compiere le sue funzioni di redentore e di santificatore se la Chiesa non fosse a lui unita. Gesù Cristo si completa interamente in quanto ha congiunti con sé i membri tutti del suo corpo che egli riempie delle sue grazie”.

(S. Paolo Lettere)

La corporeità dell'istituzione è affermata in modo pregnante da Hobbes

L'essenza e la legittimazione del sovrano è di essere rappresentante, come si può leggere tra il XVI e il XVII capitolo del Leviatano. Nel frontespizio del Leviatano si può verificare l'intreccio di sovranità e rappresentanza: il sovrano esercita tutto il potere, ma per tutto il popolo: il sovrano è il popolo come soggetto collettivo. I cittadini non sono di fronte a lui, ma sono in lui. Questo significa che la volontà espressa dal sovrano-rappresentante è la volontà del soggetto collettivo, è la volontà del popolo. A volte viene considerata sotto la specie di un corpo collettivo anche la classe nella sua accezione marxiana:

“La nostra epoca, l'epoca della borghesia, si distingue però dalle altre per aver semplificato gli antagonismi di classe. L'intera società si va scindendo sempre più in due grandi campi nemici, in due grandi classi direttamente contrapposte l'una all'altra: borghesia e proletariato. Ma il proletariato, con lo sviluppo dell'industria, non solo si moltiplica; viene addensato in masse più grandi, la sua forza cresce, ed esso la sente di più. Il vero e proprio risultato delle lotte non è il successo immediato, ma il fatto che l'unione degli operai si estende sempre più. Essa è favorita dall'aumento dei mezzi di comunicazione, prodotti dalla grande industria, che mettono in collegamento gli operai delle diverse località. Questa organizzazione dei proletari in classe e quindi in partito politico torna ad essere spezzata ogni momento dalla concorrenza fra gli operai stessi. Ma risorge sempre di nuovo, più forte, più salda, più potente.”

(Marx 1848)

Come si vede la Classe in Marx è più forza di coesione, movimento, che vero e proprio corpo collettivo. Cosa che sarà più evidente invece nel ventesimo secolo nella teoria e nella pratica dei grandi partiti di massa. Si veda ad esempio ciò che dice Gramsci: “il moderno principe, il mito-principe, non può essere una persona reale, un individuo concreto; può essere solo un

organismo; un elemento di società complesso nel quale già abbia inizio il concretarsi di una volontà collettiva riconosciuta e affermata parzialmente nell'azione.” (Gramsci 1929-35). Nel pensiero del Nazismo l'idea del corpo collettivo si estende a tutto il popolo “eine Volk, eine Reich, eine Fuehrer” o attraverso le parole di Hitler stesso in un discorso del 30 gennaio 1936:” so che tutto ciò che voi siete lo siete tramite mio e tutto ciò che io sono lo sono soltanto tramite vostro.” Sorprende in queste parole la forte similitudine con quelle di San Paolo, la comune affermazione del completamento reciproco ed indispensabile fra la guida ed i partecipanti alla comunione delle idee e della prassi. La crisi delle grandi concezioni ideologiche del 900 non ha però distrutto la possibilità di concepire corpi collettivi. Anzi il crescere delle interconnessioni ha prodotto l'ipotesi della terra come sistema vivente unitario, l'ipotesi GAIA, enunciata da Lovelock.

L'istituzione può sognare?

Se le istituzioni hanno un corpo collettivo esse possono forse sognare. Secondo alcuni, proprio per le loro funzioni non possono cadere nello stato di sonno, cioè interrompere completamente le loro funzioni, cosa incompatibile con la vita associata, la società civile. Il sogno, in questa accezione, non aiuta ad organizzare una azione logica e non può essere considerato un elemento funzionale; rappresenta, al contrario, uno stato di chiusura e di ottusità, una mancanza di presenza a ciò che succede. La cultura del sogno farebbe parte del pensiero dell'uomo primitivo, incapace di porre un chiaro limite tra fantasia e realtà. Le istituzioni sono sempre attive; non si può, perciò, per definizione verificare una loro perdita di coscienza totale senza gravi conseguenze sulla totalità degli individui. Quindi senza sonno non si può parlare di sogni. Al contrario, secondo alcuni punti di vista sviluppati in psicoanalisi, il sogno è comunicazione ed è considerato un procedimento continuo

che si svolge sia quando dormiamo che quando siamo svegli. Il sogno è procedimento che dà senso e forma alle esperienze, (Meltzer 1984) e, in quanto appartenente a uno spazio relazionale, esprimerebbe un tentativo di comunicare usando parole e immagini per attivare un senso nuovo. Foulkes (1964) sostiene che i sogni riflettono la matrice affettiva comune a tutti i membri del gruppo.

A proposito dei sogni di gruppo Silvia Corbella distingue tra

“quelli più direttamente espressivi delle dinamiche interattive e transferali tra i vari membri e quelli che si stagliano dallo sfondo collettivo e che anticipano e descrivono i grandi temi dell'individuazione; tramite questi ultimi emergono immagini archetipe dell'inconscio collettivo. Per quanto potrebbe sembrare una produzione specificamente solitaria dell'individuo il sogno ci permette di acquisire la consapevolezza della nostra costituzione relazionale e della molteplicità presente in ognuno.

(Corbella 2005)

È inoltre rilevabile che il sogno costituisce un *simulatore naturale* della realtà. Il fatto che esso rappresenti una realtà simulata e fallace, e non quella vera, è stato fin troppe volte condannato da filosofi e adoperato da letterati, tuttavia, solo di recente è stato messo in rilievo il valore di tale simulazione nella anticipazione di decisioni importanti, nell'*acting out* i sogni elaborano e preparano l'azione. Se al sogno si può attribuire un valore di prefigurazione dell'esperienza ci possiamo chiedere come l'istituzione produca il sogno. Le organizzazioni sono definite

“da un obiettivo concreto, da un luogo definito e da un tempo di persistenza lungo; da fondamenti teorici considerati essenziali per una disciplina e ne costituiscono gli statuti epistemologici; da teorie esplicite ed implicite che guidano sia le più alte disquisizioni filosofiche che le più umili azioni quotidiane.”

(Burlini e Galletti 2005)

Secondo Imbasciati l'istituzione rappresenta l'inconscio dell'organizzazione:

“in altri termini, tra organizzazione ed istituzione intercorre la stessa dinamica che nell'individuo avviene tra la consapevolezza che egli ha di sé, la razionalità con cui egli pretende

di esaminarsi, da un lato, e le sue dinamiche inconsce dall'altro. L'istituzione è allora la dinamica degli affetti che muove le azioni dell'organizzazione: tra questi e quelli esiste uno iato nella misura in cui i primi non sono riconosciuti. Da tutti questi elementi si possono inferire fantasmi collettivi, ansie e difese che costituiscono, in una parola “lo spirito” latente, che anima e regola, di fatto ed al di là degli scopi dichiarati, l'insieme degli individui che sono stati organizzati.”

(Imbasciati 2000)

Anche le teorie di E. Jacques distinguono due livelli nella forma e nel contenuto delle istituzioni: il livello manifesto, il contenuto cosciente accettato e il livello fantasmatico, il contenuto inconscio (Jacques, Minot 1968).

Pur condividendo quanto sostenuto da Imbasciati continuo ad usare il termine istituzione per descrivere l'organizzazione nella sua interezza. Direi allora che l'istituzione nasce e si giustifica per svolgere una funzione contenitiva di aspetti emotivi e di aspetti cognitivi condivisi e codificati all'interno di una data cultura; il contenitore istituzione risulta costituito da parti che fra loro possono essere dissociate, o legate da relazioni di ordine diverso, da singole parti ma che comunque ne rendono visibile l'intero processo.

L'istituzione può essere intesa non come semplice contenitore, ma contenitore-ambiente, che può funzionare bene solo se continuamente sostenuto da una “manutenzione”, sia delle singoli componenti che dell'insieme.

Giuseppe Riefolo, in un suo articolo comparso sul forum web (<http://www.istitutoricci.it/>) dell'Istituto Ricci, fa riferimento all'istituzione intesa come “funzione “prima che organizzazione: “è la capacità di un oggetto di funzionare come contenitore”. La lettura di questo articolo mi ha indotto alla riflessione sulla necessità di una manutenzione analitica delle istituzioni non solo riferita al transfert tra terapeuta e paziente come inteso dall'autore ma come possibilità di interventi più complessivi sulle istituzioni, attraverso i gruppi che le compongono e con l'ausilio importante dello strumento sogni. Secondo quanto sostiene Ronchi (2005) la polisemia del sogno ha in sé il potenziale per accedere alla base dei legami cognitivi ed emo-

tivi che connettono il continuum ricorsivo individuo-gruppo-istituzione-polis-ecosistema. Si può dunque parlare di istituzioni in modo descrittivo, limitandosi soprattutto all'aspetto esteriore e statico, oppure in una prospettiva dinamica come quando ci si interessa al problema della coesione e al problema dei cambiamenti. Lo studio delle forze psichiche irrazionali presenti nelle organizzazioni è una pratica che esiste da diverso tempo.

È noto che Freud si interessò alle relazioni interpersonali ed ai rapporti che si stabiliscono, attraverso il meccanismo dell'identificazione, fra individuo e istituzione, sia essa la famiglia, la religione, l'esercito, più in generale, la cultura. L'analisi dell'istituzione attraverso una lettura dinamica è campo di studio a partire dai contributi del lavoro di Freud che nell'analisi delle istituzioni fa riferimento non solo alla loro fenomenologia ma anche alle tracce lasciate dall'inconscio nei miti e nelle leggende. (Freud, 1912) *In Totem e tabù* (1913) Freud per la prima volta affronta questo argomento e dimostra che esiste un analogia fra le istituzioni culturali primitive e i meccanismi psicologici del bambino e dell'uomo. L'utilizzazione che egli fa del complesso di Edipo gli permette di elaborare una teoria di genesi della civiltà. *In Psicologia delle masse e analisi dell'io* (1921) Freud non si preoccupa più del problema della costituzione della società, ma applica il bagaglio teorico dalla psicoanalisi alle relazioni di gruppo; lo studio viene riferito a due collettività: la Chiesa e l'Esercito. Dopo Freud, molti autori hanno condotto ricerche, che, partendo da queste premesse freudiane, completano il contributo della psicoanalisi alla comprensione dei rapporti fra individuo e società, tutte opere che propongono un'interpretazione del simbolismo dei prodotti culturali individuali e collettivi. D'altra parte già Pratt nel 1908 e nel 1927 Burrow sottolinearono come nell'approccio ai disturbi psichici fosse importante la condivisione e la comunicazione oltre che l'origine preminentemente sociale. Secondo Freud "il sogno è la via regia verso l'inconscio", le ricerche fatte sulle istitu-

zioni hanno suggerito che la via regia verso la comprensione delle loro dinamiche fondamentali è costruita anche dallo scenario interiore e dalle visioni del mondo dei loro componenti e dei loro capi.

"Ogni istituzione nasce su un sogno e ha un sogno di questo si sono accorti molti di coloro che si occupano di organizzazioni dal "We have a dream" di Martin Luter King alle metafore dei manager di grandi organizzazioni in grado di creare consenso attorno alla vision aziendale. I sogni dei fondatori e dei membri di un istituzione sono nascosti e impliciti nella fenomenologia organizzativa."

(Ronchi, Ghilardi 2005).

E. Jaques (1955) allievo della Klein si occupò di organizzazione nell'ambito dei conflitti di lavoro. Da questa sua attività trasse conclusione che anche le organizzazioni di lavoro non sono solo luogo della razionalizzazione e dell'io, ma sono attraversate e strutturate da dinamiche emotive, riescono a funzionare grazie non solo al controllo egoico ma soprattutto alla cultura propria che svolge una funzione di difesa dalle angosce persecutorie e depressive. Nel 1961 W. Bion pubblica i suoi studi sui piccoli gruppi. Dagli anni '70 ad oggi il dibattito e la ricerca sul setting si allargano e diventano uno dei campi fondamentali della psicoanalisi. Nel giro di vent'anni gran parte dei vincoli che Freud aveva posto come fondamentali per il lavoro psicoanalitico vengono profondamente modificati e trasformati. Nel 1971 Fornari estenderà lo studio delle dinamiche dei gruppi anche allo studio dell'istituzione-famiglia e ai ruoli familiari. Fornari si è occupato di psicoanalisi e istituzioni e sostenuto che qualunque collettivo organizzato si regge su una competenza affettiva naturale presente in ciascun uomo. Ciò si vede soprattutto nella famiglia, ma anche nelle organizzazioni di lavoro. Secondo Fornari un'organizzazione sana, si fonda sulla sua capacità di appoggiarsi al sapere inconscio contenuto nei codici che strutturano affettivamente la vita degli individui e dei gruppi. La teoria di Fornari fornisce una base all'immagine dell'organizzazione come realtà vivente animata e vivificata da codici affettivi e meta-

storici che vanno ritrovati e valorizzati. Si utilizza quindi nell'opera di questi autori la metafora dell'organizzazione come essere vivente e che come tale può ammalarsi. Secondo Jacques i compiti organizzativi riattivano le angosce primarie a cui si reagisce con la militarizzazione dei codici affettivi e quindi con sofferenza.

Il tema della sofferenza riporta la metafora medica al centro della riflessione sull'intervento nelle organizzazioni e spinge a cercare oltre a chiavi di lettura delle dinamiche delle organizzazioni anche strumenti di lavoro e di intervento tipici della psicoanalisi individuale. "Se si accetta l'affermazione freudiana, in base alla quale l'inconscio diventa cosciente attraverso il linguaggio, non si capisce più la ragione per la quale l'inconscio debba essere ritenuto esplorabile solo nella relazione analitica, e non in tutti i luoghi nei quali si trovino linguaggi, purchè, sia nella seduta sia in tutti gli altri luoghi dei diversi linguaggi, vi siano predisposti dei setting corretti e delle procedure corrette di interpretazione." (Fornari 1976)

A partire da questi riferimenti teorici l'analisi si apre a un proprio spazio di ricerca autonoma dove diventa possibile rinnovare l'incontro tra psicoanalisi ed istituzione.

"Freud pose i sogni al centro del progetto scientifico della psicoanalisi come mezzo privilegiato per raggiungere il livello inconscio della personalità, attraverso la loro interpretazione ricca di sfaccettature. La nozione di spostamento e di censura furono sviluppate per dare significato al processo concernente il ricordare e il dimenticare i sogni. Lo straordinario impegno di Freud per liberare i sogni dalla loro aura magica e superstiziosa li rese fondamentale aspetto del lavoro psicologico"
(Di Maria e altri cit. 2005).

In seguito altri autori hanno collegato sogni e situazione in cui i sognatori vivono al momento del loro sogno.

"I sogni sembrano contenere non soltanto elementi significanti che aiutano a capire la personalità ma danno informazioni sulle paure, rappresentazioni, attese, e desideri presenti nell'ambiente sociale in cui ognuno di noi vive e che possiamo chiamare l'immaginario sociale nel quale ognuno di noi è immerso. I sogni diventano rappresentazione di un punto di vista individuale sulla comunità in cui la gente vive e sulle organizzazione cui appartengono."

(Di Maria)

Dopo la scoperta di Freud di territori inconsci e dell'importanza dei contenuti onirici, un ulteriore sviluppo viene dalle teorie di Jung sull'inconscio collettivo e i suoi archetipi come immagini arcaiche di natura collettiva inconscia. Nelle istituzioni sono presenti movimenti transferali e controtransferali sia a livello intrapsichico sia interazionale che chiamano in causa i singoli soggetti e la specifica istituzione non può prescindere da quelle componenti che si radicano nell'inconscio e nell'immaginario.

Il lavoro delle istituzioni come contenitori di pensiero si esprime anche attraverso la produzione di miti, credenze, leggende, tradizioni, costumi, modalità educative, ecc.. Kaes a sua volta descrive la presenza in ogni gruppo istituzionale di una funzione mitopoietica, come uno degli organizzatori gruppalmente interpsichici e transpsichici che contribuiscono alla formazione del legame tra la psiche del singolo soggetto e il gruppo. Correale (1996), osserva che i gruppi istituzionali non dispongono di un apparato di autoanalisi e che quindi una grande serie di esperienze affettive e fantasmatiche del campo istituzionale tendono a non trovare contenimento ed elaborazione, ma restano, per così dire, in uno stato scisso e non integrato. La mancata elaborazione di questi "resti" tenderà a produrre l'incorporazione di essi in storie rigide, rese tali dalla scissione tra contenuto ed affetti.

La ricerca psicosocioanalitica ha rilevato come che il disagio dei singoli, se non trova senso viene proiettato indifferentemente sui colleghi, sul capo, sugli utenti o genericamente sull'istituzione.

"Il malessere viene, per questa via, allontanato da sé e depositato nei contesti, oltre i confini della pelle." In questo modo tutta la "malattia" viene messa sul conto dell'istituzione che progressivamente diventa invivibile. L'istituzione nel tentativo di lenire il disagio perde progressivamente di vista il suo compito primario, alimenta un circolo vizioso che la porterà al fallimento culturale, preludio di quello economico e sociale.

(Ronchi 1998)

Un'istituzione, alle prese con uno stato di malessere crescente o addirittura cronico, avrebbe

be grande bisogno di un “terapeuta” in grado di porre attenzione anche ai segnali che il suo “corpo” esprime attraverso emozioni istituzionali. Il metodo analitico applicato alla comprensione delle dinamiche inconsce delle istituzioni ci induce ad essere attenti alle emozioni e alle perturbazioni, alle angosce concomitanti che ad esse sono sottese e coglierne le verità che possono emergere. Il contributo dei sogni, come risorsa e come differente percorso di indagine sulla salute dell’istituzione, può migliorare il

clima complessivo che il soggetto istituzionale respira attraverso l’inconscio dei suoi membri. Attraverso l’utilizzo dei sogni si intrecciano i livelli di comunicazione istituzionale, passando da quella esplicita a quella da inconscio ad inconscio.

Note

* Psicoterapeuta, coordinatore della ricerca sogno e istituzione già responsabile del Centro Studi e Ricerche Coirag.

** Medico psichiatra. Già responsabile del Servizio Psichiatrico di Zona del Sistema Sanitario Nazionale Torino. Membro IAAP, CIPA. Staff Member della Granada Academy. Founding Member of the Board della FEPTO Federazione Europea Psychodrama Training Organization). Dirige l’Istituto di training della Gajap (FEPTO-EAP).

Bibliografia

Battisti, F.M., *Il mondo sociale dei sogni*. FrancoAngeli, Milano 1998.
 Burlini A., Galletti A., *Psicoterapia attuale. Nodi di una rete emotiva e cognitiva tra individuo, gruppo e istituzione*, FrancoAngeli, Milano 2000.
 Capra F.L., *Rete della vita*, Rizzoli, Milano 1997.
 Devoto e Oli, *Vocabolario della lingua italiana*, Ed. Le Monnier, Firenze.
 Corbella S., *Storie e luoghi di gruppi Raffaello Cortina*, Milano 2005.
 Correale A., *Il campo istituzionale*, Borla, Roma 1991.

Di Maria F., Lavanco G.C., *De Franchis Social Dreams e dimensione sociale del sognare*, Relazione al 15 congresso internazionale IAGP “Crossroads of culture, Where Groups Converge (2003).

Duso G., *La logica della democrazia*, Il Grillo (3/1/2000) trasmissione radiofonica.

De Luna G., *La passione e la ragione, fonti e metodi dello storico contemporaneo*, La nuova Italia, Firenze 2001, p. 103.

Fornari F., *Psicoanalisi della situazione atomica*, Rizzoli 1970.

Fornari F., *I rapporti tra psicoanalisi e linguistica: Simbolo e codice*, Feltrinelli 1976.

Freud S., si fa riferimento alle opere Boringhieri 12 volumi 1912-13.

Gramsci A., *Note su Machiavelli. 1929-35*, Editori Riuniti, Roma 1973.

Jacques Minot, *Hoome ed Administrations*, Gauthier-Villars, 1968.

Imbasciati A., *Psicologia medica per le istituzioni*, in “Psichiatria e psicoterapia analitica”, vol. XIX, n. 1, Roma 2000.

Meltzer, *La vita onirica*, Borla, Roma 1989.

Marx K., Engels F., *Manifesto del partito comunista*, cap II. Ed. Riuniti, Roma 1970.

Ronchi Ermete, *Il corpo oltre i confini della pelle. Relazione terapeutica e percezione di se come parte di un soggetto collettivo*, in «Rivista telematica», Psicomedia, Roma 1998.

San Paolo, *Le Lettere tradotte dal testo greco e commentate dal P. Giovanni Re S.I.*, SEI, Torino 1926, pp. 255-256).

Tito Livio, *Storia di Roma libro II*, 32 ed. Newwton, Roma 1997.

Vovelle M., *Storia e lunga durata*, in La nuova storia, Milano, Mondadori, 1980.

Serafina Maria Lavigna
 Psicologa, psicoterapeuta, dirigente ASP CS, socio, didatta COIRAG
 Via Rossini 194,
 87036 Rende
 mail: brujac@libero.it

Premesse metodologiche per una buona Consulenza Tecnica d'Ufficio (CTU) nei casi di separazione/divorzio

di MARCO PINGITORE

Un breve excursus in cui vengono chiariti alcuni aspetti relativi alle buone prassi da seguire nelle Consulenze Tecniche di Ufficio nei casi di valutazione delle capacità genitoriali relativi alle cause di separazione/divorzio. Lo Psicologo nominato CTU svolge un ruolo differente da quello Clinico e, per questo motivo, deve possedere una formazione specifica in Psicologia Giuridica.

Parole Chiave: ctu, consulenza tecnica, perizia, idoneità genitoriale, psicologia giuridica, minori.

Passano gli anni, si scrivono libri e articoli scientifici, si creano numerosi corsi di formazione, ma in Italia lo spinoso problema delle Perizie e Consulenze Tecniche rimane ancora difficile da risolvere.

Basta lavorare nell'ambito della Psicologia Giuridica per rendersi conto di quanta approssimazione e superficialità connota questa disciplina, professionalmente affascinante, ma molto complessa. In questo articolo mi soffermerò sulla CTU in ambito civile e, in particolare, sui criteri di idoneità genitoriale nei casi di separazioni/divorzi, rivolgendomi esclusivamente ai colleghi psicologi.

Premetto immediatamente che svolgere la funzione di Perito (utilizzerò anche questo termine, in gergo utilizzato soprattutto in ambito penale) è cosa ben diversa e distinta dalla funzione dello Psicologo-Psicoterapeuta. Quest'ultimo svolge un ruolo definito e limitato nell'ambito clinico, ma per fare lo Psicologo Giuridico è necessaria una formazione specifica in materia, non basta possedere una laurea in Psicologia e/o una specializzazione in Psico-

terapia. Spesso si accettano perizie dai Giudici (CTU – Consulente Tecnico di Ufficio) o dagli Avvocati (CTP – Consulente Tecnico di Parte), convinti che le proprie conoscenze in Psicologia-Psicoterapia possano bastare per svolgere una Consulenza Tecnica. Niente di più errato. Lo Psicologo Giuridico è colui che conosce perfettamente le norme che regolamentano il mondo complicato delle Consulenze. Ad esempio, dovrebbe conoscere quali sono le leggi che disciplinano una CTU, qual è la migliore prassi da seguire, come comunicare efficacemente all'interno del contesto giudiziario, quali i limiti e quali le risorse.

Purtroppo, in tempo di "crisi", lo Psicologo non formato in materia giuridica, si fa nominare Perito, ma spesso e inconsapevolmente commette significativi errori con gravi conseguenze per gli attori principali (i minori soprattutto) e per se stessi, "bruciandosi" poiché non c'è cosa più grave di essere contestato dalle parti per errori e/o omissioni procedurali.

Altra premessa fondamentale che chiarisce i ruoli e funzioni: il Perito/CTU è colui che viene

nominato dal Giudice (in ambito penale si definisce “Perito”, in ambito civile “CTU”); il CTP (Consulente Tecnico di Parte) è colui che viene nominato dalle parti ovvero dagli Avvocati/Clienti o dal Pubblico Ministero (Magistrato).

Come avviene la nomina del CTU?

Il collega psicologo, di solito, viene contattato dalla cancelleria del Tribunale in maniera informale, successivamente riceve la convocazione formale, attraverso l’Ufficiale Giudiziario, nella quale è indicata l’ora e il giorno in cui il futuro CTU dovrà presentarsi davanti al Giudice per prestare giuramento e ricevere l’incarico.

All’udienza potranno essere presenti le parti ed i CCTTP (Consulenti Tecnici di Parte). Il CTU si farà autorizzare all’uso della propria macchina, visite domiciliari e scolastiche, uso di video-audio registrazione degli incontri, alla copia ed estrazione di fascicoli, riguardanti il caso in oggetto, anche presso enti pubblici e/o privati (Pingitore, 2012).

Il Giudice non fa altro che commissionare una Consulenza Tecnica ad uno più esperto di lui, anche se egli rimane sempre il “peritus peritorum” ovvero può prendere decisioni autonomamente con o senza l’ausilio di esperti.

Nei casi di idoneità genitoriale, questi potrebbero rappresentare i quesiti che il Giudice può porre al CTU. Accerti il Consulente:

1. *la situazione psicologica, familiare, sociale e relazionale della minore;*
2. *le condizioni psicologiche e l’idoneità genitoriale di entrambi i genitori;*
3. *le dinamiche relazionali esistenti all’interno del nucleo familiare in argomento e all’interno dei rispettivi nuclei familiari allargati.*

Il Consulente entro 60/90 giorni è tenuto a consegnare la relazione finale dopo aver svolto tutti gli accertamenti del caso. È importante evidenziare che durante la nomina, il CTU è tenuto ad indicare la data dell’inizio delle operazioni peritali oppure, in alternativa, si riserva la

comunicazione formale alle parti e al Giudice in un momento successivo. Ad esclusione di alcuni casi, è preferibile sempre la prima soluzione.

È consigliabile stabilire la prima data, considerando un tempo utile per leggere ed analizzare tutti gli atti del procedimento.

Da questo momento in poi, tutte le parti si interfaceranno esclusivamente con il CTU per tutta la durata della Consulenza.

Durante il primo incontro peritale, a cui dovrebbero essere presenti i soli CCTTP (ove nominati), il CTU esplicita la propria metodologia ovvero la modalità degli incontri, creando una bozza del calendario delle operazioni peritali. In concerto con le parti, ma ricordarsi che l’ultima parola spetta sempre al CTU.

Importante, successivamente, è esplicitare alla coppia genitoriale il consenso informato, spiegare le finalità della CTU e chiarire eventuali dubbi sui quesiti posti dal Giudice.

Ad ogni fine incontro peritale è necessario stilare il verbale delle operazioni peritali. Questi non è altro che una sintesi di ciò che è stato fatto e stabilito durante l’incontro. Il verbale deve essere firmato da tutti i presenti e, successivamente, allegarlo alla relazione finale.

Aspetto fondamentale, talvolta sottovalutato, è la comunicazione agli Avvocati. Questi devono essere sempre al corrente di tutte le operazioni peritali che il CTU svolge. Dunque è necessario, sempre, aggiornare gli Avvocati per vie formali (via fax, non basta la comunicazione orale) su tutte le operazioni programmate. Nel dettaglio: anche se la coppia genitoriale e i CCTTP sono a conoscenza del calendario delle operazioni peritali, è necessario informare formalmente sempre gli Avvocati delle parti, pena la possibilità di vedersi invalidata la CTU. Mentre il Giudice non è tenuto ad essere informato sui “movimenti” del CTU.

Qual è la migliore metodologia?

Si fa riferimento alle buone prassi di CTU consolidate e supportate scientificamente dalle

maggiori teorie. Nello specifico, Capri (2011) schematizza le fasi di una CTU:

1. studio del caso attraverso la lettura e l'analisi del fascicolo processuale, per valutare la presenza di eventuali pregresse diagnosi psicologiche o psicopatologiche sul minore;
2. stabilire un programma peritale con i consulenti di parte, se presenti, soprattutto in relazione al tipo di intervento-osservazione da effettuare con il minore;
3. acquisizione di notizie tramite i consulenti di parte, dei presenti, riguardanti lo stile di vita del minore, eventuali difficoltà o richieste;
4. incontri individuali con i due genitori con lo scopo di esplorare le motivazioni all'azione legale e le motivazioni alla richiesta di affidamento. Valutare lo psichismo del soggetto, in riferimento specifico al suo vissuto verso l'altro genitore verso il figlio;
5. incontri congiunti con la coppia genitoriale con lo scopo di valutare l'immagine e il vissuto che hanno dei figli, se convergente o divergente, valutando nel contempo la loro capacità di coglierne gli eventuali disagi o difficoltà;
6. incontri individuali con il minore con lo scopo di: valutare il grado e il livello di maturazione e di sviluppo cognitivo e affettivo; analizzare i vissuti del minore nei riguardi delle figure di riferimento; valutare la disponibilità verso entrambi i genitori; analizzare i perché di un'eventuale difficoltà di relazione con un genitore;
7. incontri genitore-figlio, con l'obiettivo di analizzare e valutare le dinamiche della loro relazione e le modalità comportamentali reattive del minore, ma anche per valutare l'approccio psicologico del genitore verso il figlio;
8. test individuali di personalità e proiettivi ai genitori e al minore, per valutare negli adulti la personalità, le relazioni oggettuali e le capacità affettive, nei minori lo sviluppo dell'io e l'evoluzione della personalità;
9. incontro con entrambi i genitori e il figlio, se possibile, con lo scopo di analizzare e va-

lutare le loro dinamiche di relazione e il posizionamento affettivo e comportamentale del minore. Tale osservazione con il nucleo familiare originario al completo;

10. visite domiciliari presso le abitazioni dei genitori, alla presenza di tutte le persone che vivono nella casa, con lo scopo di osservare e valutare l'ambiente di vita, il contesto sociale e culturale, ma anche analizzare e valutare la disposizione della casa, osservare la stanza del minore, i suoi spazi fisici e psicologici, l'eventuale presenza di giochi, analizzare le dinamiche che intercorrono tra le persone che la abitano, sempre in riferimento alla centralità dell'osservazione del minore;
11. incontri con altre figure significative per il minore (nonni, zii, sorelle e fratelli maggiori, fratellastri, nuovi partner, collaboratori familiari ecc.), con eventuale raccolta anamnestica, effettuazione di colloqui clinici e somministrazione di test psicologici.

Sartori (2010) evidenzia che il non utilizzare metodologie validate e condivise dalla comunità scientifica di riferimento dà origine ad una molteplicità di errori metodologici, come l'utilizzo di strumenti che lasciano ampio spazio all'interpretazione soggettiva dell'esperto, ovvero il procedere secondo un orientamento di tipo verificazionista (anziché falsificazionista) ed il ricorrere a ragionamenti circolari.

Dunque è necessaria una metodologia *evidence-based* approvata dalla comunità scientifica.

Nel marzo 2012, è stato stilato il "Protocollo di Milano" ovvero le linee guida da seguire nei casi di separazioni/divorzi. Un punto di riferimento importante da seguire se si venisse nominati CTU.

È importante, pertanto, effettuare numerosi incontri, anche congiunti per valutare tutte le dinamiche esistenti nella coppia genitoriale e coppia-figli.

Per quanto riguarda i criteri di idoneità genitoriale una buona guida la fornisce Camerini (2006):

1. le funzioni di base delle capacità genitoriali consistono nel "prenderci cura" e nella

“protezione”. Il “prendersi cura si riferisce al complesso processo di socializzazione, reso possibile, facilitato e promosso dall’insegnamento dei genitori. La “protezione” dipende dalla possibilità di assicurare gli appropriati confini di sicurezza tra il minore e l’ambiente esterno. Le funzioni genitoriali da considerare sono così sintetizzabili:

- socializzazione: la socializzazione comprende il supporto dello sviluppo cognitivo e delle abilità di apprendimento sociale e scolastico, la supervisione e disciplina nel comportamento sociale, il supporto e lo scambio emotivo, accudimento, promozione delle capacità di adattamento all’ambiente esterno
- sostegno e protezione: sicurezza e non esposizione del minore ad eventi ambientali sfavorevoli, “intermediazione supportiva” nei rapporti tra il minore e il mondo esterno.

Per tali scopi, è necessario che il genitore sia provvisto di alcune fondamentali caratteristiche:

- capacità cognitive: sufficiente conoscenza dello sviluppo del bambino e dei suoi bisogni di base;
- affidabilità e capacità organizzativa: individuazione delle strutture esterne alla famiglia necessarie per l’equilibrio adattivo de bambino, partecipazione del bambino ad attività della vita quotidiana in ambito scolastico ed extra-scolastico, capacità di fornire al bambino un adeguato sentimento di sicurezza e un supporto nel suo funzionamento sociale;
- supporto sociale: connessione con l’ambiente sociale esterno e con le risorse della comunità sociale, flessibilità nella gestione delle responsabilità riguardanti la cura, la guida, i trasferimenti e la mobilità del bambino;
- calore ed empatia: funzionamento emotivo in grado di comunicare sentimenti di accettazione e di accogliere e contenere le richieste emotive del bambino, identificandosi nei suoi bisogni, stabilità emotiva per trasmettere entusiasmo, altruismo e capacità di tollerare gli

stress e le frustrazioni, per contribuire allo sviluppo emotivo del bambino.

Quali test psicologici utilizzare?

Si crede che somministrare i soliti Rorschach ed MMPI-II possa essere sufficiente a valutare le capacità genitoriali. Niente di tutto ciò. Questo genere di tests valuta, soprattutto, la personalità del soggetto a cui potrebbe essere diagnosticato anche un disturbo di personalità, ma non è detto che possa essere parallelamente un cattivo genitore, cioè un “genitore incapace”. Dunque, l’errore metodologico che spesso si riscontra è valutare esclusivamente, da un punto di vista psicodiagnostico, i genitori, senza prendere in considerazione i criteri di cui sopra. Ad esempio, un MMPI-II non restituisce risultati relativi all’idoneità genitoriale, per questo è necessaria un’approfondita valutazione ed indagine, soprattutto attraverso colloqui. Attualmente un buon strumento di valutazione delle capacità genitoriali è fornito dall’APS-I – Assessment Parental Skills-Interview (Camerini, Volpini, Lopez, 2011, Maggioli Editore). Per quanto riguarda la psicodiagnostica ai minori sono sempre validi ed attinenti i “soliti” tests grafici, Favole della Duss ecc.

Uno strumento importante e molto utilizzato è il Disegno Congiunto (Bing, 1970¹) che “appare essere un valido strumento nella comprensione del funzionamento familiare, unendo in sé i vantaggi di un metodo interattivo e proiettivo” (Cigoli, Gulotta, Santi, 2007).

Il CTU deve allegare alla relazione finale tutti i protocolli/tests utilizzati in originale per garantire il contraddittorio delle parti.

Conclusioni

In questo breve *excursus* ho voluto chiarire alcuni aspetti importanti relativi alle “buone prassi” da seguire in caso di CTU. Ogni CTU possiede una propria metodologia, l’importante è che sia mo-

tivata e supportata dalla comunità scientifica nazionale ed internazionale. Svolgere le funzioni di CTU improvvisando ed in modo superficiale non giova soprattutto ai minori coinvolti nel procedimento e, successivamente, alla propria identità e serietà professionale. Ricordarsi sempre che i minori vengono prima di tutto e tutelarli è il primo compito del CTU, ma anche dei CCTTP.

Scrivere una buona relazione è rispondere ai quesiti del Giudice, esplicitare la propria

metodologia seguita, inserire una bibliografia “reale” (non inserendo testi non citati nella relazione!). Il buon CTU è colui che si aggiorna continuamente leggendo libri, partecipando a convegni e seminari, frequentando corsi di formazione per non rimanere indietro in una disciplina in continuo movimento, anche tenendo in considerazione le numerose Sentenze di Cassazione che contribuiscono a regolamentare le prassi.

Bibliografia

I. Bing E., 1970, The Conjoint Drawing, Family Process, Vol. 9, 173-194.

Pingitore M., *La CTU nel dettaglio*, ilmiolibro.it, 2012

Capri P., *Linee guida come contributo psicologico giuridico per l'ascolto del minore nei casi di separazione e divorzio*, in Togliatti Malagoli M, Lavadera Lubrano A, *Bambini in tribunale*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2011

- Stracciari, A., Bianchi, A, Sartori, G, *Neuropsicologia Forense*, Il Mulino, Bologna, 2010

- Camerini G.B., “Aspetti civilistici di psichiatria forense in campo minorile. Il problema dell'abuso” Volterra V. (Ed), *Psichiatria forense, criminologia ed etica professionale*, Masson, Milano, 2006

- Cigoli V., Gulotta G., Santi G., *Separazione, Divorzio e Affidamento dei figli*, Giuffrè, Milano, 2007

Marco Pingitore
Psicologo-Psicoterapeuta, Criminologo,
Presidente Società Italiana di Scienze Forensi
Via Sabotino, 48
87100 Cosenza
Cell. 328 6246444 - Fax 06 62209978
e-mail: marco@marcopingitore.it
web: marcopingitore.it

Patterns assistenziali ed esiti (outcome) psicosociali. Uno studio osservazionale-longitudinale prospettico: suggerimenti per un buon funzionamento dei servizi di riabilitazione

di JOHN CURCIO

in collaborazione con Sibio L., Laurito D., Macrì D., Mercuri L., Seminara C., Varrone E., Filardo E., Gargano L., Sposato R., Falletti A., Cavallaro C.

I dati di 49 utenti diagnosticati con malattia mentale, sintomi psicotici e comportamenti desocializzati consumatori di un servizio di riabilitazione psicosociale tra il 1998 e il 2008 sono stati ampiamente esaminati e successivamente ricontattati a distanza dalle dimissioni per rivalutare il funzionamento globale. Parametri valutati sono: l'utilità del programma di riabilitazione, la profondità delle relazioni interpersonali, la capacità di lavorare, le capacità di mantenere la propria igiene personale, di partecipare ad attività socio-ricreative, soddisfazione con il servizio, la presenza di sintomi psicotici, il funzionamento post dimissione e lo stress percepito della famiglia al momento del reinserimento sociale. Il campione è stato suddiviso in cinque gruppi diagnostici. I risultati sono indicativi dell'efficacia del modello di riabilitazione utilizzato a stabilizzare i sintomi primari della malattia mentale e a ricostruire un rapporto di relazione e di reintegrazione sociale.

Parole Chiave: Riabilitazione psicosociale, schizofrenia comunità terapeutica, Mark Spivak.

Nella letteratura scientifica il riferimento di esito (outcome) con il modello Spivak di riabilitazione è poco estensivo e quasi assente. Nella valutazione di efficacia molti autori si sono concentrati su argomenti generali di trattamento e la ricerca sulla riabilitazione di utenti schizofrenici si concentra prevalentemente sui trattamenti psicofarmacologici, diagnostici oppure sul privilegiare una componente terapeutica rispetto ad un'altra. Benché gli interventi di tipo psicosociale per utenti con malattia mentale cronica sono generalmente considerati validi, l'esito di tali programmi non sono stati ampiamente studiati ed in particolare, non tendono a suscitare grande interesse nella Regione Calabria.

Un numero crescente di studi empirici, comunque, mette in risalto che un recupero dalla schizofrenia è possibile qualora siano presenti due condizioni: all'esordio, un approccio integrato e l'uso razionale di terapia farmacologica nei casi gravi dove sono presenti frequenti ricadute; l'utilizzo di trattamenti terapeutici che uniscono strategie biologiche, psicologiche e sociali, applicati in maniera continuativa sotto forma di servizi coordinati. Qualora il coordinamento dei servizi comprende anche delle assunzioni teoriche, un'attitudine riabilitativa, strategie di valutazione, interventi strutturati e modalità di trattamento sotto forma di attività occupazionali, vocazionali o altre attività terapeutiche, l'efficace curativa tende ad aumentare significativamente.

Un piano di riabilitazione che unisce un approccio di case management e la presa in carico specifico quotidiano dell'utente è considerato tendenzialmente più idoneo e efficiente. Questi programmi insegnano strategie alle possibili ricadute, monitorizzano i bisogni specifici e la frequenza dei sintomi psicotici presenti durante la giornata e prestano molta attenzione alle capacità dell'utente di adattarsi alle condizioni del contesto curativo per accrescere l'aderenza al trattamento. Le ricadute – aumento significativo dei sintomi psicotici – richiedono misure cliniche ed educative di controllo straordinarie da parte del personale. Il numero di riammissioni nei servizi di psichiatria possono aumentare di conseguenza. Per ottemperare alla discontinuità, tipica dell'utente schizofrenico, un adattamento e/o aderenza al programma di trattamento è considerato dagli addetti del settore gradino fondamentale per la continuità del percorso riabilitativo.

L'attuale articolo descrive gli esiti di una analisi dei dati psicosociali e riabilitativi di 49 utenti – consumatori di un specifico modello di riabilitazione tra il 1998 e il 2008 – dimessi in date diverse e ricontattati nel 2009. La soglia minima dell'intervallo tra ricovero e dimissione (follow-up) è stato di 12 mesi; il periodo massimo di 120 mesi dalle dimissioni. La durata di permanenza degli utenti al contesto di trattamento varia da pochi giorni a molti mesi. Sono stati esaminati congiuntamente sia gli utenti della Comunità terapeutica residenziale, sia gli utenti del Centro diurno, in quanto parteciparono come gruppo unico al programma di riabilitazione psicosociale della struttura di cura.

L'eccessiva ampiezza del periodo di riferimento in esame, rende difficile il controllo delle possibili variabili per i quali, in ogni caso, alcuni questionari standard somministrati sia all'utente che ai familiari nonché la disanima di tutta la documentazione clinica e riabilitativa, ha fornito un'abbondante quantità di dati utili. Tuttavia, come in tutti i studi di tipo naturalistico il compito più difficile è riuscire ad attribuire i cambiamenti all'effetto del trattamento. Il consenso informato è stato ottenuto.

Metodologia

I dati demografici raccolti in fase di ammissione sono stati rivisti dopo le dimissioni. Le diagnosi psichiatriche sono state effettuate dal personale del Centro di Salute Mentale. Nessuna procedura standardizzata di selezione sembra essere applicata per i ricoveri. Gli utenti sono stati suddivisi per patologia psichiatrica. Per facilitare il lavoro nella raccolta delle informazioni cliniche e riabilitative sono stati somministrati all'utente o, qualora non fosse stato possibile parlare con essi, ai familiari i seguenti questionari specifici: La scala VTR-Futura, strumento di self-report per la raccolta delle informazioni demografiche, opinioni, attitudini, soddisfazione percepita, comportamento post trattamento e misura del funzionamento psicosociale globale; le schede di monitoraggio, di case management ed i singoli piani di trattamento riabilitativo e clinico sul periodo di ricovero; la Kingston Caregiver Stress Scale - un questionario semi-strutturato somministrato al caregiver - primario quale indice dello stress percepito nei confronti del rapporto con il proprio caro al suo reinserimento la quale ci ha fornito informazioni attinenti un miglioramento o peggioramento delle condizioni di convivenza.

Le domande specifiche attinenti al ricovero e reinserimento sotto esame include: È cambiato il livello di funzionamento dopo le dimissioni? Come è stato il percorso riabilitativo presso la Comunità? Sei migliorato dopo le dimissioni? Hai avuto altri ricoveri dopo le dimissioni? Hai continuato ad utilizzare i servizi psichiatrici dopo le dimissioni? Il tuo comportamento è cambiato? Come giudichi il raggiungimento degli obiettivi dell'intervento? Quali obiettivi specifici sono stati importanti e quali mantiene fino ad oggi? Dopo le dimissioni si sono verificati cambiamenti di vita o eventi con effetto significativo? Come è cambiata la vita?

Risultati

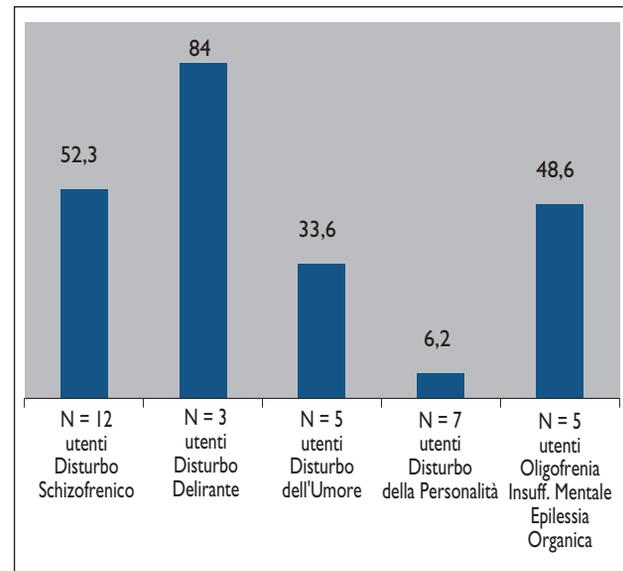
In generale gli utenti rimangono nel contesto di trattamento il tempo necessario per un recupero e/o stabilizzazione della patologia espressa, in quanto, la durata della permanenza è legata alla evoluzione del progetto riabilitativo ed alla possibilità di sperimentare vari soluzioni. Il tempo di permanenza oscilla in rapporto alla severità della malattia, l'aderenza al trattamento ed l'ampiezza della disabilità funzionale. La media di permanenza per gli utenti schizofrenici si scosta dai tre a cinque anni.

Dei 49 utenti interessati dallo studio, (N=11) sono deceduti per cause non direttamente attribuibile alla malattia psichiatrica (neoplasia, malattia cardiovascolare). Di essi, (N=7) sono deceduti nella Comunità residenziale; (N=3) in altra struttura di ricovero dopo il trasferimento per subentrata malattia organica; (N=1) per suicidio nella propria abitazione. Tuttavia abbiamo esaminato le informazioni e le opinioni raccolte dai familiari e le risposte alla scala Kingston per avere un indice dell'andamento del percorso riabilitativo e di funzionamento psicosociale prima del decesso. Il motivo principale per la conclusione del rapporto riabilitativo è stato concordato tra utente e il gruppo di lavoro multidisciplinare.

L'età, sesso, etnicità e stato civile dei 49 utenti alle dimissioni ha dimostrato una differenza significativa tra il gruppo della Comunità residenziale e gli utenti del Centro diurno. Utenti del Centro diurno tendevano a interrompere il percorso più velocemente.

Dieci utenti (N=10) della Comunità terapeutica residenziale hanno interrotto il periodo di permanenza riabilitativa almeno una volta per ricevere assistenza psichiatrica ospedaliera presso gli SPDC. Il periodo medio di non interruzione del percorso riabilitativo è di (50.7) mesi, mentre, il gruppo della Comunità residenziale che ha interrotto il trattamento riabilitativo ha una permanenza media di (17.8) mesi.

Tempo di permanenza (mesi) per gruppo diagnostico nella CTR - N = 32 utenti esaminati



La permanenza media del gruppo Centro diurno è di (5.1) mesi. Solo (N=1) utente ha una frequenza significativamente più alta. L'età media del Centro diurno è di (40.0) anni. (N=14) utenti hanno frequentato il Centro diurno in uno stato di acutezza e non compensazione della propria malattia. Sfortunatamente la discontinuità che ha caratterizzato il comportamento del gruppo del Centro diurno ha portato gli utenti a perdere i benefici ottenuti precludendo un livello ottimale di recupero e creando il rischio di produrre un effetto iatrogenico: rischi concreti di interrompere l'assunzione della terapia farmacologica, di coinvolgersi in situazioni che alimentano il comportamento disfunzionale e instaurare un processo di cronicizzazione. (N=1) utente è deceduta in altra struttura di cura per subentrata malattia organica. (N=12) utenti (37%) su un totale di (N=32 totale) della Comunità residenziale sono stati diagnosticati con una forma di schizofrenia; (N=3) (.09%) con sindrome delirante; (N=5) (15%) con una forma di disturbo dell'umore; (N=7) (21%) con disturbo della personalità e (N=5) utenti (15%) con una diagnosi mista (N=1 - psicosi epilettica; N=2 - insufficienza mentale; N=2 - oligofrenia); (N=1) utente con (.03%) con diagnosi duale (schizofrenia e abuso di sostanze stupefacenti).

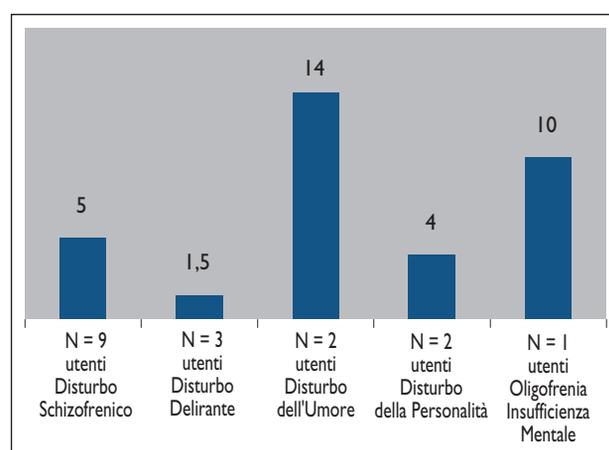
(N=49) utenti sono di etnia italiana (100%). Di essi, gli utenti della Comunità residenziale tendono ad essere di stato civile libero e (N=5) viveva da solo. L'età media totale dei cinque gruppi diagnostici è di (53.7) anni per i maschi e di (47.8) per le femmine. L'età media parziale per sesso riferibile al gruppo diagnostico della schizofrenia ha messo in evidenza un'età di (49) anni per i maschi e (46.4) per le femmine. Il gruppo sindrome delirante ha un'età media decisamente alta (65 anni) per i maschi e (70 anni) per le femmine e una condizione professionale cronicamente instabile. Significativamente più bassa è l'età media del gruppo disturbo della personalità con un'età di (20) anni per i maschi e (29) per il sesso femminile.

Nei dati riferibili al Centro diurno, (N=9) utenti (52%) sono diagnosticati con una forma o altra di schizofrenia; (N=3) (17%) con sindrome delirante; (N=2) (11%) con un disturbo dell'umore; (N=2) (11%) con un disturbo della personalità; e (N=1) con (.05%) con altra diagnosi (insufficienza mentale, oligofrenia, epilessia organica). L'età media totale dei cinque gruppi diagnostici è di (47.5) anni per il sesso maschile e (35.4) per le femmine. L'età media parziale per sesso riferibile ai cinque gruppi diagnostici è così suddivisa: età di (46) e (28) anni rispettivamente per i maschi e le femmine del gruppo schizofrenia; (33) anni per le femmine del gruppo diagnostico delirante; (44) anni l'età media per le femmine del gruppo disturbo dell'umore; le femmine del gruppo disturbo della personalità ha un'età media di (32.5) anni e l'unico maschio del gruppo diagnostico "altro" ha (58) anni.

Il tempo di permanenza nella CTR e nel CD è stato suddiviso per gruppo diagnostico. Il tempo medio di permanenza in Comunità residenziale del gruppo schizofrenico è di (52.3) mesi; (84) mesi per il gruppo delirante; (33.6) mesi per coloro con disturbo dell'umore, (6.2) mesi per coloro con disturbo della personalità e (48.6) mesi per il gruppo misto. Il tempo degli utenti del Centro diurno ha rilevato una permanenza significativamente più bassa ed una tendenza a concludere il rapporto riabilitativo

velocemente. (N=9) utenti con schizofrenia hanno avuto una frequenza media di (5) mesi in Centro diurno; tre (N=3) utenti con disturbo delirante hanno frequentato il Centro diurno per (1.5) mesi; due utenti (N=2) con disturbo della personalità solo (4) mesi di frequenza. (N=2) utenti del gruppo disturbo dell'umore invece hanno avuto una permanenza più alta, di (14) mesi rispetto agli altri.

Tempo di permanenza (mesi) per gruppo diagnostico del Centro Diurno - N = 17 utenti esaminati



Gli utenti del Centro diurno che rientrano nella propria abitazione a fine giornata, hanno avuto seri difficoltà a costruire un'aderenza al trattamento e maggiore discontinuità di comportamento. Utilizzando il t-test per campioni non appaiati a due code, è stato ottenuto un (valore T=2.953; df=8; valore p = 0.0183), dato statisticamente significativo ed indicativo di una differenza di comportamento tra i due gruppi. I dati raccolti mettono in risalto che la residenzialità, inteso come possibilità di prestare un supporto riabilitativo continuo alla disabilità può essere un fattore determinante per l'esito psicosociale. Il disturbo della personalità, invece, con una permanenza media in Comunità residenziale di (6.2) mesi si è dimostrato difficile da trattare per la sua reattività in fase di aggancio.

L'associazione tra il tempo di permanenza e le variazioni demografiche comparate per sesso e scolarità ha messo in evidenza un rapporto significativo tra gli utenti della Comunità residenziale e il Centro diurno - il gruppo schi-

zofrenico ha un livello di scolarità più ampio - rispetto agli altri gruppi diagnostici. A riguardo non è significativo il rapporto tra i sessi. Il gruppo schizofrenico è in maggiore proporzione di sesso maschile, mentre coloro con una diagnosi di disturbo della personalità sono di netta maggioranza femminile. In aggiunta, il Mann Whitney rileva che le medie di entrambi i servizi sono statisticamente differenti e i valori a sostegno di questa differenza significativi ($p = 0.0317$, approssimativamente esatto).

Va sottolineato la forte componente farmacologica nei servizi. (N=46) utenti (93%) sul totale di (N=49) hanno ricevuto una terapia farmacologica durante la permanenza in Comunità residenziale e nel Centro diurno. I nostri dati sono sostenuti da uno studio controllato Cinese effettuato su 1268 pazienti trattati con la combinazione di medicazione antipsicotica ed un intervento psicosociale. Gli autori mettono in risalto l'efficacia dell'esito psicosociale rispetto al trattamento antipsicotico da solo. Concludono che, la terapia antipsicotica da sola, non influisce significativamente a migliorare il funzionamento psicosociale.

In seguito alle dimissioni o conclusione del proprio percorso riabilitativo, il (47%) del gruppo di utenti provenienti dalla Comunità residenziale ha continuato un rapporto di solo assistenza farmacologica con i servizi del territorio o altro servizio; il (28%) (N=6) degli utenti ha cessato qualsiasi rapporto con i servizi territoriali, ne hanno richiesto interventi psicosociali per dichiarato miglioramento della propria malattia e/o aumentata capacità di auto gestione.

Il (56%) (N=9) degli utenti del Centro diurno ha continuato a ricevere solo assistenza farmacologica presso i servizi territoriali dopo le dimissioni, mentre sale il livello di stress familiare percepito per le continue problematiche espresse e il rifiuto di curarsi dell'utente.

Utilizzando un approccio essenzialmente descrittivo si nota che (N=3) utenti (14%) dichiara di aver mantenuto stabile un comportamento socialmente competente nell'area lavoro

(Spivak) come evento significativo della propria vita. Mentre (N=16) circa il (76%) utenti ritiene di aver stabilizzato e mantenuto buoni rapporti familiari e con le altre persone.

Il (35%) degli utenti (N=6) del Centro diurno dichiara di aver migliorato e stabilizzato i rapporti con la famiglia e le relazioni con le altre persone. È stato riscontrato che gli utenti del Centro diurno ha manifestato un indice di emotività espressa qualitativamente più intensa e meno gestibile in fase di ammissione. La percentuale dell'indice negativo sale a (65%) (N=11) utenti sommando gli utenti che sono peggiorati con quelli che dichiarano nessun miglioramento.

I nostri dati rilevano che il programma riabilitativo psicosociale è meno incisivo con utenti psichiatrici in fase acuta e nello specifico, con la semi residenzialità. Questo nostro dato è nettamente in contrasto con uno studio che asserisce l'efficacia di un trattamento psicosociale associato a terapia antipsicotica anche una volta la settimana.

In linea generale le famiglie si sono adattati bene al rientro del proprio familiare dopo un periodo di ricovero in CTR e che la situazione complessiva dell'utente è più accettabile. Mentre la semi - residenzialità non è riuscita a spostare lo stato emotivo dei familiari ed è meno efficace nell'alleviare o ridurre lo stato di stress percepito nei confronti delle problematiche e patologie espresse. Tuttavia il confronto tra i due gruppi ha rilevato una significatività statistica (valore $p = < 0,0001$; Chi quadrato=454,3, $df=4$; $\alpha < 0.05$) a sostegno delle differenze di emotività espressa tra le famiglie della Comunità e di quelli del Centro diurno. Le disabilità e patologie non compensate e le continue conflittualità interpersonali all'interno del nucleo familiare hanno reso sfavorevole un giudizio positivo del periodo di riabilitazione. L'analisi della componente statistica non trova nessuna delle relazioni significative al confronto tra i due gruppi e questi non sono stati indagati ulteriormente. ($T = 0,2108$; $df=8$; valore $p < 0,05$).

Conclusioni

La Comunità residenziale e il Centro diurno annesso alla struttura principale è situata alle periferie di Maropati - opera secondo le linee guida della Regione Calabria - per le strutture socio-sanitarie di bassa intensità assistenziale a gestione totale. Accoglie utenza psichiatrica non selezionata proveniente dal territorio. Fa capo al Centro di Salute Mentale di Cinquefrondi, dell'Azienda Sanitaria Provinciale 5, territorialmente competente, per tutte le esigenze e le assistenze prettamente sanitarie.

Nel campione di utenti esaminati, in coloro che avevano completato un periodo di riabilitazione psicosociale di almeno 12 mesi, è stato riscontrato un miglioramento del funzionamento psicosociale e un discreto raggiungimento dei singoli obiettivi pianificati e trattati. Gli utenti riferiscono minore bisogno dei servizi territoriali e mantengono uno stato di remissione per tempi significativamente più lunghi.

Gli utenti del Centro diurno, sia per le caratteristiche sia per le tipologie diagnostiche mostrano complicazioni congrui di continuità e minore aderenza al trattamento riabilitativo. Gli utenti del Centro diurno palesano una sensibile riluttanza a ripristinare un rapporto favorevole con la struttura di cura dopo le dimissioni e tendano a sotto utilizzare i vari servizi e prestazioni territoriali. Un processo reciprocamente cronicizzante si avvia e lentamente matura la sfiducia e il pessimismo verso il sistema di cura. È chiaro che il miglioramento della psicopatologia, in particolare dei sintomi negativi, non è positivamente correlato con un successo di performance nei compiti di vita quotidiana, maggiore disponibilità all'integrazione socio-familiare o di qualità di vita migliore. Bensì, un incremento del funzionamento psicosociale visto attraverso rapporti interpersonali percepiti

gestibili, non conflittuali o disfunzionali ed un integrazione lavorativa, anche minima, influisce sensibilmente sulla soddisfazione personale, rafforza la qualità di vita, mantiene concretamente fluida la plasticità cognitiva e stimola un funzionamento psicosociale produttivo a prevenire le ricadute.

I nostri risultati confermano che i primari – caregivers – coloro che accudiscono e reggono una persona con schizofrenia o altra malattia mentale possono realisticamente aspettarsi un effettivo adattamento generale, remissioni più lunghi e minore rischi di ricadute qualora la qualità della loro relazione migliore.

I prossimi anni vedranno un incremento senza precedenza nella popolazione di adulti di malattia mentale grave. La sfida nel trattare un numero crescente di persone con disabilità psichica, associato ai costi ed all'utilizzo di tali servizi, sarà il prossimo e principale impegno dei sistemi che erogano servizi di salute mentale. Una condotta psicosociale improduttiva e non funzionale è sinonimo di costi di cura elevati, prematura istituzionalizzazione, incrementi nei ricoveri psichiatrici e deterioramento della salute fisica e mentale. Esiste una reale necessità di indagare sui bisogni specifici di questa popolazione per guidare e/o modificare i servizi, adattarli per ottimizzare il potenziale di ogni utente ed avvalorarne gli interventi che sostengono l'integrazione sociale e la qualità di vita. Prevedere ai bisogni delle persone che usufruiscono dei servizi di riabilitazione è un compito disagevole e complesso. Un modello che integra la riabilitazione psicosociale e il management di specifici necessità e/o esigenze di salute delle persone con malattia mentale, pare dare maggiore probabilità di cambiamento favorevole, un allargamento di comportamenti socialmente competenti e aderenza al reinserimento sociale.

Bibliografia

Penn D.L., Mueser K.T., *Research update on the psychosocial treatment of schizophrenia*, American Journal of Psychiatry 153:607-617, 1996.

Warner R., Huxley P., *Outcome for people with schizophrenia before and after Medicaid capitation at a community agency in Colorado*, Psychiatric Serv. 49:802-807.

Van Citters A.D., Bartels S.J., "A Systematic review of the effectiveness of community-based Mental Health outreach services for older adults" Psychiatric Serv. 2004, 55 (11): 1237-1245.

Burns B.J., Santos A.B., *Assertive community treatment: An update of randomized trials*, Psychiatric review 1995, 46:699-675.

Burns T., White I., Byford S., Flander M., Creed F., Fahy T., *Exposure to case management: Relationships to patient characteristics and outcome report from UK700 trials*, Brit J Psychiatry 2002, 181: 236-241.

Burns T., *Methodological Problems of Schizophrenia Trials in Community settings. In Manage or Perish? The challenges of Managed mental Health Carin Europe*. Edited by Guimon J., Sartorius N., Kluwer Academia/Plenum Publishers, New York 1999.

John Curcio

Supervisore e Psicologo

Psicoterapeuta della Società Cooperativa Futura di Maropati

formato da Mark Spivak all'approccio sistemico relazionale della riabilitazione psicosociale.

Tel 320/0143221

e.mail: johncurcio@alice.it

Diagnosi? No Grazie!

di FRANCO MEGNA

Cara o caro collega, che ti accingi a leggere queste riflessioni, ti premetto che non pensavo al tuo modo di lavorare quando ho scritto, però è con TE che vorrei confrontarmi in modo diretto.

Questi miei pensieri sono una deliberata e cosciente provocazione a tutta la “categoria” di cui tu, come me, sei rappresentante.

Da anni sono affascinato da un paradosso che vorrei comunicarti. Voglio farlo brutalmente, senza giri di parole.

Davvero la diagnosi nel campo della cosiddetta *salute mentale* è la prima delle tre fasi della triade curativa: diagnosi-prognosi-terapia? Propongo di ribaltarla e di creare un nuovo adagio: “Dimmi che terapia usi e ti dirò che diagnosi fai”.

La diagnosi, più che attenere alla persona che chiede il nostro aiuto, mi sembra sia determinata dallo strumentario terapeutico di cui dispone l'operatore chiamato a svolgere il compito; condizionata dal mandato istituzionale del gruppo di lavoro, è determinata dalla visione clinico-terapeutica che ha l'operatore; da quello che costui riesce a “vedere” o intuire. Mi spiego meglio: l'universo della persona, la sua situazione clinica o quella della comunità o gruppo su cui bisogna fare diagnosi, sono estremamente complessi e l'osservazione diagnostica che si farà, dipende certamente da questa, ma anche,

Non ho scritto la parte più importante, ma non potevo: le tue riflessioni.

e soprattutto, dalle risorse osservative dell'esaminatore: dal suo angolo di visuale. Forse sono stato troppo conciso o criptico. Mi spiego con una similitudine. Sei mai andato a raccogliere funghi? Cosa ricordi della prima uscita che hai fatto con un esperto? A me è successo che li avrei calpestati se l'amico micologo non mi avesse fermato: incredibile, lui li vedeva sotto i miei piedi, mentre io ci ballavo sopra. Sicuramente, senza il suo aiuto, a fine giornata avrei detto: “Non c'era nemmeno un fungo”.

Con questo voglio affermare che sono necessarie alcune condizioni affinché le nostre ricerche diano risultati: 1) è necessario conoscere bene cosa cercare; 2) è importante cercare nel luogo giusto; 3) ultimo, ma determinante, è importante cercare. Mi tengo extra l'altra condizione, che credo sia di chi voglia guardare con “occhi nuovi”: cercare in modo diverso ed in luoghi insoliti, pronto alle novità, incuriosito da quello che non si conosce. Ritornando all'ambito clinico: cercare la psicopatologia, ma anche le risorse; individuare la sofferenza, ma non disdegnare le capacità; guardare le parti “malate”, ma riconoscere anche quelle sane. I risultati saranno proficui solo se ci sarà coerenza fra tutte le condizioni. In sintesi: troviamo quello che cerchiamo, ma solamente se riusciamo a vederlo ed a riconoscerlo e non, come erroneamente si crede, che troviamo tutto quello

che c'è. Se sei nel bosco e cerchi funghi, potrà succederti di non vedere gli alberi o un micete enorme spuntato lì in bella mostra dove non te lo aspetti o, peggio, un burrone in cui rischi di cadere. La diagnosi risulta, quindi, essere determinata dallo strumento di lettura della "realtà" che si è scelto di usare, dal punto di osservazione da cui l'esaminatore parte.

Quando si fa diagnosi si rischia di generalizzare e di cadere nel cosiddetto "effetto Forer". Nessuna descrizione di realtà complesse, se adeguatamente osservate, potrà essere fatta se non ricorrendo ad una forzata sintesi, che altro non è che "un punto di vista", un guardare da un foro; l'autoimbroglio comincia quando si scambia questa realtà percepita per realtà oggettiva. Se la persona che giunge all'osservazione dei servizi dove lavoriamo, ha una sofferenza che non sa descrivere e di cui non ha completa conoscenza, ma per la quale ha già provato delle soluzioni (alcool, droghe, automedicazione) magari con aggravamento della situazione, si trova davanti la "scienza" in camice bianco che dà un nome statistico-diagnostico al suo disagio, come fa a sottrarsi al destino conseguenza della relativa diagnosi? (Ma questo è un altro argomento che merita altra approfondita trattazione.)

Da sempre alcune donne anziane, mezze fattucchiere, trovano che qualcuno "tena l'affascinu" e tolgono il malocchio con il loro rito segreto. Prova a chiedere a chi s'è sottoposto a tale rito qual è il suo parere in merito e vedrai che ti risponderà: "non ci credo ma funziona". Purghe, clisteri e salassi hanno curato per secoli tanti disturbi. Certo, obietterai: "È preistoria, la scienza è altra cosa". Ma il placebo continua a funzionare, a volte meglio del principio attivo a cui è comparato nelle costose ricerche che si effettuano, mentre in alcuni casi... può addirittura essere tossico.

Dammi un punto di vista... ti darò una diagnosi. Parafrasando Archimede (ma chissà se lo stesso pronunciò mai la famosa frase sul punto di appoggio per sollevare la Terra) ti chiedo di darmi un punto di osservazione cosicché io possa

fornirti una diagnosi. Già, la "diagnosi", parola che in ambito sanitario sta perdendo fascino e valore, mentre, paradossalmente, la usano molto i tecnici riparatori di qualsiasi genere e, persino, senza nulla togliere a costoro, i muratori: "Bisogna rompere il pavimento, prima di potere diagnosticare dove il tubo perde". L'automobile, che portiamo al *centro diagnosi*, è connessa ad un computer, ci fanno la "stampata di diagnosi" e con tanta tecnica, riparano quello che si potrebbe rompere, sostituiscono pezzi che nel prossimo futuro potrebbero evidenziare anomalie, che noi non abbiamo ancora rilevato, ma che sono importanti per la sicurezza di chi usa il mezzo e, poi, presentano il conto. Noi paghiamo e, soprattutto, ringraziamo per lo scampato pericolo.

È talmente banale, ma va ripetuto: senza una diagnosi esatta non si può curare adeguatamente. È la fase più difficile della triade diagnosi-prognosi-terapia, eppure, fammi capire tu il perché, persino i santi la disdegnano: fanno direttamente il miracolo! Infatti non sono riuscito a trovare nemmeno un santo che sia diventato tale per una diagnosi azzecata. Ritengo che il compito dei santi sia molto gravoso, anzi miracoloso: prendersi cura di persone sulla base di diagnosi fatte da altri. È un azzardo estremo.

A te è successo qualche volta? Bravo! Potresti diventare santo.

Io, da miscredente quale sono, evito e pretendo, prima di fare diagnosi, che sia effettuato un wash-out completo. Se altri sono sicuri delle loro diagnosi o delle loro terapie, continuino pure, ma se non ottengono risultati, inserendo elementi di variazione, rischiano di cronicizzare le situazioni. Perché dovrei aggiungere pure il mio intervento sulla loro scia? Siamo sicuri dell'insanabilità dei tanti disturbi che trattiamo? Se i pazienti guariscono o migliorano siamo bravi noi; se ciò non avviene o la patologia è incurabile oppure la responsabilità è dei pazienti che, a causa della loro resistenza, vanificano i nostri interventi. Io avrei qualche dubbio, non fosse altro perché arrivano alla mia osservazione molte persone in trattamento antidepressivo.

vo mentre evidenziano una demenza avanzata; afasici globali scambiati per schizofrenici; prosoagnosici di cui si tratta l'agitazione psicomotoria senza capire da cosa sia determinata. Ancora più paradossali, quasi da panico, sono le reazioni degli operatori alle richieste di riduzione o sospensione della terapia praticata. Cominciato che sia un trattamento psicofarmacologico, lo è per sempre, ma non perché sia un diamante: è uno stigma.

Per carità, ognuno fa quel che può; ma noi il nostro compito dovremmo farlo bene accreditandoci come capaci e bravi e ricordando a noi stessi che siamo esclusivi.

Quando un solo tecnico sa applicare una determinata procedura, semplice o complessa che sia, non si potrà più fare a meno di lui ogniqualvolta quella procedura vada applicata. Se solo una certa categoria professionale è abilitata ad eseguire tale procedura, non si potrà fare più a meno di quei professionisti: i più bravi avrebbero sempre da lavorare, mentre gli altri troverebbero l'incentivo a migliorarsi.

Per la legislazione italiana solo tre figure professionali possono fare diagnosi sugli uomini: i medici, gli odontoiatri e gli psicologi. Queste ultime due professioni, solo per gli ambiti di loro competenza. Noi siamo gli ultimi a cui è stata riconosciuta questa competenza¹, ma molto spesso ignoriamo, nei fatti, questo dovere-diritto.

Sappiamo che siamo l'unica figura professionale che può fare DIAGNOSI PSICOLOGICA? L'aspetto paradossale, dopo mille battaglie tese ad ottenere, per noi ed i nostri pazienti, il diritto ad una diagnosi ed una terapia fuori dal paradigma biologista, è che non utilizziamo appieno questa possibilità. Sto scrivendo queste cose seduto davanti ad una scrivania realizzata con materiali vari. Se si rompesse una delle quattro gambe e nel doverla riparare fossi costretto a rivolgermi a degli artigiani (non sia mai, comprarla nuova), ognuno di questi troverebbe la risposta nel proprio repertorio professionale, usando i materiali che lavora. Se chiamassi un falegname, è molto probabile che per la riparazione mi consiglierebbe

una gamba nuova, guarda caso, di legno e, forse, persino, la sostituzione delle rimanenti tre, con altre di foggia artistica che lo stesso ha già realizzato: il tutto per avere un prodotto omogeneo, per migliorare la linea del mobile.

Cosa consiglierebbe un fabbro? Credo qualcosa di molto conveniente per sé stesso.

E un idraulico? Quattro eleganti gambe tubolari fissate con delle "belle cravatte"!

Di certo un libraio, al posto della gamba, mi proporrebbe, a prezzo d'occasione, l'opera omnia di Sigismondo, che non riesce a piazzare da trent'anni, da mettere in pila con il dorso in bella mostra: "Dottore, mostrare questi testi fa sempre un ottimo effetto".

Noi, invece, che abbiamo tutto lo strumentario utile ed indispensabile alla comprensione complessiva di tutta la sofferenza da cui siamo sollecitati, spesso facciamo tutto il nostro lavoro e lasciamo che siano altri, seguendo linee guida stabilite in prestigiosi congressi scientifici organizzati in località bellissime e gestiti da imprese multinazionali interessate economicamente², a trarre le conclusioni diagnostiche, a formulare, quindi, la prognosi ed a stabilire quale sia la terapia ottimale. Detto senza giri di parole: facciamo la manovalanza. In sintesi, spesso non esercitiamo il nostro dovere-diritto di porre diagnosi ed accettiamo in trattamento pazienti inviati da altri, spesso con anni di trattamenti non congrui alle spalle, o facciamo diagnosi che servono ad altri, che esercitano pratiche camuffate da psicoterapia, ma riconducibili al paradigma biologista o periti di tribunale. (Anche questo aspetto merita un'altra ed approfondita trattazione.)

Fermiamoci un attimo a riflettere su alcuni aspetti della diagnosi: vediamo per prima la cosiddetta diagnosi descrittiva. Quale altra professionalità può tracciare un profilo di personalità che tenga conto della complessità dell'individuo, unico ed irripetibile, che presenta un disturbo o una sofferenza o che non ne presenti alcuna, se si tratta di fare una diagnosi che ne certifichi l'integrità? Chi meglio dello psicologo può descrivere l'evoluzione, la maturità ed il declino

di una persona, la nascita, le prime esperienze emotivo-relazionali, l'infanzia, l'adolescenza, con tutta la sua complessità, l'età adulta, la maturità, la senescenza ed il contesto relazionale e lo stadio di vita in cui il tutto accade?

Ma possiamo effettuare anche diagnosi di sede: i colleghi che si occupano di neuropsicologia, sanno che ad ogni diverso disturbo delle funzioni simboliche del linguaggio, corrisponde un danno cerebrale localizzabile con buona approssimazione e che alcune alterazioni comportamentali possono essere la manifestazione di danni frontali o prefrontali, secondo le caratteristiche delle manifestazioni e che quindi spesso, ad un danno cognitivo, corrisponde una precisa localizzazione e che, permettimi di dirlo, non sempre gli esami strumentali, cosiddetti *obiettivi*, riescono ad individuare.

Mi chiedo, e ti chiedo: ci rendiamo conto che siamo gli unici a poter effettuare i test di intelligenza?

Il mio primo contatto con la sofferenza mentale è stato nel manicomio ove la maggior parte degli internati, (esclusi quelli che non accettando la reclusione si erano ribellati, subendo lesioni cerebrali iatrogene da terapie rivelatesi torture³), avevano disturbi di tipo intellettuale come causa della loro reclusione.

Ora dimmi, così a naso: quanti dei pazienti cronici che frequentano la struttura a cui appartieni hanno problemi intellettivi? Quello che ci permette di identificarli a distanza come psichiatri è solo l'effetto collaterale delle cure? Di quanti siamo sicuri che non ci sia un ritardo mentale fosse anche di grado lieve? Dimentichiamo che anche l'intelligenza nettamente superiore può essere causa di disadattamento e di disturbi relazionali? Valutare il tipo di intelligenza, in tutte le sue sfaccettature, può aiutarci a comprendere come il soggetto elabora gli stimoli che percepisce, o non riceve, dalla sua vita relazionale e da quella emotiva interna? Quanti pazienti con deficit intellettivi, quindi scarsa cultura – indipendentemente dal titolo scolastico conseguito –, presentando credenze magico-religiose sono diagnosticati come psicotici o

borderline? Ed i *paranoici* sono, secondo te, tutta quell'intelligenza che loro stessi credono? I diagnosticati *depressi*, sono davvero tutte persone che non riescono a trovare dentro di loro la forza, la motivazione, il gusto di fare, oppure hanno "imparato", dopo tante sconfitte, che è meglio non provarci, pur rimanendo il desiderio? Perché costoro sono stati sconfitti? Avversità imprevedibili, mete troppo al di fuori delle loro possibilità, oppure obiettivi congrui ma loro scarsa dotazione intellettuale? Non mi rispondere: "È un laureato!" Conosco tanti laureati dal Q.I. basso! Un test o più test di livello potrebbero aiutarci a capire quantità e qualità dell'intelligenza disponibile ed a formulare una diagnosi corretta.

Tanti genitori, coniugi, figli e nipoti, preferiscono sentirsi dire che c'è in atto una malattia, piuttosto che si tratti di una scarsa dotazione intellettuale. Ne sanno molto al riguardo i colleghi che lavorano nella scuola di ogni ordine e grado. Le malattie si curano tutte, chiosa quasi quotidianamente in tv il giornalista di turno che non pone mai domande imbarazzanti allo scienziato interpellato, mentre per un Q.I. basso non ci sono medicine. Almeno per il momento. Probabilmente presto qualcuno proporrà la soluzione genica o la pillola per l'intelligenza e farà soldi con l'idiozia, mentre ora sono già tanti quelli che si arricchiscono a danno degli idioti e con la loro complicità.

Perché continuiamo a misurare l'intelligenza a "naso"?

Siamo gli unici che abbiamo le conoscenze scientifiche e le possibilità di legge per determinarla. Dove lavori tu, cara/o collega, avete standardizzato le prime visite? Effettuate un test di livello? Fate sia la WAIS che le matrici di Raven?

Bravi. Credo siate un'eccezione.

Fermati un attimo! Qui non voglio assolutamente che tu creda che io accetti acriticamente la somministrazione di qualsiasi test o che da questi siano tratte conclusioni non rapportate a tutti gli altri elementi diagnostici di cui siamo in possesso, soprattutto al colloquio clinico-diagnostico. Anche allora continuo

ad essere per la relatività diagnostica rispetto a quello che è stato possibile verificare e sono pronto a cambiare ipotesi clinica. Siamo in possesso di un armamentario enorme: tutti strumenti validati e standardizzati, da usare in modo sempre critico, tecnicamente ineccepibile, e possiamo giungere a conclusioni invidiabili da altre professioni, ma che non dovrebbero mai essere “vangelo”. Scusami la digressione: dopo che ho scritto questa parola m'è venuto in mente che alcune scuole di testistica così definiscono l'insieme delle risposte dei pazienti. Con questo non intendo entrare nel merito di quanto siano scientificamente validi i vari DSM⁴, l'attuale o il prossimo (la cui attesa ha caratteristiche messianiche, la sola pubblicazione farà miracoli: aumenteranno le “malattie”), né formulare critiche a chi li usa pedissequamente (caso mai questo potrebbe essere argomento, se mai ci sarà, di un altro scritto). Il mio intento, qui ed ora, è solo, e semplicemente (?) di affermare, ancora una volta, che noi psicologi non stimiamo adeguatamente lo strumento della diagnosi.

Di tanto in tanto qualche collega chiede: “Ma noi possiamo fare diagnosi?” Altri, addirittura, lo negano con certezza. Bisogna ricordare a costoro che, non solo possiamo (grazie alla legge istitutiva del nostro Ordine fra i doveri dei pubblici ufficiali -tutti gli Psicologi clinici pubblici dipendenti- e degli incaricati di pubblico servizio – tutti i Colleghi iscritti all'Ordine, nell'interpretazione estensiva che alcuni danno –) ma, anzi, abbiamo l'obbligo, per come stabilito dal C.P., di referto e, nei casi previsti, di denuncia. Il nostro Codice Deontologico lo precisa: “Nel caso di obbligo di referto o di obbligo di denuncia, lo psicologo limita allo stretto necessario il riferimento di quanto appreso in ragione del proprio rapporto professionale, ai fini della tutela psicologica del soggetto”⁵.

È necessario qui evidenziare i rischi relativi a mancata o errata diagnosi in caso di denuncia per danni da trattamenti non congrui, omessa assistenza, danno biologico o danno esistenziale: il giudice potrebbe, paradossalmente, assol-

vere altre figure professionali, che potrebbero trovare riparo nelle loro linee guida, ma condannare lo psicologo che avrebbe dovuto porre la giusta diagnosi, essendo quello che ha gli strumenti per farla.

In molti C.I.M. (Centri di Igiene Mentale), il primo contatto per le nuove richieste, a volte, è gestito da personale che non ha compiti diagnostici. Dopo questo primo colloquio, il caso viene “assegnato”. Ma è certo che detto personale abbia le capacità diagnostiche-osservative necessarie?

Quello che è più grave è che in molti altri C.I.M., se l'utente arriva con la richiesta formulata dal proprio Medico di Medicina Generale di “VISITA PSICOLOGICA”, detta prima visita, per escludere che non ci siano altre patologie, viene effettuata da non psicologi.

In tali casi si commettono diverse violazioni:

1. si viola il diritto, costituzionalmente sancito, del paziente alla libera scelta del curante;
2. si dà dell'imbecille al Medico di Medicina Generale inviante;
3. si dà dell'incapace ai nostri colleghi che non saprebbero distinguere se un disturbo è di loro competenza.

Non intendo mettere in discussione il significato o le diverse sfumature delle diagnosi psicologiche; quale sia la più precisa o la più completa ed il collegamento con le diverse tecniche psicoterapeutiche. Voglio solo affermare che la diagnosi psicologica è compito dello psicologo. È un dovere, un'opportunità scientifica ed occupazionale per tutta la categoria, oltre a fare parte dell'obbligo di refertazione, quando richiesto.

Cara e caro collega, sono giunto alla fine di queste riflessioni.

Se fin qui la pensi come me, ne sono contento: siamo almeno in due. Forse è quello che gli autori francesi chiamano “folie à deux”, e ti confesso che io, in questo mio delirare, mi trovo bene.

Se non la pensi come me e credi che io esageri, ti invito a leggere il resoconto dell'esperimen-

to fatto da David L. Rosenham⁶. Questa ricerca, dai risultati sconvolgenti, credo sia la meno citata in assoluto. La parte più deliziosa dello scritto, secondo me, è il contro-esperimento sollecitato dagli operatori di una clinica universitaria che sfidò Rosenham asserendo che, da loro, quegli errori diagnostici, (hai già letto il resoconto della ricerca?) non sarebbero mai avvenuti, ed invitava il prof. Rosenham a mandare loro i falsi pazienti. Dal contro-esperimento, durato tre mesi, emerse che 41 su 193 pazienti erano sicuramente degli impostori, mentre per altri 42 c'erano dei sospetti. Complessivamente, fra falsi pazienti accertati e pazienti con dubbio, le percentuali si attestarono al 43%. L'aspetto più incredibile è che per tutto il periodo del contro-esperimento, Rosenham non inviò alla clinica nessun falso paziente.

Delle migliaia di persone che giungono all'osservazione dei nostri servizi psichiatrici, quanti

sono secondo te i "falsi pazienti" mandati da Rosenham? Mentre nell'esperimento l'errore di diagnosi di tipo II (falsi positivi) la fa da padrone, nel contro-esperimento è l'errore di tipo I (falsi negativi) a prevalere. Sono sempre errori gravi. Nel primo caso, persone sane erano stati individuati come "schizofrenici" e gli erano stati prescritti dei trattamenti di cui non necessitavano. Nel secondo caso, persone, non sappiamo quanto sofferenti, sono state scambiate per simulatori.

L'appropriatezza delle diagnosi darà origine a psicoterapie efficaci con riduzione della cronicità e della sofferenza delle persone coinvolte e, cosa non secondaria, un contenimento della spesa: obiettivo non da poco in tempi di rientro dal deficit della nostra sanità.

Questo è lo spazio che dobbiamo sapere occupare, portando scienza per smantellare i luoghi comuni della cosiddetta malattia mentale e la violenza stigmatizzante connessa.

Note

1. Art 1 della L. 18 febbraio 1989, n. 56
2. Vedasi il sito: <http://www.nograziepagio.it>
3. Terapia elettroconvulsivante (TEC), più nota come elettroshock, coma insulinico, botte da orbi e torture varie fino all'annichilimento della volontà, pratiche de-

scritte magistralmente da E Goffman: *Asylum. Le istituzioni totali*. ed Einaudi, 2003

4. *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali*

5. Art. 13 del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani

6. D. Rosenham: "Essere sani in posti insani" in "La realtà inventata" a cura di P. Watzlawick ed Feltrinelli, 1988, - diverse sintesi si trovano in rete.

Franco Megna
Psicologo Dirigente Responsabile
Struttura Semplice Neuropsicologia
c/o Dipartimento Geriatria Ospedale Crotone Asp Crotone
Tel. 0962 924262
Cell 3299842490
e.mail: rivista@psicologicalabria.it

Libri in analisi

di FRANCESCO LANDO

MARCELA SERRANO, *Dieci Donne*, Feltrinelli, 2011

Nel risvolto di copertina di questo ultimo libro di storie di donne di Marcela Serrano, nata nel 1951 a Santiago del Cile, viene riportata un'opinione di Arturo Perez-Revert sulla scrittrice che dice "Leggere Marcela Serrano è come scrutare negli occhi tutte le donne del mondo". Tutti i romanzi della Serrano mettono al centro la donna fin dal titolo "Il tempo di Blanca" del 1996, "Arrivederci piccole donne" del 2004, per citarne alcuni. Con "L'albergo delle donne tristi" del 1999 l'autrice trova spazio nell'ampio panorama della letteratura in Europa.

La struttura narrativa dell'ultima fatica di M. Serrano, "Dieci donne" interessa molto da vicino noi psicologi. È la narrazione di sé di nove donne convocate tutte insieme presso lo studio della psicoterapeuta questo è l'unico tratto che li accomuna oltre alla città dove vivono e lavorano, Santiago del Cile. Per il resto sono molto diverse per età, per appartenenza sociale, culturale e politica e i profili che se ne ricavano, pertanto, sono molto variegati. Più complessa e articolata alla fine risulta la storia di Natasha la psicoterapeuta – la decima donna del titolo – la cui narrazione la Serrano affida alla fedele collaboratrice dell'analista. È appunto attraverso la varietà delle storie che Marcela – dopo che leggi anche uno dei suoi romanzi viene spontaneo riferirti a lei per nome, come se in ogni donna protagonista dei suoi racconti trovi lei che le rappresenta tutte e in lei ti sembra di conoscere un'amica, una compagna o altro – ci racconta la *Femminilità*.

Ogni capitolo porta il nome della donna che racconta la sua storia, ogni lettore avrebbe difficoltà a stabilire una classifica della storia che più lo ha colpito, sono tutte intense e straordinarie. Per solleticare la curiosità di chi legge queste poche righe vorrei partire dalla storia di Layla, giornalista di origine araba che però "la vita mi ha reso sospettosa e paranoica come un ebreo", alcolizzata. Si presenta con questa etichetta di alcolizzata per proporci una fulminante intuizione sulla globalizzazione: "Strana questa tendenza nel mondo globalizzato di accentuare le identità scegliendo quelle più marginali – identità gay, di razza, handicap. Impressionante come tutti quanti ci precipitiamo ad aderire al nostro gruppo, insistendo su quello che ci differenzia dagli altri. Per sentirci uguali." La storia di Layla l'autrice la intreccia a quella di un'altra donna, la nonna paterna, palestinese di origine, che rappresenta uno spaccato della condizione femminile in quella comunità.

Ognuna delle donne convocate nello studio di Natasha presenta la propria narrazione iniziando dal motivo per cui hanno deciso di chiedere aiuto: l'adolescente lesbica Guadalupe che si fa chiamare Lupe per non sembrare troppo verginale "la mia vita è complicata e a volte confusa. Il motivo principale è che sono molto diversa dalle altre donne"; Francisca "odio mia madre. Oppure odio me stessa. Immagino sia la ragione per cui mi trovo qui"; Simona "A ciascuno le sue ossessioni. La mia è questa: ne ho pieni i coglioni di come le donne fanno di tutto pur di avere il loro uomo accanto. Gli uomini non sono altro che un oggetto simbolico e, credetemi, possiamo vivere anche senza un'icona del genere".

La storia di Natasha risulta alla fine quella più complessa e ricca di vissuti anche solo consi-

derando i luoghi che ha frequentato e le esperienze vissute. Ebreo, nato in Bielorussia, allora territorio sovietico, scampata alle persecuzioni naziste, dopo la guerra si trasferisce a Buenos Aires, studia a Parigi dove si sposa con Jacques-Henry, torna in Argentina ed infine si stabilisce in Cile. Ma la sua è una storia insieme di amore e separazione. Quando scopre che la bambina con la quale ha convissuto durante gli anni della guerra nascosta in un casolare di campagna è sua sorella, concepita dalla relazione clandestina del padre con una donna appartenente ad una famiglia dell'aristocrazia locale, monta in lei un amore così profondo e totalizzante tanto da mettere ai margini non solo quello del marito ma anche quello del figlio. Sospende anche la professione per cercarla ed infine ritrovarla impaurita e priva di ricordi e di legami affettivi: un'estranea.

Qualche riflessione intorno al nostro lavoro di psicologi e psicoterapeuti possiamo trarla da queste storie? Credo che ce ne siano di molto interessanti. Quella che vorrei proporre qui – che vorrei proporre soprattutto alle nuove leve di colleghi – è quella che dietro ogni disagio o patologia c'è una storia personale unica e irripetibile, che dobbiamo essere preparati ad accogliere, liberandoci da quelle che, a volte, possono costituire delle barriere come l'affannosa classificazione diagnostica, l'uso rassicurante (per noi) dei test o l'adesione rigida a strategie psicoterapiche ritenute salvifiche.

LUIGI ONNIS, *Legami che creano, legami che curano. "Attaccamento: una teoria ponte per le psicoterapie"* di Bollati Boringhieri 2010

Quando si affrontano le prime materie del corso di laurea in Psicologia ci si trova a dover affrontare la teoria dell'attaccamento di Bowlby. È allora che viene in mente di essere un po' speciali, di poter stupire gli amici con una visione interpretativa dei comportamenti dell'uomo (e a volte anche degli animali) che va al di là della lettura riferita al rapporto di causa ed ef-

fetto – l'apogeo di questo approccio è la teoria freudiana e prima ancora le intuizioni di Groddeck, che ovviamente hanno una collocazione temporale che viene prima di Bowlby ma nel piano di studi generalmente venivano collocati dopo.

L'esperimento della scimmietta, che tutti conosciamo, sistemata in una gabbia con due mamme scimmia artificiali, una di peluche, quindi calda e accogliente, ed una di fil di ferro ma dotata di un biberon necessario al nutrimento, è stato illuminante, ha contribuito a formare la mente dello psicologo a pensare, appunto, in termini di affetti e non di effetti.

“Legami che creano, legami che curano – Attaccamento: una teoria ponte per le psicoterapie” uscito nel 2010 per i tipi della casa editrice Bollati Boringhieri – è uno ottimo compendio dello sviluppo della teoria di Bowlby cui le prime formulazioni risalgono al 1944, poi nel '58 e nel '69, effetto della manifestazione di un crescente interesse nella comunità scientifica verso questa teoria, rappresentando i contorni di una nemesi storica, considerato lo scarso entusiasmo con cui è stata accolta inizialmente.

Scrive Onnis nella sua introduzione “La teoria dell'attaccamento propone una concezione della vita psichica che trae alimento e basi costruttive dalle esperienze interpersonali, stabilisce una connessione tra mondo interno e mondo esterno, presentandosi come un ponte fecondo tra territori diversi, teso com'è tra un pilastro che poggia nel terreno delle relazioni reali e l'altro che affonda in quello delle relazioni rappresentate. Questo spiega l'interesse per la teoria dell'attaccamento che attraversa oggi i vari campi della psicoterapia, dalla psicoanalisi al cognitivismo alla terapia familiare sistemica, in una fase storica in cui i diversi indirizzi psicoterapeutici sono alla ricerca di punti di convergenza e di confronto, pur nel rispetto delle reciproche specificità e differenze”.

I quindici capitoli del libro ci conducono per mano a rivedere la teoria dell'attaccamento e le sue evoluzioni, dal primo in cui Grazia Attili ripercorre *Storia e sviluppi della teoria dell'attaccamento*, all'ul-

timo di J.Hill, P.Fonagy, E.Safier e J.Sargent *L'ecologia dell'attaccamento nel sistema familiare* passando attraverso quello di Mary Main *Le rappresentazioni nell'organizzazione dell'attaccamento* in cui descrive l'Adult Attachment Interview: stati della memoria dei genitori rispetto all'attaccamento come previsione della classificazione infantile di attaccamento. È bene soffermarsi sull'Adult Attachment Interview poiché restituisce bene la possibile applicazione alle diverse strategie psicoterapiche. "È un'intervista strutturata, semiclinica, incentrata sulle esperienze precoci e sui loro effetti (G.Kaplan e Main)": ai soggetti viene chiesto di descrivere, tramite cinque aggettivi, le loro relazioni con ciascun genitore durante l'infanzia,

poi si chiede loro di supportare ogni aggettivo con dei ricordi. L'intervista, di un'ora, viene trascritta parola per parola e i valutatori lavorano solo sulle registrazioni linguistiche. Fatte salve quelli che sono i necessari presupposti di coerenza del racconto, valutati attraverso il principio di cooperazione basato sulle proposizioni di: Qualità (essere veritiero e avere prove per quello che si intende dire); Quantità (essere succinto ma completo); Rilevanza (essere pertinente e acuto); Stile (essere chiaro ed ordinato), il tutto viene classificato secondo una tabella che alla categoria infantile alla Strange Situation fa corrispondere la categoria della Adult Attachment Interview.

Strange Situation	Adult Attachment Interview
Sicuro Sicuro/autonomo	Valuta l'attaccamento in modo relativamente obiettivo, riguardo a ogni particolare evento o relazione. Coerente e plausibile riguardo alle esperienze di vita, sia favorevoli che sfavorevoli.
Evitante Distaccato	Distaccato verso le esperienze e le relazioni relative all'attaccamento. Normalizzante e idealizzante o (raramente) svalutante.
Ambivalente preoccupato	Preoccupato Preoccupato per le esperienze o relazioni di attaccamento, sembra spesso confuso o sovrastato. La preoccupazione per i genitori è arrabbiata, passiva o (di rado) molto forte, relativamente a eventi di attaccamento traumatici.
Disorganizzato disorientato Irrisolto/disorganizzato	Durante il colloquio su perdite o esperienze di abuso, il soggetto perde sorprendentemente il controllo del ragionamento o del discorso. Ad es., può a tratti indicare una persona morta come se fosse viva a tutti gli effetti, oppure può perdersi in lunghi passaggi o in discorsi elogiativi.

Pertanto:

La tabella riportata sicuramente stimolerà la curiosità dei colleghi che ancora non lo hanno fatto, a prendere in seria considerazione il legame di attaccamento come base del colloquio clinico sia in sede di valutazione diagnostica che di terapia. Si troveranno utili indicazioni al capitolo *L'uso dell'Adult Attachment Interview nella pratica clinica* di Sergio Muscetta.

Concludendo, per completare la rassegna che questo testo propone intorno alla teo-

ria dell'attaccamento, è necessario passare in rassegna gli altri capitoli che il lettore troverà. Si passa da *L'interfaccia tra attaccamento e intersoggettività* di K.Lyons Ruth, a *Il desiderio di intersoggettività* di D.Stern. Da *La comunicazione intersoggettiva del neonato nel triangolo primario* di E.Fivaz-Depeursinge ai capitoli dedicati alla intersecazione tra la teoria dell'attaccamento e le psicoterapie – psicoanalitica, cognitiva, sistemica.

Francesco Lando
Dirigente Psicologo, Consultorio familiare
ASP 5 Reggio Calabria
via Lombardi, 6 Polistena
scolando@katamail.com

3 **CONVERSARE CON**
*Ordine professionale
e formazione dello Psicologo:
le nuove sfide del CNOP*
di ANGELA PIATTELLI

6 **ISTITUZIONI IN ANALISI**
Sogno e manutenzione analitica delle istituzioni
di SERAFINA LAVIGNA

12 **BEST PRACTICE**
*Premesse metodologiche per una buona
Consulenza Tecnica d'Ufficio (CTU)
nei casi di separazione/divorzio*
di MARCO PINGITORE

17 **RICERCA IN AZIONE**
*Patterns assistenziali ed esiti (outcome)
psicosociali. Uno studio osservazionale-longitudinale
prospettico: suggerimenti per un buon funzionamento
dei servizi di riabilitazione*
di JOHN CURCIO

24 **RIFLESSIONI IN NETWORK**
Diagnosi? No Grazie!
di FRANCO MEGNA

30 **RECENSIONI**
Libri in analisi
di FRANCESCO LANDO



RIVISTA SCIENTIFICO-DIVULGATIVA DELL'ORDINE DEGLI PSICOLOGI DELLA CALABRIA

PSI  **PSICOLOGIA**
ALABRIA

