

PSI SOLOGIA ALABRIA

ANNO IV • N. 1-2
Gennaio- Dicembre
2014

RIVISTA SCIENTIFICO-DIVULGATIVA DELL'ORDINE DEGLI PSICOLOGI DELLA CALABRIA

RIVISTA SCIENTIFICO-DIVULGATIVA DELL'ORDINE DEGLI PSICOLOGI DELLA CALABRIA



CONVERSARE CON
PSICOLOGIA NARRATIVA E PSICODIAGNOSTICA INTERCULTURALE
A COLLOQUIO CON IL PROF. GIUSEPPE COSTANTINO

ETNOPSICHIATRIA
UN DISPOSITIVO TERAPEUTICO PER UTENTI STRANIERI

PROFESSIONE ASSICURATA
ASSICURAZIONE E RESPONSABILITÀ IMPEGNO ED OPPORTUNITÀ

RIFLESSIONI ALLO SPECCHIO
DAL MITO DI EDIPO AL MITO DI ULISSE PER RINNOVARE
IL DIALOGO E L'INCONTRO TRA IL PADRE E I FIGLI



Anno 5 - Numero 1-2

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

Gennaio-Dicembre 2014

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

MARIO SELLINI

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 novembre 2014

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@psicologiacalabria.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 adattare 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.

Psicologia narrativa e psicodiagnostica interculturale

A colloquio con Giuseppe Costantino, professore di psicologia al Touro University College Graduate School USA, direttore dell'Istituto di ricerca al Lutheran Medical Center, USA e autore del test multiculturale TEMAS (Tell-Me-A-Story)

a cura di ANGELA PIATTELLI

Cure materne, storia personale e motivazioni profonde, alla base di un ambizioso progetto professionale.

La straordinaria avventura di uno studioso calabrese che ha dato un contributo notevole alla psicodiagnostica nei contesti interculturali.

Quando storia personale e professionale, intersecandosi in modo armonioso ed efficace, creano i presupposti per un decisivo progresso di una giovane disciplina.

D. Quali motivazioni hanno spinto il giovane Giuseppe a trasferirsi in America e quanto le sollecitazioni della madre hanno potuto determinare una scelta così radicale? (Sappiamo bene, dai nostri studi, quanto gli abbracci e le sollecitazioni della madre possano influire in modo determinante sullo sviluppo dell'ambizione del figlio nel costruirsi un futuro soddisfacente).

R. Questa risposta ha due parti. La Prima. Dopo aver completato il Diploma Magistrale all'Istituto Statale Giovanna De Nobili di Catanzaro nel 1957, feci il militare come sottotenente di complemento al CAR (Centro Addestramento Reclute) di Palermo. Insofferente dell'autorità, lasciai la carriera militare e ritornai nel mio paese, Nocera Terinese, e lì da supplente insegnai per due anni. In seguito mi sentii irrequieto perché, avendo letto molte opere di Freud, ero stato profondamente affascinato dalla psicologia e maturai l'idea di conseguire la laurea in quel campo. Ma a quel tempo, era il 1960, non esiste-

vano facoltà di Psicologia in Italia così decisi di andare in America. Scrisi allo zio Nicola Tomaino, fratello di mia madre che viveva a New York, perché mi facesse avere i moduli per la domanda d'ammissione alla New York University, per studiare inglese e poi psicologia. Lo zio, che ben sapeva che io ero stato il primo in tutta la famiglia ad ottenere un diploma magistrale, mi mandò tempestivamente tutta la documentazione. La completai in inglese con l'aiuto dell'amico d'infanzia e già insegnante, Francesco Costanzo. Però poi i miei genitori si rifiutarono di darmi i soldi per il viaggio perché volevano che restassi ad aiutarli economicamente per l'istruzione di mia sorella Marisa e di mio fratello Mario, più giovani di me. Non mi arresi, indomito mi recai alla Cassa di Risparmio di Calabria per chiedere in prestito 5 mila lire. Ma il direttore, Dott. Leopoldo Rossi, mi chiese "chi garantirà per questo prestito?" Io dissi che non potevo offrire nessuna garanzia ma che ero fermamente intenzionato ad andare in America per studiare psicologia. Poi il Dott. Rossi lesse il mio nome sulla domanda e disse: "...È lei quel Costantino che scrisse *Dove La Valle è Verde?* Le sue poesie mi piacciono molto. Le do i soldi per andare a studiare in America e me li manderà a suo tempo". Emigrai in America e mentre abitavo con mio zio, prima frequentai corsi in Inglese alla NYU poi mi trasferii al New York City College, Brauch School of Business Administration, dove presi il Bachelor's degree (laurea triennale) in Psicologia Industriale. Poi conseguii il Master in

Psicologia Scolastica anche al NY City College; infine ritornai alla New York University per completare il Ph.D. in Psicologia Clinica.

La seconda. Dietro tutti questi sforzi di motivazione al successo, ci sono le storielle che la mamma mi raccontava fin da bambino. Bella e intelligente, la mamma Erminia non fu mandata al magistrale, secondo le insistenze del suo maestro, perché la nonna credeva che le altre sei sorelle si sarebbero ribellate se avesse mandato solo Erminia al collegio. Così la mamma fece in modo che il suo primo figlio ci andasse e pensò d'inculcargli la motivazione raccontandogli storielle con temi relativi al successo, come quella su Ludovico Muratorari, un pastorello che ascoltava le lezioni dalla finestra della scuola in campagna e che in seguito diventò filosofo. Quindi, in parte, il TEMAS è legato "al raccontami una storia" materna, ma anche al tema inteso come compiti che si davano alla scuola per trattare argomenti in risposta a tracce date dall'insegnante, come per esempio, "Il compleanno della Nonna" o "Se avessi mille lire".

D. Parliamo della sua creatura eccellente: il test proiettivo TEMAS che ha sicuramente rivoluzionato la prassi della psicodiagnostica nell'ambito della Psicologia dello Sviluppo. Quali gli aspetti peculiari di tale strumento di indagine?

R. Anzitutto, il TEMAS è un acronimo per "tell-me-a-story", "raccontami una storia"; significa tema in spagnolo, senza la "s" significa tema in italiano. Ideato negli anni Settanta e sviluppato negli anni Ottanta all'Hispanic Research Center, Fordham University and al Sunset Park Mental Health Center del Lutheran Medical Center dove lavoravo, il TEMAS è stato sviluppato in collaborazione con il pittore Phil Jacobs, che continua a collaborare per le varie versioni, come quelle araba, cinese e bulgara, tra le altre; in collaborazione con il Dr Robert Malgady e con il Dr Lloyd Rogler, che mi hanno assistito nello sviluppo delle norme di standardizzazione. Il TEMAS rappresenta un'innovazione e contiene alcune differenze rispetto ai test tematici-proiettivi come il TAT. Prima differenza: le tavole sono colorate, meno ambigue del TAT e

più stimolanti per la produzione spontanea verbale. Seconda differenza: le immagini rappresentano scene ambigue di vita quotidiana che permettono le identificazioni caratteriali dei vari gruppi multiculturali. Terza differenza: i temi rappresentano situazioni bipolari che richiedono uno sforzo di soluzione del conflitto fra opposte opzioni, come un problem-solving. Quarta differenza: il sistema di codificazione è oggettivo e quindi più valido e più clinicamente attendibile. Quinta differenza: i gruppi normativi sono standardizzati su ragazzi di etnie diverse come Neri, Portoricani, Ispanici e Bianchi di età da 5 a 13 anni, nella versione americana; su gruppi di ragazzi Italiani, Americani, Spagnoli e Arabi di età da 6 a 10 anni, nella versione italiana. Attualmente il TEMAS è l'unico test disponibile competente nella valutazione di ragazzi di culture diverse.

D. Nello sviluppo del TEMAS che ruolo ha avuto la straordinaria storia personale dell'autore, mi riferisco in particolare allo stile narrativo materno e dunque alle tante storie che la mamma narrava al piccolo Giuseppe?

R. Le storielle raccontate continuamente dalla mamma hanno avuto un ruolo molto importante nello sviluppo del test perché mostrano il valore del "storytelling" (raccontare una storia) e dei racconti nella maturazione psicologica di una persona. Già dall'antichità, "storytelling" è stato il metodo più efficace per educare, fino all'invenzione della stampa e della televisione, entrambe poi hanno ridotto l'importanza delle narrazioni orali. Per me il valore dei racconti materni è rimasto vivo nelle emozioni e nella mente e poi essi hanno trovato un senso nella motivazione ad eccellere nel campo scolastico in generale, in particolare nel comporre le poesie che ho scritto da giovane; dopo laureato, in America, essi hanno trovato un posto molto appropriato nella ricerca dell'uso dei racconti come psicoterapia, e soprattutto in uno strumento di valutazione come il TEMAS. Infatti la conferma della loro utilità venne fuori durante una sessione di terapia con ragazze Ispaniche al Centro di salute mentale dove ero il responsabile degli psicologi, nel 1980. Dopo tante sessioni, la mia assistente ed io non sapevamo che fare con queste ragazze che si an-

noiavano e venivano al gruppo di terapia solo di tanto in tanto. Al quel punto, mi ricordai del valore dei racconti della mamma, cosicché ebbi l'idea d'invitare le nonne di queste ragazze che le aspettavano fuori per riportarle a casa; le invitammo a venire a raccontare le storie della loro infanzia e del loro significato nella cultura di appartenenza di queste adolescenti. Così iniziò il programma di ricerca che sviluppò le Fiabe come psicoterapia (Cuento Therapy) e il TEMAS per la valutazione della personalità dei ragazzi utilizzando le storie. Portai questa idea all'Hispanic Research Center della Fordham University nel 1979, dove lavoravo come ricercatore e dove si ottennero finanziamenti del Governo per un totale di circa 2 milioni di dollari.

D. Il TEMAS nel contesto professionale americano, in quale settore viene maggiormente impiegato?

R. Il TEMAS è riconosciuto come un test valido nel contesto multiculturale ed è usato maggiormente nelle scuole elementari e secondarie, nelle cliniche di salute mentale e principalmente nelle Corti di Giustizia per casi problematici in contesto giudiziario in cui siano coinvolti figli di coppie separate o divorziate, nei casi di figli adottati e di ragazzi abusati fisicamente e sessualmente. I giudici e gli avvocati apprezzano e accettano con piacere i risultati del TEMAS perché il test offre norme multiculturali ed è valido nell'indagare le funzioni della personalità e la patologia emozionale dei ragazzi valutati.

D. La figura dello Psicologo scolastico in America, a differenza della realtà italiana, in che modo viene valorizzata e come interviene nelle condizioni di disagio psichico?

R. Gli psicologi scolastici in America sono impegnati nelle scuole in maniera sistematica: ogni scuola ha uno psicologo nell'organico che esercita sia il ruolo di esaminatore che di terapeuta. Tuttavia il loro numero in molte scuole non è sufficiente, specialmente in quelle scuole dove ci sono molti studenti stranieri. Quindi il Dipartimento dell'Educazione entra in contatto con i centri di salute mentale che mandano degli psicologi nelle scuole per condurre terapie individuali, di gruppo e della

famiglia. Vorrei aggiungere che, come responsabile del Dipartimento di Psicologia del Sunset Park Mental Health Center del Lutheran Medical Center, convinsi gli amministratori del Lutheran a creare il primo centro scolastico di salute mentale nel 1976. Questo sistema di "school-based mental health clinic" ha avuto molto successo. Sarebbe molto importante che le scuole in Italia sviluppassero un rapporto con il Ministero della sanità per iniziare esperienze del tipo fin qui indicate, poiché con le alte quote di studenti stranieri oggi presenti nelle scuole Italiane, c'è un grande bisogno di psicologi scolastici.

D. Prof. Costantino, le capita ancora oggi di ripensare ai suoi sogni di giovane calabrese che voleva riscattare la sua terra d'origine? Dal punto di vista scientifico e professionale Lei, per noi colleghi calabresi, è motivo di vanto e di orgoglio!

R. Lasciare tutto e tutti alla giovane età di 22 anni non è stato molto facile: ho pianto un fiume di lacrime da Nocera a Brooklyn dove, grazie all'affettuosità dello zio, con cui ho vissuto per due anni, ho potuto alleviare il dolore per la lontananza. Però la motivazione di ottenere la laurea in Psicologia mi sostenne più d'ogni altra cosa. Al principio volevo studiare Psicologia Industriale perché, una volta diplomato, volevo ritornare in Calabria per realizzare qualche impresa che offrisse occupazione e speranze ai giovani. Ma il Bachelor's degree (laurea triennale), ottenuto dopo sei anni, durante i quali dovetti lavorare di giorno e studiare di sera, non mi preparò bene per questo: negli anni Sessanta la psicologia industriale insegnava come motivare le persone a comprare varie cose, oggetti, automobili e capi che non era quella la mia strada. Decisi però di rimanere per continuare gli studi; in quello stesso periodo morirono, ancora giovani, entrambi i miei genitori e divenni il "capo famiglia" perché dovevo sostenere mia sorella Marisa e mio fratello Mario che poi divenne un affermato Medico qui in America. Dopo il dottorato in Psicologia Clinica e il master in Psicologia scolastica mi riavvicinai alle

storie raccontate dalla mamma e ne recuperai il valore educativo ed emozionale. Ora, grazie a questa occasione di essere in Italia, all'aiuto del Dott. Tummino e della Dott.essa Meucci, all'invito del Dott. Sellini, del Dott. Lombardo e della Dott.ssa Piattelli, e all'accoglienza dei colleghi Calabresi, il TEMAS arriva in Italia, o meglio: ritornano sotto altra forma le storie di mia mamma. Anche questo rappresenta la realizzazione di un sogno che può dare lavoro a giovani psicologi e speranza nel futuro a chi, in difficoltà, frequenta le scuole della mia terra d'origine e non solo.

D. Ai tanti giovani Psicologi iscritti all'Ordine Psicologi Calabria, che naturalmente sperano di inserirsi efficacemente nei vari contesti lavorativi tra cui quello scolastico, quali suggerimenti darebbe partendo proprio dalla sua personale esperienza?

R. Suggestisco ai giovani colleghi calabresi tre punti fermi che li aiuteranno ad affermarsi nel campo della psicologia, nonostante le difficoltà economiche del presente. Primo: persistere, persistere e persistere nella lotta, proprio come sa fare un calabrese. Secondo: impegnarsi a lavorare nelle scuole pubbliche, con gli studenti italiani ma soprattutto con studenti stranieri: il sistema scolastico italiano è apprezzato nella Comunità Europea, ma deve

affrontare la sfida dell'inserimento di un alto numero di studenti stranieri. Sarebbe molto opportuno che gli psicologi calabresi dessero il loro contributo. Terzo: sviluppare un'adeguata formazione professionale che li aiuti a lavorare in quella direzione. Infine, usare il potere politico: il presidente dell'Ordine degli Psicologi Calabria dott. Armodio Lombardo e il segretario nazionale dell'AUPI dott. Mario Sellini, dovrebbero lavorare per far sì che la Provincia, lo Stato o la Comunità Europea sviluppino le cosiddette "school-based mental health clinics" per definire il problema delle esigenze di integrazione degli studenti stranieri. In questa prospettiva gli psicologi calabresi potrebbero inserirsi stabilmente nelle scuole.

Colgo l'occasione per rivolgere tutta la mia gratitudine a mia moglie Maryse e mia figlia Erminia per avermi aiutato a diventare lo Psicologo che oggi sono.

Dulcis in fundo, vorrei ringraziare con tutto il cuore i colleghi calabresi per l'accoglienza così calorosa, che specialmente noi meridionali sappiamo dare: mi hanno fatto sentire come uno di loro e a casa, inoltre hanno contribuito al ritorno del TEMAS in Calabria, dove originariamente è nato.

Il lavoro di revisione inglese/italiano dell'intervista è stato curato da Marina Grimaldi

Indirizzo per la corrispondenza

Angela Piattelli

Dirigente Psicologo, Psicoterapeuta UOC Oncologia Azienda Ospedaliera Cosenza

Tel/fax 0984/681597 • Cell. 339/6716592 • angelapiattelli@gmail.com

Etnopsichiatria: un dispositivo terapeutico per la presa in carico di utenti stranieri

di SERENA PERONACE

Parole chiave: cultura, gruppo multidisciplinare, mediatore interculturale, lingua madre

Introduzione

L'etnopsichiatria non è, come farebbe pensare la parola, un approccio terapeutico esclusivo per psichiatri, al contrario, è una forma di presa

in carico del soggetto straniero attraverso un gruppo di professionisti. Tant'è che si parla anche di etnopsicologia o etnoclinica.

È un preciso "dispositivo terapeutico" pensato da Georges Devereux ed ulteriormente elaborato dal suo allievo Tobie Nathan e dal gruppo nel *Centre Devereux* di Parigi a partire dagli anni '70. Il termine "etno" che è racchiuso nella parola e che deriva dal greco *ethnos* (gruppo, nazione, popolo, stirpe, razza) contiene dentro sé una serie di entità dalla cui unione scaturisce un elemento fondativo per l'individuo stesso: la **cultura** e cioè la lingua, l'ambiente, l'albero genealogico ecc. Tobie Nathan descrive l'etnopsichiatria come un pensiero psicologico che ha deliberatamente deciso di considerare le persone, il loro funzionamento psicologico individuale, le modalità delle loro interazioni a partire dai loro attaccamenti; attaccamenti multipli a lingue, a luoghi, a divinità, ad antenati, a modi di fare (Nathan, 1996). Due aspetti fondamentali caratterizzano l'etnoclinica: la

presenza del **gruppo multidisciplinare** e l'utilizzo dei **mediatori interculturali**. Il primo è caratterizzato da una varietà di figure professionali (psicologi, psichiatri, antropologi, mediatori interculturali) che entrano in gioco nella seduta e dove viene meno la classica distinzione tra il paziente, colui che porta la sofferenza e il terapeuta, il conoscitore della cura e custode della guarigione. Al contrario, i ruoli professionali sono molteplici e si capovolgono poiché, quando il paziente porta nella scena le usanze e le credenze del suo Paese di origine, di questa o di quella regione, è egli stesso a trasformarsi in esperto. Man mano che i discorsi prendono vita la parola si addentra nei sistemi etiologici tradizionali che, per essere penetrati, hanno bisogno dell'uso della **lingua madre** del paziente, "*la lingua nella quale si costruisce spontaneamente il suo pensiero*" (Nathan, 1993). Arriviamo dunque al secondo elemento fondamentale e fondante direi il lavoro clinico con soggetti stranieri: la mediazione interculturale. Quando paziente e terapeuta provengono dallo stesso luogo e condividono la stessa cultura la comunicazione sarà probabilmente meno "implicita", ma nel caso in cui i due interlocutori appartengono a lingue e culture completamente diverse la

presenza del mediatore risulta essenziale. L'abilità del mediatore consiste proprio nello svelare tutti o gran parte degli "impliciti" culturali contenuti nel discorso, ovvero quei significati condivisi e che quindi si danno per scontati nel gruppo a cui si appartiene (Sala, 2001).

Ben comprendiamo che un tale "dispositivo" è difficilmente applicabile nei nostri Servizi o all'interno delle nostre Comunità d'Accoglienza e infatti si sono venuti a creare nel tempo una miriade di sottosistemi dell'etno-clinica che a bene vedere hanno poco a che fare con l'etnopsichiatria ideata al Centro Devereux. Tuttavia esistono esempi di lavoro clinico con utenti stranieri che si fonda sull'approccio etnopsichiatrico. In Calabria ne abbiamo uno presso il Centro di Salute Mentale di Catanzaro (Modulo "Psichiatria Transculturale e di Comunità") dove il Dottor S. Inglese pratica l'etnopsichiatria. In qualità di psicologa del Sistema di Protezione Richiedenti Asilo di Lamezia Terme, mi sono recata per delle consultazioni su dei casi dal dottor Inglese. Riporto qui di sotto un esempio di consultazione per un ospite di origini maliane.

Un esempio di consultazione etnopsichiatrica: Seydi Ba

S. è un ragazzo di 22 anni, giunge presso il Centro per Richiedenti Asilo di Lamezia Terme nel Giugno 2009, da subito appare poco fiducioso nei confronti degli operatori, ogni occasione diviene un pretesto per squalificarli, generando sentimenti di frustrazione.

Le sue richieste di attenzione scatenano le gelosie degli altri ospiti con i quali non va d'accordo, litigano per motivi futili e di loro dirà spesso "sono ignoranti ... non capiscono". Questo comportamento altezzoso fa snervare un po' tutti, ospiti ed operatori compresi.

Come fare? Le sue frasi lasciate a metà, le parole pronunciate in lingua madre (il *malinkè*) mi trasportano verso logiche "altre" rispetto a quelle della psicologia moderna, c'è qualcosa di "culturale" che se non viene fuori rischia di implodere, e sarà egli stesso a pagarne le con-

seguenze. Ci rechiamo per la prima volta dal dottor Inglese in Settembre, siamo seduti in cerchio, io, l'utente, il mediatore culturale senegalese di origini maliane, l'etnopsichiatra ed un collega psicologo. Le lingue parlate sono due: il francese, la lingua degli occidentali, ed il malinkè, la lingua dell'etnia di provenienza del giovane utente. Lingua e cultura dunque come elementi fondamentali del setting giacché "la cultura non è una sorta di "capriccio" o un accessorio secondario dell'evoluzione umana. Essa non è un abito, né un colore, ma rappresenta il fondamento strutturale e strutturante dello psichismo umano" (S. Inglese)¹.

Sin dalla prima seduta compare un elemento fondamentale che molto spesso caratterizzerà il racconto di S., ovvero il "doppio". Incomincia subito infatti con la storia dei suoi fratelli gemelli rimasti uccisi durante una manifestazione studentesca a Bamakò all'età di 24 anni. S. Egli è il secondogenito e a lui seguirà una sorella che oggi vive in Mali e con cui si sente spesso telefonicamente, ultimo brandello di famiglia ancora in vita.

La madre, dice, si prendeva cura del padre come un altro figlio, faceva tutto lei per il marito e quando questa muore per un problema al cuore, non sopravvive infatti al dolore per i gemelli assassinati, il padre inizia a "perdersi". Decide infatti di arruolarsi con i ribelli del Nord, i Tamachek, musulmani, meglio conosciuti come Tuareg. Mentre la madre era legata alla religione tradizionale il padre si era convertito all'Islam. "Doppia" appartenenza religiosa dunque, per cui la domanda fondamentale è: a quale mondo appartiene S.?

Un'ulteriore fondamentale aspetto è costituito dal fatto che il padre si unisce ad un'altra donna, una Tamachek, la quale lo spingerà sempre di più verso il proprio di mondo.

A questo punto il senso della storia di sdoppia, anzi si moltiplica, c'è infatti un contenuto storico-politico, un contenuto sacro-religioso e all'interno di quest'ultimo ci sono differenti culture e concezioni del mondo che si incontrano e si scontrano. Della donna del padre S. dirà che si tratta di una *femme mauvaise*, così lo psicote-

rapapeuta chiede cosa significhi questo termine e soprattutto cosa significhi stringere un'alleanza con una donna di questo genere in Africa, infatti il padre, nonostante il parere sfavorevole di S., sposerà regolarmente la donna. Cosa significa essere una "donna cattiva" in Africa del Nord è un capitolo a parte ma ciò che S. ci dice su di essa è che lo spozalizio con queste donne non porta mai nulla di buono. Dopo circa un anno il padre di S. muore ammazzato dai ribelli stessi che lo accusano di essere un traditore poiché legato al partito ADEMA.

"Non era un traditore" dice S. facendo dondolare la testa in segno di negazione.

In questo momento S. è completamente solo, il padre gli dava dei consigli, dice, ora non ha più nessuno che possa dargli dei consigli. Questa è una richiesta continua che S. pone ad alcune persone che si prendono cura di lui all'interno del progetto per rifugiati, e la domanda è più o meno questa "vorrei qualcuno che mi dicesse come fare, qualcuno che mi sappia consigliare". I mondi che si stanno materializzando all'interno del dispositivo sono vasti e complicati e riguardano tanto la cultura islamica quanto la cultura tradizionale.

In particolare, il baricentro dell'attenzione si sposta sulla stregoneria e sui *feticheurs*².

Partendo dal primo elemento, quello femminile, l'implicito culturale che si cela dietro la parola *mauvaise* attribuita alla donna del padre è che si tratta di una strega.

Alla mia domanda se il padre avesse generato figli con questa donna S. reagisce con un sorriso smorzato e abbassando la testa fa segno di no. Il terapeuta sposta l'analisi del linguaggio sulle singole parole, chiedendo all'utente che cosa egli intenda per "femme mauvaise"... "una donna il cui ventre è 'sterile'", continua il terapeuta.

S. sorride, guarda in basso imbarazzato, non vuole chiamare le cose col loro vero nome, appena il terapeuta gli mostra la sua conoscenza sul tema alza lo sguardo ma non sembra ancora convinto di poter rivelare "certe cose" in questo contesto, un centro di salute mentale, che contiene non solo il pensiero occidentale ma addirittura il pensiero occidentale sulla malat-

tia e la cura. Il terapeuta continua a chiedergli come si chiamano queste donne in lingua tradizionale ma S. non risponde. Ancora una volta è lo psicoterapeuta a fornire la risposta dicendo: "non si tratta forse di ginebanà?". È solo la parola, che pronunciata inaspettatamente in lingua tradizionale dal terapeuta, provoca la reazione di S., il quale sembra ritrovare a sua volta il linguaggio adatto per raccontare e raccontarsi. Così, sempre con l'intervento esperto del mediatore culturale, la conversazione continua e S. parla di relazioni forti tra il ventre delle donne e le *diables*, o gli spiriti. È per questo che la donna del padre non ha avuto figli poiché queste donne anche se dovessero rimanere incinte, racconta S., perderebbero il bambino. Arriviamo dunque al secondo tema importante cioè quello religioso-divinatorio, infatti S., dicendo che qui in Italia non ci sono persone che possano dargli consigli, fa riferimento ad una cultura che invece di queste persone è prospera. Nel caso di S. può trattarsi tanto del *marabout*, se facciamo riferimento all'Islam e al mondo paterno, quanto del *feticheur* se ci riferiamo alla religione tradizionale e quindi al mondo materno. Sebbene S. abbia abbracciato pienamente la cultura musulmana non può non sentire fortemente dentro sé il potere dell'altra cultura, quella degli antenati, quella del lato materno. In questa parte della parentela ci sono addirittura due *feticheurs*, la nonna e il fratello della madre. L'attrazione per questo mondo è talmente forte da essersi recato per vari mesi nel villaggio della madre al fine di conoscere la tradizione, anche lì, dice, c'erano persone che gli davano consigli e "questo era buono!". "Esistono delle differenze tra la gente e i *feticheurs*, i quali sanno interferire, sanno correggere queste malattie", si riferisce alla sterilità della donna del padre. Secondo il terapeuta coesistono due pensieri sottostanti la storia di S., il quale sarebbe portatore tanto della teoria generale sulle donne tamachek e la stregoneria, quanto della teoria specifica riferita alla perdita della virilità del padre e non solo di questo come vedremo. Le streghe, infatti, sono donne che si uniscono ai *djinn*³ mettendo a serio rischio i loro uomini.

Donne che confondono l'ordine delle cose generando il caos, fino a provocare la perdita della vita stessa.

Come nella realtà è accaduto al padre di S. Dopo aver visto la morte del padre con i propri occhi S. viene preso dai ribelli e costretto a dieci mesi di prigionia, è solo nel momento in cui questi gli mettono un fucile in mano che il nostro giovane maliano trova la forza per fuggire. Comincia così il suo processo migratorio verso l'Italia, fatto di complicità, avventure e disavventure di ogni genere. Come in tutti i processi migratori che partono dall'Africa e attraversando il mediterraneo finiscono in Europa le storie sono intense e complesse. Anche la storia di S. è popolata da abbandoni e lutti ma anche da inaspettati incontri, persone benedette e persecutori, alleanze, rituali e sacrifici per ottenere la benevolenza di Allah.

Una molteplice appartenenza

Nel corso del secondo incontro formiamo come sempre il cerchio, siamo io, lo psicoterapeuta, l'utente, il mediatore culturale ed un altro operatore del Sistema di Protezione.

I discorsi vertono su un tema molto interessante, ovvero quello della distinzione in caste all'interno della società malinkè. Si è arrivati a questo discorso partendo dal fatto che S. sta lavorando come artigiano in un laboratorio per la lavorazione della terracotta.

Nel momento in cui finisco di raccontare quanto egli sia esperto e capace nel lavoro, S. aggiunge che però si tratta di un impiego momentaneo e che non ha intenzione di svolgere una tale occupazione per tutta la vita. Il terapeuta non si limita a domandarne la ragione ma, proiettando il discorso nel villaggio da cui proviene S., domanda se in Mali svolgerebbe mai questo mestiere. S. risponde che non lo farebbe mai giacché la lavorazione della terracotta è un'attività che è riservata alle donne. Mentre le donne si dedicano alla modellazione della terra, ci racconta, molti uomini si dedicano alla forgatura del ferro, costituendo la casta dei *numun*,

ovvero la casta dei fabbri. Tant'è che quella parte d'Africa è chiamata "la costa dei fabbri" per l'appunto. Poi ci sono i *griot*, i cantastorie e i *gerigion*, gli schiavi, spiega.

"Tu a quale casta appartieni?" chiede lo psicoterapeuta, "Io non appartengo a nessuna di queste, io sono un nobile" dice timidamente. I nobili sono chiamati *khoro* ed essi "devono solo ricevere" dice. Il terapeuta domanda se un aristocratico debba lavorare. S. risponde affermativamente, in quanto per dignità propria non può chiedere dei soldi. Inoltre, continua, è obbligatorio lavorare per poter dare dei soldi agli altri. Possono lavorare nell'agricoltura, come fece suo nonno, ma nella sua famiglia le cose sono cambiate con il padre, il quale "amava la modernità" e si dedicava all'insegnamento. "Io amo la tradizione" conclude. Mi raggiunge subito un pensiero e cioè che agli occhi di molti operatori S. appare come il più integrato nella nostra società, il più 'moderno' per così dire, e proprio per questo è considerato una sorta di traditore per il gruppo dei rifugiati.

La sua appartenenza all'aristocrazia spiega il suo fare altezzoso cui mi riferivo nel corso dell'introduzione del caso, nonché la sua alleanza con i bianchi piuttosto che con i neri (appartenenti forse a caste inferiori). Con questi ultimi, superati i conflitti iniziali, inizia a stabilire un rapporto di pacifica convivenza, dispensando loro consigli e aiutandoli concretamente assumendo il ruolo di "ponte" tra noi operatori e loro.

Egli tuttavia non appartiene completamente al gruppo dei rifugiati politici né al gruppo dei bianchi. A chi appartiene S.? Frequenta ragazzi italiani, si veste e parla come loro, apparentemente immerso nella cultura occidentale, ma nel contempo non dimentica i suoi dei ed invia denaro in Africa perché i dovuti sacrifici vengano consacrati e le promesse rispettate.

S. conosce la tradizione materna e la rispetta, ma ha abbracciato pienamente la religione moderna del padre. Non dimentichiamo che la religione musulmana è qualcosa di relativamente recente in molti popoli africani se paragonato all'animismo che viene praticato sin dalla preistoria. S. è dunque antico ma al contempo

moderno. Opposti che nei primi mesi erano in contrasto sembrano amalgamarsi sempre di più col passare del tempo, sembra che il dispositivo creato nel gruppo terapeutico gli abbia offerto la possibilità di essere moderno senza tradire la tradizione/madre.

“Seydi ... da dove viene questo nome?”⁴ chiede il terapeuta con aria incuriosita. S. spiega che il nome non è completo poiché in realtà dovrebbe essere Seydi Ba. Il mediatore chiarisce che la particella Ba sta per “grande”, così Seydi Ba vorrebbe dire Seydi il grande o meglio il grande Seydi! Questo era il nome di un grande marabut originario della Guinea.

“Io ho sempre domandato a mia madre perché mi avessero dato questo nome così lontano. Lei mi ha sempre fatto capire che si trattava di un segreto”.

Come una sorta di giuramento interno che può essere tradotto più o meno così: “Se mio figlio prende questo nome è perché vorrei che diventasse famoso e potente come il vero Seydi Ba, il quale quando chiedeva qualcosa a Dio sempre si concretizzava” e poi la madre gli ripeteva: “hai preso questo nome dunque il tuo futuro prima o poi sarà fuori, migrerai come è migrato il tuo omonimo”. Capiamo bene come la madre fosse la vera detentrica del sapere tradizionale. Il terapeuta riflette a voce alta: “il padre era tanto moderno da sposare una tamachek coloro che vogliono ridurre i neri in schiavi. Egli trasgredisce le regole”. S. continua a ripetere che proprio non capisce perché il padre abbia stretto un'alleanza con questa donna e continua spiegando come ogni volta che si modifica una legge si modifica un intero mondo, generando contrasti. Dal momento che le modifiche erano già state apportate dal padre, ne deduciamo che il malessere di S. possa partire da qui.

La sua confusione partirebbe da lì, tant'è che le frasi tipiche di S. sono “io non capisco perché” oppure “non capisco come poter fare questo” Mi chiedo se dietro le sue frasi non si celi in realtà un'unica fondamentale questione, ovvero: “come faccio a diventare il grande Seydi”? Il tradimento tra le etnie ha generato il caos, fino

alla morte del padre. Spetta dunque a lui il compito di recuperare l'equilibrio perduto, dice il terapeuta ed aggiunge che ogni volta che S. non è ad un livello “alto”, come voleva la madre, va nell'onta. La vergogna di svolgere un lavoro che appartiene ad una casta inferiore ad esempio ma, conclude il terapeuta, “tu non sei il fabbro che forgia il ferro ma sei fatto della stessa sostanza del ferro. Sei fortunato a mantenere il rapporto con la terra, la madre di tutto. Non è vergognoso dunque lavorare la terracotta. È la terra che ti lega agli antenati, infatti è nella terra che vengono sotterrati i morti”. S. sorride compiaciuto.

Nel corso dell'ultima seduta siamo in quattro: io, il mediatore, l'utente e il terapeuta.

S. non appare più imbarazzato, anzi sembra aver acquisito una certa sicurezza e fiducia in sé, tali da permettergli di esordire così: “mi piacerebbe divenire un marabut ... perché lui capisce le cose”. Il terapeuta gli spiega che è molto difficile comprendere realmente le cose della vita, che senza un vero, lungo apprendistato da un altro marabut esperto si rischia di commettere degli errori.

S.: “Allora come faccio a progredire? Come faccio a dimenticare?”

T.: “io non sono un marabut, non posso darti una risposta certa. Lui ha la verità vera poiché la cerca tra le lettere del Corano. Io ho solo libri scritti da umani per le logiche umane. La risposta alla tua domanda sarà una risposta che nascerà dal tuo cuore o che evincerai dai rapporti con le altre persone”.

Conclusioni

È possibile notare come il dispositivo sia un laboratorio di teorie, un luogo in cui paziente e terapeuta sono entrambi detentori di saperi e saper-fare, non esiste la concezione del sapere univoco che pensa al primo come il portatore di un malessere e al secondo di una scienza universale capace di comprenderlo e curarlo. Il pronunciare le cose nella lingua madre ha permesso alle logiche ancestrali di farsi avanti insie-

me a quelle della psicologia moderna come le teorie del lutto o dell'abbandono. Il fatto stesso di poterle fare co-abitare è già un passo enorme verso il superamento del trauma che la migrazione ha contribuito a riattivare nel nostro ospite. Il semplice fatto di poterne "parlare", di poter dare un senso ed un ordine agli avvenimenti, ha permesso a S. di riacquistare fiducia in se stesso e nella vita. La valorizzazione della cultura di appartenenza ha fornito la base di appoggio su cui oggi S. fonda la sua vita occidentale. Proprio perché ha ritrovato il senso antico delle cose può permettersi di andare più sicuro verso la modernità che tanto lo affascina.

Il "patto" che è riuscito a stipulare con se stesso e col mondo che lo circonda, riguarda da una parte la consapevolezza della sua provenienza e dall'altra (proprio perché sussiste la prima condizione) la

pacificazione con il nuovo mondo, un mondo "barbaro" dove un nobile può svolgere i mestieri delle altre caste! Il soggetto straniero non è portatore solamente della sofferenza psichica, ma contiene dentro sé una grande complessità di cui dobbiamo tener conto, una *doppia* o *pluri-appartenenza* a persone, cose, modi di pensare e di intendere la vita, la malattia, la cura differenti dal *nostro*⁵. Considerata tale complessità è importante parlare allora di una psicoterapia fondata sulla costruzione di una relazione terapeutica che tenga conto di tutti gli universi che popolano la mente delle persone. È a questi mondi che l'etnopsichiatria è in grado di dare voce con pari dignità di tutte le nostre teorie moderne. Modernità e tradizione, teorie e pratiche s'intrecciano nell'etnoclinica in una danza continua tra il *qui* e l'*altrove*.

Bibliografia

Note

- Inglese S., 1995 *L'inquieta alleanza tra psicopatologia e antropologia. Ricordi e riflessioni da un'esperienza sul campo*, in "I Fogli di oriss", 1,34-62:1993; 2001 *Etnopsichiatria in terra ostile: appunti di metodologia della psicoterapia culturalmente orientata*, in Rotondo A. e Mazzetti M. (a cura di), *Il carro dalle molte ruote. Etnopsichiatria e psicoterapie transculturali*, L'Harmattan, Torino.
- Inglese S., Cardamone G., 2010 *Dejavù*. Edizione Colibri, Firenze 2010.
- Nathan T., 1986 *La follia degli altri. Saggi di etnopsichiatria*, a cura di M. Pandolfi, Ponte alla Grazie, Firenze 1990; 1996 *Principi di etnopsicoanalisi*. Bollati Boringhieri, Torino, 2003 *Non siamo soli al mondo*. Bollati Boringhieri, Torino.
- Sala G.M., 1998 *Verso una clinica transculturale*, in *Culture, Scuola, Società. Riflessioni e contributi dalla realtà veronese*, Provveditorato agli Studi di Verona Centro "tante tinte", Cierre edizioni, Verona 1998; 2001 *Mediazione culturale, operatività e formazione*, in G. Carlini, C. Cormagi, *Luoghi e non luoghi dell'incontro*, Coedit, Genova.

1. Introduzione ai Principi di etnopsicoanalisi, Tobie Nathan, Bollati Boringhieri, Torino, 1996.
2. Curatori tradizionali.
3. Esseri invisibili con caratteristiche simili a quelle umane. Sono spiriti di aria o di fuoco, inafferrabili, capaci di metamorfosi varie. Occupano il corpo degli umani allo scopo di ottenere una qualche compensazione: un culto, un sacrificio, un altare, un'offerta (Nathan, 2001).
4. Il nome è ovviamente modificato per motivi di privacy.
5. Per *nostro* intendo: noi come portatori di un pensiero occidentale e nello specifico del pensiero psicologico/psicoanalitico, il pensiero della medicina, della pedagogia, dei Servizi Sociali eccetera. Anche noi quindi abbiamo un pensiero sulle cose mediato culturalmente (un pensiero *etnico*) ma spesso non ci rendiamo conto del fatto che si tratta di *una* forma di intendere le cose e non *la* forma universalmente accettata e condivisa.

Indirizzo per la corrispondenza

Serena Peronace
Psicologa e psicoterapeuta,
Cooperativa Sociale Il Delta, Lamezia Terme
serenaperonace@libero.it

Assicurazione e responsabilità, impegno ed opportunità

“Coloro che si credono sani sono malati che non sanno di esserlo”

Da *“Knock o il trionfo della medicina”*

di **FRANCESCO MEGNA**

L'obbligo di assicurazione professionale per responsabilità civile evidenzia la necessità di avere dei nostri protocolli diagnostico-terapeutici; la psicologia, ormai divenuta scienza adulta, affrancata da vecchie dipendenze, deve impedire che altri professionisti si improvvisino “psicologi del senso comune” ed, intraprese le adeguate iniziative, allargare le occasioni professionali per tutelare altri operatori della salute che potranno tornare ad esercitare il loro compito.

Parole chiave: assicurazione; protocolli; consenso informato e consapevole; amministratore di sostegno.

A volte, anzi spesso, mi sento come lo sciocco, che, quando il saggio gli indica la luna, dopo averle dato una fugace occhiata, guarda il dito e l'osserva a lungo in ogni suo piccolo particolare. È più forte di me, non ci posso fare nulla. Resto attaccato al contingente e la luna continua ad apparirmi bella e poetica, ma, soprattutto, lontana e, per me, irraggiungibile. La stessa sensazione di spaesamento la vivo con la questione dell'assicurazione professionale per la responsabilità civile. Credo sia giusto essere assicurati. Potremmo sbagliare e trovo più che sacrosanto che l'eventuale danneggiato abbia almeno un corrispettivo economico. Quello che non condivido è la formulazione della disposizione legislativa del doversi attenere a delle linee guida o alle cosiddette **buone pratiche** originate da qualche roboante associazione professionale e finanziata con evidenti conflitti di interesse e, soprattutto, non psicologica. Tutta la nostra formazione ed il nostro agire lavorativo quotidiano di psicologi e psicoterapeuti sono caratterizzati dall'aiuto all'altro, anche se ciò non ci

rende immuni da possibili errori. Inoltre, dopo tanti anni di lavoro, più o meno intrappolati dal burnout, ritenuta la causa prima del disamore lavorativo e della sterilità emotiva verso l'altro sofferenza, sbagliare appare logica conseguenza. Per cui, siccome siamo umani, almeno spero che lo siamo tutti gli iscritti al nostro Albo, l'errore è sempre dietro l'angolo: il tanto malfamato “errore umano”. Non parlo di contravvenire una qualche legge, il nostro codice deontologico o qualche altra norma fatta da noi e condivisa, quindi non di dolo. Credo che l'errore più subdolo che potremmo fare per commissione o omissione è quello che non c'è. Detta così la questione appare criptica, forse è il caso di fare un passo indietro. Mi riferisco ai diversi paradigmi diagnostici e clinici in uso fra gli operatori della cosiddetta salute mentale. La stessa azione o inazione, se valutata da diverso presupposto, assume necessariamente valore diverso. Addirittura, mantenendo inalterata la logica, come si diceva quando studiavamo le teorie psicopatologiche, punteggiature diverse, conducono a conclusioni diverse; variando il

punto di vista, cambia la prospettiva percepita, così ci insegna il cognitivismo. Come psicologi ci siamo dati, mentre altre professioni istituite da secoli ancora non ce l'hanno, ed è sottoposto a continue verifiche, un codice deontologico molto severo, perché rigidamente credibile deve essere il nostro agire. Ritengo che nell'immaginario collettivo, almeno così mi piace credere, abbiamo recuperato tanta considerazione. Certo alcune credenze sono sparite anche per avanzamenti culturali compiuti dalla società, ma agli inizi, parlo del decennio anteriore alla legge 56/89, potendo chiunque definirsi psicologo, eravamo accomunati a maghi, cartomanti e fattucchiere. Sono trascorsi venticinque anni: tanta strada l'abbiamo percorsa, ma, sicuramente di più, dobbiamo ancora farne. Quanto tempo impiegheremo per fare comprendere che ogni individuo è simile a tutti gli altri ed è contemporaneamente diverso? Anni fa quando i genetisti asserivano che fossimo biologicamente determinati io mi arrabbiavo molto, non tanto con loro, ma con i colleghi che accettavano come scientificamente dimostrate delle asserzioni che non lo erano. Ora questi studiosi li ascolto con interesse e provo piacere quando dicono che la genetica è importante, ma che non bisogna trascurare l'epigenetica, che l'ambiente è determinante almeno al 50%, e che non bisogna tralasciare i nostri batteri simbiotici con noi ed il viroma in cui siamo immersi. I ricercatori hanno compreso, ancora non tutti, che siamo formati e determinati da innumerevoli elementi complessi organizzati in tanti sistemi interagenti fra di loro, a cui va aggiunta la funzionalità che chiamiamo **mente**.

Che bello siamo complessi.

Se ne stanno accorgendo anche altri professionisti che ci accusavano di scarsa scientificità, quando asserivamo che nella psicoterapia non può esserci una ripetitività meccanica. Non è possibile in psicoterapia, per le innumerevoli variabili in campo, ottenere la "riproducibilità galileiana". Il genio di Galiei, lui sì che era scientifico, si confrontava con alcune biglie ed un piano inclinato e dimostrò, ripetendo e misurando, che l'asserzione di Aristotele sulla caduta

dei gravi, formulata quasi duemila anni prima, ma sostenuta dal senso comune, era errata. Il nostro pisano, che riusciva a pensare utilizzando logiche controintuitive, non era arrabbiato con il filosofo, ma con quanti invece di studiare la realtà, la loro quotidianità, applicavano allo studio quanto dal greco asserito e rifugiandosi nella formula: "Ipse dixit", rifiutavano l'osservazione della vita e quanto contraddiceva le ipotesi da loro ritenute indiscutibili.

A voi hanno mai detto: "lo tratto la stessa malattia sempre allo stesso modo ed ottengo sempre gli stessi risultati"? A me è capitato di sentirlo tante volte. Io rispondevo che vedevo sempre persone simili, ma diverse fra di loro, che, per cause somiglianti, soffrivano nei più svariati modi e che solo ad un'osservazione superficiale sembravano uguali, che ero diverso io e, quindi, il mio agire, secondo le situazioni ed i risultati dipendevano da me e da loro, cioè da quanto riuscivamo a fare "sistema terapeutico". Accidenti, ma forse, rispetto all'assicurazione obbligatoria, ha ragione chi semplifica la complessità e si rifugia nel meccanicismo lineare dove la legge causa-effetto è ancora valida e tutte le sofferenze emotivo-relazionali si curano con quelle tre molecole ed i loro derivati. Se io, nel relazionarmi con l'altro, etichetto la sua sofferenza, il suo malessere, nel senso di mal vivere, definendola disturbo, ma è chiaro che la ritengo malattia e attingendo da un classificatore statistico, lo inserisco, quindi, in un insieme vasto e vario di manifestazioni sintomatiche, anche opposte fra di loro, ma con un solo parametro comune e gli attribuisco poi una sigla ed un numero, magari con il decimale, così appaio più scientifico, ecco che crederò di avere fatto diagnosi. Pienamente convinto di questa lettura della realtà, senza mai uno spiraglio di dubbio, potrò passare ad un altro utente-cliente-paziente-malato: tanto sono tutti uguali: tutti a bassa compliance e con paternalismo dirò: "non è colpa loro, è la malattia che è così", oppure: "il paziente fa resistenza alla guarigione".

Avrò fatto manovalanza. Non avrò visto l'unicità dell'altro. Non avrò rispettato l'individualità della sua sofferenza, il suo naturale autode-

terminarsi, previsto persino dalla nostra legge fondativa, la Costituzione; non sarò riuscito a fare un patto terapeutico con lui, ne poteva accadere: avevo lui davanti senza riuscire ad individuarlo, a vederlo come individuo, unico e speciale di cui avere cura.

Se io mi avvicino alla persona sofferente considerandolo simile agli altri, ma diverso, potrò sbagliare (sono umano), ma se lo considero uguale in tutto e per tutto agli altri, ho a disposizione la mia bella linea guida, che rassicura me, gli eventuali organi giudiziari e periti, se, poi, qualcosa non quadra, beh, la responsabilità è della linea guida, della buona pratica convalidata da sostituire con una migliore. Cioè, ho rispettato le regole e non sono punibile. Sono stato professionalmente diligente, ho riprodotto quanto da altri sperimentato, stabilito e verificato. In caso di danno, in assenza di dolo, non sono punibile. L'assicurazione mia, o quella dell'ente per cui lavoro, rimborserà l'eventuale responsabilità civile.

La diagnosi personalizzata è come un indumento fatto su misura per quella persona, per la giusta occasione, per l'ambiente prestabilito e tenendo conto di tutte le altre prevedibili e possibili variabili per la circostanza. Al contrario, la diagnosi statistica è un indumento a fattura industriale, probabilmente il più indossato a quella latitudine, che sta un po' stretto a qualcuno e largo ad altri, corto ad una parte e lungo a tal'altri.

Qualsiasi comportamento estrapolato dal contesto e valutato ignorandone le cause e le finalità, giudicato da persone appartenenti ad altre culture, usi o religioni, appare strano e se la griglia usata fosse la diade: normale-patologico, allora non si salverebbe nessuno, (figurarsi io che scrivo di cose così tediose e per chi non mi leggerà mai). Come appare il comportamento di un cattolico che, con aspettative di guarigione, si cala in una vasca a Lourdes agli occhi di un ebreo ortodosso, mentre compie la sua preghiera rituale al Muro del Pianto? E viceversa? Sconsolatamente dovremmo concludere, parafrasando Hegel: "Di notte tutte le vacche sono nere". Ma il problema non sono le vacche, sia-

mo noi che scambiamo la nostra piccola visione del mondo per la realtà assoluta.

È fuori di dubbio che quando "tutte le vacche sono nere" la linea guida è una ed una sola e non attenersi ad essa è illecito. Questo è il grande rischio a cui andiamo incontro come categoria professionale fino a quando non avremo dei protocolli che nella fase diagnostica ed in quella terapeutica tengano nel giusto conto la complessità dell'essere umano, rifiutando quelle pratiche riduttive, mai scientificamente dimostrate, che banalizzano la sofferenza e trovano nella chimica tutte le risposte. Se non lavorate in un servizio che pratica la riduttività diagnostica, andate a fare una passeggiata nei dintorni di uno di questi quando è frequentato dagli utenti, vedrete solo vacche nere, anche di giorno. È la malattia a renderle nere o è quella che qualcuno, senza ironia, ma anche senza vergogna, chiama terapia?

Mi si obietta, solitamente, che nessun intervento da solo è risolutivo e che bisogna integrare le visioni, ma è da quando facevo il volontario in manicomio che lo sento dire e nulla è cambiato, anzi il ricorso alla chimica è aumentato. Mettiamo alcuni punti fermi. Cosa si intende per collaborare con altre figure professionali? Cosa si intende per terapia integrata? Prima di incamminarsi con qualcuno bisogna trovare degli accordi su molti punti: stabilire la meta, il percorso, quali mezzi di locomozione, i tempi, il perché del viaggio; ecc. Nella psicoterapia il sintomo ha un suo significato, che spesso sfugge al senso comune, è importante per la diagnosi, è strumento di relazione. Nell'intervento basato sulla chimica il sintomo è il bersaglio da colpire ed annientare. È possibile integrare queste visioni? Nella psicoterapia l'intervento è subordinato alla creazione di una relazione, mentre l'ottica farmacoterapeutica ha come obiettivo immediato il sollievo della persona dalla sofferenza che riferisce. Per carità nulla di sbagliato, anzi intervento sacrosanto dal punto di vista etico comune; se i due, paziente e farmacoterapeuta, sono d'accordo, con il primo che sia stato adeguatamente e consapevolmente informato delle potenzialità e dei limiti degli

interventi chimici e la terapia abbia lo scopo di lenirne le sofferenze. Entriamo qui in una altra vasta problematica da cui come psicologi ci siamo sempre tenuti fuori e che in questo scritto, per linearità espositiva, affronterò dopo. Non è eticamente corretto che ad una persona, che ha già assunto diverse molecole senza ottenere i miglioramenti sperati, si aggiunga un altro trattamento; la psicoterapia potrebbe provocare confusione. I possibili peggioramenti successivi a quale dei due trattamenti andranno addebitati? Oppure usiamo la logica tout court: io sono artefice dei miglioramenti e l'altro causa le riacutizzazioni? Il minimo che possa succedere è che il paziente, già da bambino probabile campo di battaglia di adulti, da grande indeciso e combattuto fra più pulsioni, desideri o aspirazioni, si trovi ad essere oggetto di conflitti professionali o personali fra operatori. Dove sarebbe, allora, la schizofrenia? Come verrebbe informato il paziente affinché fornisca un consenso consapevole? Gli si dirà che alla base delle diverse terapie ci sono epistemologie confliggenti? Perché tali sono! Quando si fanno interventi che hanno la pretesa di usare logiche scientifiche bisogna lungamente sperimentare con una variabile alla volta.

“Quando Galilei fece rotolare le sue sfere su di un piano inclinato con un peso scelto da lui stesso, e Torricelli fece sopportare all'aria un peso che egli stesso sapeva già uguale a quello di una colonna d'acqua conosciuta [...] fu una rivelazione luminosa per tutti gli investigatori della natura. **Essi compresero che la ragione vede solo ciò che lei stessa produce secondo il proprio disegno, e che [...] essa deve costringere la natura a rispondere alle sue domande; e non lasciarsi guidare da lei, per dir così, colle redini; perché altrimenti le nostre osservazioni, fatte a caso e senza un disegno prestabilito, non metterebbero capo a una legge necessaria.**”¹

-Il pensiero in prestito è di Kant, mia è solo la sottolineatura ed il grassetto.-

Non so se sono stato sufficientemente chiaro. Il mio fervore è massimo quando si tratta di

questioni cliniche, per cui è facile che io salti qualche passaggio, anche se di norma la mia mente funziona come muove il cavallo degli scacchi.

Ora leggiamo l'art. 3, comma I della legge 189/2012: “L'esercente la professione sanitaria che nello svolgimento della propria attività si attiene a linee guida e buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica non risponde penalmente per colpa lieve. In tali casi resta comunque fermo l'obbligo di cui all'art. 2043 del codice civile. Il giudice, anche nella determinazione del danno, tiene debitamente conto della condotta di cui al primo comma”.

E l'art. 2043 del Codice civile: “Qualunque fatto doloso o colposo, che cagiona ad altri un danno ingiusto, obbliga colui che ha commesso il fatto a risarcire il danno”.

È chiaro, quindi, che non si risponde penalmente per colpa lieve, ma si deve giustamente risarcire il danno generato. Resta aperto, però un problema enorme rispetto alla valutazione della eventuale responsabilità dello psicologo che non si sia attenuto alle linee guida o alle buone pratiche. Tale comportamento in sede di giudizio potrebbe essere ritenuto colpevole di negligenza, imperizia e imprudenza. Un comportamento è giudicabile come negligente allorché trascura, mostra disinteresse e superficialità verso il suo assistito o se omette di fare quelle terapie o accertamenti che la maggior parte dei colleghi in condizioni similari avrebbero fatto. Si ha l'imperizia quando nello svolgimento dell'attività professionale si affrontano situazioni di particolare complessità senza averne l'esperienza e la capacità tecnica specifica. L'imprudenza è caratterizzata da insufficiente ponderazione di ciò che il professionista sa fare e c'è la violazione di evidenti cautele o quando si esegue un intervento senza averne le necessarie capacità o, infine, quando si espone il cliente a rischi non perfettamente controllabili o inutili. Solitamente il giudice gradua la colpa in un rapporto inversamente proporzionale fra la difficoltà dell'atto, la perizia e la diligenza impiegate, mentre un discorso a parte merita l'imprudenza, che generalmente dà luogo a giu-

dizi più severi vista la corrispondenza diretta fra rischio assunto e danno provocato. È chiaro che molto dipenderà dai periti e dai consulenti degli inquirenti e delle parti. Come psicologi dovremo stare molto attenti che a relazionare tecnicamente sull'operato professionale di un collega non siano professionisti non iscritti al nostro albo e che quindi non siano usati altri parametri di valutazione e si imponga, come purtroppo attualmente succede, che gli interventi di elezione siano altri e la psicodiagnosi vera e la psicoterapia siano proposti o dopo la "fidelizzazione" del paziente (per integrare) o al fallimento di tutte le prove chimiche, in tale ultimo caso è consigliabile che prima della presa in carico ci sia lo "svezzamento". Un aiuto importante ci viene dall'art. 2236 Codice Civile: "Se la prestazione implica la soluzione di problemi tecnici di speciale difficoltà, il prestatore d'opera non risponde dei danni, se non in caso di dolo o di colpa grave", ma sarà indispensabile fare comprendere, per quanto riguarda il trattamento o la diagnosi, che si tratta di situazioni difficili e controverse dal punto di vista scientifico e che è ormai acclarato che nessuna psicoterapia o psicodiagnosi può essere definita semplice in quanto soggetta a tantissime variabili, rischi e complicanze non prevedibili, che aumentano con le difficoltà tecniche. Questa è la ragione per cui, nella fase informativa del consenso al trattamento dovrebbe essere inserito un tale richiamo prima dell'assunzione dell'incarico e della presa in terapia. Il consenso consapevole è indispensabile perché qualsiasi "trattamento sanitario può essere praticato solo se la persona interessata abbia prestato il proprio consenso libero ed informato"² La psicoterapia, in tutte le sue forme, esclusi i rapporti manipolativi, che non possono essere considerati psicoterapia, è basata sul continuo consenso informato, consapevole e partecipato (non esiste nessun trattamento forzato o all'insaputa del paziente stesso). Il nostro Codice Deontologico all'art. 24 prevede il consenso informato, senza specificarne la forma, ma è auspicabile che sia scritto. Per i trattamenti a minori (art.31 c.d.) è sempre richiesta l'au-

torizzazione scritta di entrambi i genitori o dell'Autorità Tutoria o quella dell'autorità legalmente competente³. Che tale autorizzazione sia scritta trova, da una parte, motivazione nella crescente consapevolezza dei cittadini e nella richiesta di partecipazione come soggetti attivi dei pazienti alle cure, ma anche perché sono attuali le sollecitazioni da parte di operatori della gestione del contenzioso, che con campagne pubblicitarie stimolano le pretese risarcitorie verso una presunta malasanità. Uno dei motivi, fra i tanti, per cui si ottengono risarcimenti, in assenza di danno e nonostante il trattamento abbia avuto buon fine, è per "vizio di assunzione del consenso informato". Cari colleghi, non scandalizzatevi, il moralismo sarebbe fuori luogo: la richiesta di partecipazione consapevole del cittadino-utente farà solo bene a tutta la sanità, pubblica e privata.

Quando uno specialista, diciamo un ortopedico, ravvisa la necessità di impiantare una protesi, informa il paziente, chiede il consenso ed effettua l'intervento. Domanda: l'ortopedico ha le competenze per valutare che l'indispensabile informazione sia stata adeguatamente compresa e memorizzata, che il paziente sia consapevole di quanto gli è stato prospettato: rischi, benefici, alternative, caratteristiche e durata della protesi e tempi di recupero? Per tutto quello che esula la sua competenza l'ortopedico -ma può essere chiunque pratica un intervento sanitario- si avvale dell'aiuto dell'anestesista, forse del cardiologo e del geriatra, sicuramente di tutte le necessarie prestazioni di radiodiagnostica e laboratoristiche, comunque dei tecnici della sala operatoria. Perché non farsi aiutare da chi le capacità logico- astrattive, la memoria, la fascia, le funzioni esecutive, l'umore, lo stress emotivo, la sottostante motivazione, le aspettative, ecc, li valuta quotidianamente? Cari colleghi domandiamoci, perché non siamo riusciti a fare comprendere a questi professionisti, quanto di quello che sappiamo fare potrebbe tutelarli nel ridurre il contenzioso. L'attestazione della consapevolezza, dopo l'informazione esaustiva del paziente o dell'amministratore di sostegno, potrebbe essere un modo per ridur-

re il ricorso alla cosiddetta medicina difensiva positiva caratterizzata da eccessivo uso di esami, analisi e quant'altro serve a tutelare l'autore dell'atto ed i danni della medicina difensiva negativa che evita di occuparsi dei pazienti a patologia complessa o ad alto rischio. Eppure la medicina difensiva è stimata aumenti i costi di almeno il 10% a scapito delle casse pubbliche, senza parlare del danno alle persone e di quanto i contenziosi incidano sugli operatori costretti a difendersi in tribunale o accettando parte della colpa pur di svincolarsi dai processi. Molte delle persone necessitanti interventi simili sono anziani con diverse vulnerabilità. Alle nostre latitudini il consenso informato lo fornisce, quasi sempre, un parente - a volte la badante che si presenta come figlia- quasi mai l'interessato ed in tale caso qualsiasi altro figlio o il coniuge, quindi chiunque non abbia firmato, potrebbe ritenersi parte lesa ed avviare richieste risarcitorie. Cari colleghi permettetemi una battuta: come mai quando stiamo guidando l'automobile siamo convinti che le persone con limiti intellettivi siano tanti, mentre nelle altre situazioni ne vediamo di meno? La Wais, che non è un test che misura l'intelligenza assoluta, come erroneamente da molti ritenuto, ma che ci dice solo dove rispetto alla popolazione globalmente considerata su cui la scala è stata tarata, si situa la persona oggetto dell'indagine, mostra che circa il 16% del bacino di riferimento ha prestazioni, se non più gravi, almeno deficitarie. Si può, quindi, arguire, che almeno una tale percentuale di persone, senza aggiungerci le demenze, quanti in situazioni di stress acuto e coloro che credono supereranno tutte le loro problematiche con un intervento di chirurgia (estetica o gastrointestinale), che almeno questi necessitano, dopo essere stati adeguatamente informati, di una valutazione se idonei ad esprimere in piena consapevolezza un consenso o un diniego. Si ribadisce che tutti gli interventi sanitari, ancor di più le pratiche invasive e quelle con accertati possibili effetti collaterali o che potrebbero determinare assuefazione o dipendenza, dovrebbero essere preceduti da una valutazione della consapevolezza del consenso

o diniego informato. Come dicono i giuristi, il consenso informato è atto **personalissimo**, e non può essere ceduto ad altri se non nella forma prevista ed il diritto nega ad altri la possibilità di compierlo.

Si accennava sopra all'amministratore di sostegno figura introdotta nell'ordinamento italiano per effetto della legge 9 gennaio 2004 N° 6, che ha modificato alcuni articoli del codice civile con l'intento di ridurre il ricorso all'interdizione ed alla inabilitazione, procedimenti lunghi e controversi che escludono quasi completamente la persona interessata nella gestione della propria vita.

Per cui: "La persona che, per effetto di una infermità ovvero di una menomazione fisica o psichica, si trova nella impossibilità, anche parziale o temporanea, di provvedere ai propri interessi, può essere assistita da un amministratore di sostegno, nominato dal giudice tutelare del luogo in cui questa ha la residenza o il domicilio": art. 404 del C.C.

Scopo essenziale dell'amministratore di sostegno è quello di affiancare e sostenere la persona nell'esecuzione di tutte le attività quotidiane e di sostituirla in parte o in toto, solo se priva di autonomia e, comunque, senza intaccare la dignità personale del beneficiario e conservandogli il più possibile la capacità di agire e di decidere. Come è facilmente deducibile sono tante le persone che per menomazione fisica o psichica, parziale o temporanea, sono nell'impossibilità di badare ai propri interessi per un periodo breve o indeterminato e che avrebbero bisogno dell'amministratore di sostegno. Nel caso che l'interessato in tempi precedenti non abbia fatto la nomina e che non la faccia quando si trova nella difficoltà o che non ci sia la richiesta di un congiunto avente diritto, l'art. 406 c.c. al III comma stabilisce che: "I responsabili dei servizi sanitari e sociali direttamente impegnati nella cura e assistenza della persona, ove a conoscenza di fatti tali da rendere opportuna l'apertura del procedimento di amministrazione di sostegno, sono tenuti a proporre al giudice tutelare il ricorso di cui all'articolo 407 o a fornirne comunque notizia al pubbli-

co ministero". È pacifico che se il paziente non può delegare altri al consenso informato, tale compito spetta all'amministratore di sostegno alla cui proposta sono "tenuti", cioè obbligati i responsabili dei diversi servizi sanitari. Ora cari colleghi se questo non accadesse ed una persona con demenza, ludopatia, tossicodipendenza o un altro disturbo mentale dilapidasse le sue proprietà e magari anche quelle dei congiunti, a cascata la responsabilità di ciò riguarderebbe probabilmente anche noi.

In tanti, soprattutto con il senno di poi, credono di sapere cosa bisognava dire o fare, costoro avrebbero evitato l'errore dell'allenatore e vinto sicuramente la competizione, fossero al posto del capo del governo compirebbero le giuste scelte in politica economica per rendere tutti ricchi e se messi al posto del giudice avrebbero applicato la legge come Salomone. In tanti si ritengono capaci di valutare le funzioni cognitive di una persona dopo un semplice scambio di battute. Ebbene mi succede di valutare persone a cui una commissione, non un singolo specialista, ha rinnovato la patente di guida ed altre a cui un'altra commissione ha rifiutato un qualche altro riconoscimento e rilevare, invece, che sono portatori di gravi danni cognitivi. Ciò non per incapacità di dette commissioni, ma semplicemente perché non ne hanno le competenze. Cara collega e caro collega che state leggendo, a meno che non siate specialisti nel settore e quindi il dubbio vi sia già venuto, quanti compagni di scuola avete avuto con dislessia? Quanti con discalculia e disprassia? Non solo ciò accadeva tanti anni fa, ma continua ad accadere sotto i nostri occhi e noi come professionisti idonei, non solo chi ha la specifica formazione, ma qualcosa dovremmo saperla tutti, continuiamo ad essere complici. D'altronde il senso comune ritiene che sia facile individuare una persona decaduta anche in un singolo dominio cognitivo o un insufficiente mentale, fino ad arrivare all'assurdo che solo ai delinquenti di professione viene riconosciuta, per ridurre la pena, una qualche riduzione delle funzioni cognitive. Nessuno di noi si sognerebbe di progettare un ponte, effettuare un by-pass

aorto-coronarico, pilotare un aereo, invece, tolleriamo che tanti credano di poter fare, perché usano un po' di buon senso, il nostro lavoro specialistico. Si crea uno svilimento della professione e danni irreparabili alle persone ed ai loro diritti. Stare vicino ad una persona che ha avuto un lutto o dare una pacca sulla spalla ad un amico, è molto bello ed umanamente condivisibile, ma non è psicoterapia e lo psicoterapeuta non si sostituisce all'amico. Chiedere ad una persona le proprie generalità, il suo indirizzo di casa ed il numero di telefono, non è una valutazione della consapevolezza; la firma di un modulo prestampato non è manifestazione di consenso informato consapevole ed attuale.

Ci troviamo quindi in un momento storico caratterizzato per un verso da una maggiore sensibilità dei cittadini ai propri diritti e dall'altro con la giurisprudenza che sta spostando la pretesa sulla prestazione sanitaria fino a farla diventare da prestazione di mezzi, cioè intervento conforme agli standard di perizia e diligenza, quindi con meta non assicurata, ad obbligazione di risultato, inteso come esito prefissato da raggiungere in conseguenza della dovuta accortezza e diligenza.

In tale contesto l'amministratore di sostegno (coniuge, figlio, parente, convivente, amico, vicino di casa), che dell'incapacitato ha cura, potrebbe rappresentare il coinvolgimento maturo del cittadino alla gestione partecipata degli interventi sanitari, che faccia da "altro" a noi sanitari, che per quantità di cose da fare, per burnout, per intervenuto disamore per la professione, per calo di empatia verso il sofferente, ci aiuti a privilegiare l'umanesimo rispetto al tecnicismo del fare, affinché prevalga il primato dell'etica sul fatturato.

Un'ultima nota: la commedia "Knock ou le Triomphe de la médecine" di Jules Romain, rappresentata per la prima volta a Parigi il 15 dicembre del 1923, pur non essendo bellissima, è una lettura che consiglio; il personaggio principale è abile nel **disease mongering**: tutti sono ammalati e necessitano di cura, per cui il suo motto era: "I SANI SONO MALATI CHE NON SANNO DI ESSERLO". Noi, al contrario, non ci

rendiamo conto di quante persone non hanno più le capacità cognitive uguali a quando hanno conseguito la patente, il porto d'armi o lo svolgere di una qualche attività pericolosa per loro e per l'incolumità di tutti gli altri; nostro è il compito di sensibilizzare gli altri a tutti i livelli. Gli "aristotelici" oggi sono tanti, sono anche fra di noi, e tutti sostengono il senso comune, ma se come psicologi e psicoterapeuti vogliamo fare scienza dobbiamo mettere in discussione quanto non funziona ed essere controintuitivi, almeno rispetto alla logica unica imperante e lo si può fare solo pensando in modo diverso, scostandoci dalla media, senza arroganza, confrontandoci con i colleghi e, dopo avere studiato ancora, senza la paura paralizzante dell'errore, rapportarci all'altro che chiede la nostra assistenza osservandolo nella sua interezza ed aiutandolo ad usare le sue capacità e le sue parti sane.

Note

1. Immanuel Kant, Prefazione alla Critica della ragion pura [1787], Laterza, Roma-Bari 2000
2. Art. 5, "Convenzione sui diritti dell'uomo e sulla biomedicina" Oviedo, 4 aprile 1997
3. Nel nostro Codice Deontologico sarebbe il caso di aggiungere che il trattamento o la visita a minori necessita, ove ne sia possibile l'espressione, del parere degli stessi.

Indirizzo per la corrispondenza

Francesco Megna
Psicologo-Psicoterapeuta
francomegna@libero.it
tel. Lav.: 0962924262
cell:3299842490

Commento al Protocollo di Cosenza

Linee guida nei casi di presunti abusi sessuali sui minori

di MARCO PINGITORE

Parole chiave: abusi sessuali - minori - psicologia giuridica - incidente probatorio - indagini preliminari - notizia criminis

Il documento “Protocollo di Cosenza – Linee guida nei casi di presunti abusi sessuali sui minori”¹ redatto dalla Società Italiana Scienze Forensi, con sede legale a Cosenza, si pone come obiettivo l’individuazione e la diffusione delle *best practices* scientifiche in tema di presunti abusi sessuali sui minori. Un tema tra i più complessi in Psicologia Giuridica per tutte le figure professionali coinvolte: Giudici, Pubblici Ministeri, Avvocati, Psicologi, Neuropsichiatri Infantili.

Argomento che merita una specifica formazione in materia di psicologia della testimonianza minore e, in generale, in Psicologia Giuridica. È sufficiente pensare che l’impianto accusatorio si regge (spesso) sulla sola accusa del minore, allo stesso tempo vittima ed unico testimone.

L’art 2.1 delle Linee Guida Nazionali - L’ascolto del minore testimone cita:

Una riproduzione “fotografica” di un evento non è possibile, tanto nell’adulto quanto nel bambino. Ogni testimonianza, anche quando origina dalla percezione diretta dei fatti, è sempre il risultato di un processo – prevalentemente inconsapevole - di elaborazione soggettiva di un’esperienza. Quella che chiamiamo comunemente memoria è un processo dinamico che si articola in più fasi (percezione, codifica, immagazzinamento, recupero) ciascuna delle quali può essere

modulata da elementi cognitivi, emotivi, affettivi, culturali ed ambientali.

Se la riproduzione di un ricordo non è di tipo riproduttivo, ma ricostruttivo, possiamo immaginare quanto fattori come la confusione interna, le pressioni familiari e sociali, processi di induzione possano contaminare un ricordo, in particolar modo di un bambino/adolescente. Addirittura è possibile il verificarsi della creazione di un vero e proprio “falso ricordo” di un evento non realmente vissuto.

Per quanto riguarda i bambini, esistono specifiche differenze in relazione all’età che riguardano la valutazione della rilevanza degli stimoli, più sono piccoli i bambini, e più possono riscontrare questo genere di difficoltà.

Fattori cognitivi e fattori sociali influiscono sull’attività di recupero delle informazioni. I ricordi dei bambini “dipendono in maniera determinante dalle modalità, dalla qualità della comunicazione e dal tipo di domande di coloro che li interrogano” (Forza, 2010, p. 226).

Questa brevissima premessa per comprendere la delicatezza e la complessità della materia che stiamo trattando che, considerato anche il *vulnus* normativo presente nel Codice di Procedura Pe-

nale italiano, necessita di costanti aggiornamenti scientifici e di chiarimenti normativi effettuati dalla Suprema Corte di Cassazione.

Publicato, nella prima versione nel mese di Marzo 2014, il Protocollo di Cosenza è suddiviso in tre sezioni:

- Notitia Criminis
- Indagini Preliminari
- Incidente Probatorio

Notitia Criminis

La fase descritta in questa sezione è probabilmente la più delicata e, paradossalmente, spesso maggiormente sottovalutata. È il momento in cui avviene la rivelazione del presunto abuso sessuale attraverso, ad esempio, una denuncia presso gli Uffici di una Questura o una Caserma dei Carabinieri. Il minore viene solitamente accompagnato da un genitore o da un adulto di riferimento per raccontare i presunti fatti.

Sono necessarie determinate accortezze metodologiche per raccogliere la testimonianza sia del minore, sia dell'adulto. Come precisato dalle Linee Guida della Questura di Roma (2010)², si suggerisce di ascoltare minore e adulto separatamente, in due momenti differenti. Per primo l'adulto, in un secondo momento, non temporalmente troppo distante dal precedente, il minore.

Per entrambi è necessario che gli incontri vengano videoregistrati, così come suggerito dall'art. 10 della Carta di Noto (2011 – terza versione)³ e dall'art. 3.10 e) delle Linee Guida Nazionali (2010)⁴. Non solo, ma anche la Cassazione si è pronunciata spesso e anche recentemente auspicando il ricorso alla videoregistrazione dei colloqui (Cass. Pen. Sez. IV 12/04/13 n. 16981, Foti).

Secondo Tribisonna (2014, p. 77), “sarebbe auspicabile poter disporre della videoregistrazione completa non solo delle audizioni operate in sede di incidente probatorio ma anche di quelle realizzate nelle indagini preliminari e perfino privatamente in una fase ancora pre-procedimentale, tra le mura domestiche”.

Lo scopo della videoregistrazione è “congelare” le dichiarazioni così come sono state pronunciate, oltre a salvare tutti gli aspetti del setting e comunicativi non verbali, di intervistato ed intervistatore, per un utilizzo successivo.

Tuttavia non è soltanto necessario videoregistrare gli incontri, ma svolgerli seguendo procedure note e modalità scientificamente valide al fine di ridurre al minimo il rischio di errore.

Nella fase della raccolta delle dichiarazioni del denunciante si suggerisce di muoversi all'interno della cornice del c.d. Memorandum di Ney che costituisce un valido strumento di supporto per gli argomenti da approfondire, mentre per la raccolta della testimonianza del minore è necessario ottenere delle dichiarazioni quanto più genuine e spontanee possibili, con la minima presenza di suggestioni e contaminazioni, permettendo la loro utilizzabilità nelle fasi successive alla notitia criminis, ad ausilio per l'attività di indagini preliminari del Pubblico Ministero ed in quelle di valutazione del G.I.P. e del suo Perito.

Al fine di ridurre al minimo i fenomeni di rielaborazione e contaminazione, è necessario ascoltare il minore contestualmente alla fase di denuncia oppure immediatamente dopo.

Chi intervista il minore è tenuto ad osservare scrupolosamente una metodologia di escussione i cui criteri siano approvati e condivisi dalla comunità scientifica. Nello specifico, è necessario non porre domande o pronunciare frasi suggestive, preferire domande aperte anziché chiuse, cercare di evitare le domande a risposta dicotomica (sì/no) e domande/frasi in forma negativa (“Non hai pensato di raccontarlo a qualcuno?”).

La Cassazione ha anche chiarito che l'“assunto secondo il quale i bambini piccoli non mentono consapevolmente e la loro fantasia attinge pur sempre ad un patrimonio conoscitivo deve essere temperato con la consapevolezza che gli stessi possono essere dichiaranti attendibili, se lasciati liberi di raccontare, ma diventano altamente malleabili in presenza di suggestioni eteroindotte; interrogati con domande inducenti, tendono a conformarsi alle aspettative dell'interlocutore (Sez. 3, n. 37147 del 18/9/2007, Scancarello).

È pacifico affermare che la migliore prassi della raccolta della testimonianza minorile è l'utilizzo dei c.d. protocolli di intervista. Il Protocollo di Cosenza ne individua quattro, da utilizzare soprattutto in base all'età del minore.

I protocolli di intervista sono connotati da una sequenza di domande ad "imbuto": si parte dal generale per confluire sempre di più nel particolare (presunto abuso).

Come indicato nel Protocollo, durante l'intervista, è preferibile non utilizzare strumenti di ausilio, quali bambole, pupazzi, giocattoli per facilitare la narrazione dei presunti fatti, poiché si correrebbe il rischio che "se si inizia con una fase di gioco fantastico, tutta l'intervista sia poi 'giocata' su quel piano, con grave danno per l'accuratezza di quello che il bambino dirà" (Mazzoni, 2011, p. 118).

L'ascolto del minore, in questa fase, dovrebbe essere condotto da un "esperto in psicologia o psichiatria infantile" così come introdotto dalla Convenzione di Lanzarote. Tuttavia la Suprema Corte di Cassazione Penale (Cass. Pen. Sez. IV 12/04/13 n. 16981, Foti) si è espressa recentemente sulla non obbligatorietà dell'esperto nell'esame del minore. Dunque, "la presenza dell'esperto è piuttosto cautelata, rimessa alla valutazione del pubblico ministero, ai fini del giudizio di attendibilità e genuinità della deposizione del minore".

Sulle competenze di chi intervista il minore, torneremo più avanti.

L'ultimo punto della sezione Notitia Criminis del Protocollo di Cosenza è dedicato all'importanza di trascrivere fedelmente (*verbatim*) sui verbali quanto riferito dal denunciante e, soprattutto, dal minore.

Spesso, in qualità di Periti del Giudice, riscontriamo verbali trascritti con frasi ricostruite, anziché riprodotte fedelmente, magari anche nella forma A.D.R. (A Domanda Risponde) senza che le domande poste vengano effettivamente riportate e senza trascrivere le parole e frasi effettivamente pronunciate. Per non parlare della comunicazione "non verbale", evidentemente omessa nei verbali, ma addirittura prevista dall'art. 136 co. 1 c.p.p.

Questa è una prassi sbagliata, poiché sono infatti le domande e le dichiarazioni trascritte *verbatim*

ad essere importanti per valutare l'attendibilità del minore e comprendere se siano presenti contaminazioni suggestive in seguito alla ricezione di informazioni inducenti.

Dunque, l'obbligo di documentazione integrale delle dichiarazioni rese dal minore "sembrerebbe riguardare solo l'incidente probatorio mentre sarebbe assolutamente fondamentale il rispetto di questa regola soprattutto nella fase precedente dove si raccolgono proprio quelle 'primissime narrazioni' che vengono ritenute le più attendibili perché non ancora contaminate da errate tecniche di ascolto o da altri fattori inquinanti il ricordo" (De Cataldo, 2010, p. 161).

Indagini Preliminari

La seconda sezione del Protocollo di Cosenza è costituita da due articoli. Si ribadisce ancora una volta l'importanza della videoregistrazione, in questo caso di tutti gli incontri delle S.I.T. (Sommarie Informazioni Testimoniali) e di quelli effettuati dal Consulente nominato dal Pubblico Ministero, anche con le figure di riferimento del minore coinvolte nelle indagini preliminari.

L'ultimo articolo della sezione è dedicato all'attività del Consulente Tecnico che dovrebbe utilizzare sempre strumenti *evidence-based* ai fini dell'accertamento sull'idoneità a testimoniare senza mai pronunciarsi (prerogativa esclusiva del Giudice) sull'attendibilità/veridicità delle affermazioni del minore. Come sostengono anche Carponi Schittar e Rossi (2012, p. 36), "l'appurare se il minore dica il 'vero' o il 'falso' (il che non implica necessariamente la presenza di una menzogna), non è di pertinenza del tecnico-psicologo nemmeno quando rivesta il ruolo di consulente tecnico o di perito, tuttavia, in quest'ultimi casi, ha l'opportunità di approfondire la presenza di certe dinamiche psichiche interne o esterne al bambino, che evidenzierà al magistrato nell'intento di rappresentargli come, esse, possano portare distorsioni nel narrato".

L'elaborato scritto del Consulente Tecnico dovrebbe essere affidabile da un punto di vista scientifico, garantendo almeno l'esplicitazione del

modello teorico di riferimento, la metodologia utilizzata, una bibliografia “reale” e, in allegato, i protocolli dei tests in originale, oltre al supporto digitale contenenti i video degli incontri.

Una metodologia chiara, ispirata alla sentenza Daubert (Suprema Corte degli S.U. 1993) in cui viene sancito che devono accompagnarsi alla competenza decisionale del Giudice alcuni elementari canoni di verifica epistemologica relativi al contributo dell’esperto e ai suoi standard minimi di qualità (Pingitore, Camerini, 2012, p. 42):

- la verificabilità e la falsificabilità della teoria;
- il controllo della comunità scientifica;
- la generale accettazione della teoria stessa.

Biscione (2012, p. 67) suggerisce il seguente schema utilizzabile per la stesura dell’elaborato peritale, adattabile anche per l’elaborato consulenziale per il Pubblico Ministero:

- esplicitazione dell’incarico;
- esplicitazione dei quesiti richiesti al perito;
- ricostruzione degli atti processuali in possesso;
- raccolta anamnestica personale e familiare del minore;
- spiegazione della metodologia utilizzata;
- valutazione psicodiagnostica del minore;
- discussione peritale;
- risposte ai quesiti.

Incidente Probatorio

La terza ed ultima sezione corrisponde alla fase più importante dell’intero procedimento. Durante l’incidente probatorio viene ascoltato nuovamente il minore, ma alla presenza di un Giudice, Pubblico Ministero, Avvocati, Consulenti e dell’indagato. Durante le indagini preliminari, l’incidente probatorio può essere richiesto al GIP dalla persona offesa, dal Pubblico Ministero o dall’indagato. È una vera e propria udienza che “si svolge davanti al GIP e segue le forme previste per il dibattimento con la partecipazione obbligatoria delle parti” (Cirio, Francomano, Pagano, 2012, p. 27).

L’audizione protetta del minore dovrebbe svolgersi in un ambiente neutro che non sia una stanza (seppur “protetta”) del Tribunale o l’abitazione del minore. Preferibilmente, appunto, uno spazio neu-

trale appositamente adibito per lo svolgimento di questa tipologia particolare di audizione, in cui in una stanza presenziano il minore con l’esperto, nella stanza adiacente, collegata a quella del minore con impianto di videoregistrazione a circuito chiuso, vengono collocate tutte le altre figure (Giudice, P.M., Avvocati ecc.) che possono seguire *live* ciò che il minore dice e fa insieme all’esperto. Si ritorna per un breve momento, come accennato, al profilo professionale dell’esperto. Egli, come introdotto dalla Convenzione di Lanzarote, dovrebbe corrispondere ad un “esperto in psicologia o psichiatria infantile”, riferendosi alla fase dell’attività investigativa. Tuttavia l’art. 498 co 2. c.p.p. prevede l’“esperto in psicologia infantile”, dimenticandosi dello “psichiatra infantile” (*rectius*, “neuropsichiatra infantile”).

Il GIP ha dunque facoltà di nominare, sostanzialmente, l’esperto di sua fiducia nelle materie di cui sopra. Ma è sufficiente essere esperti o possedere una specializzazione in tali ambiti? Probabilmente no. È necessaria, invece, una formazione specifica nel campo della Psicologia Giuridica o Neuropsichiatria Infantile Forense (Psichiatria Forense), in grado di fornire all’esperto incaricato dal GIP un’adeguata formazione nei seguenti ambiti:

- cornice normativa dell’incidente probatorio;
- basi del funzionamento della memoria, soprattutto di quella dei bambini/adolescenti;
- conoscenza approfondita dei protocolli di intervista investigativi appositamente utilizzati in questo genere di casi;
- conoscenza approfondita della psicologia della testimonianza minorile;
- basi della psicologia e psicopatologia dei bambini/adolescenti.

Così cita l’art. 1.3 delle Linee Guida Nazionali:

L’esperto coinvolto in un accertamento tecnico deve essere in grado di dimostrare la specifica competenza in tema, da intendersi sia come conoscenza delle fondamenta scientifiche delle diverse discipline coinvolte sia dei criteri di riferimento giuridici. Deve essere inoltre in grado di produrre notizia documentata sulla sua specifica esperienza in ambito forense, sul suo curriculum formativo nel settore e su quello scientifico, incluse le eventuali pubblicazioni sull’argomento.

Il ruolo dell'esperto all'interno dell'incidente probatorio svolge la funzione di "facilitare" la raccolta della testimonianza del minore vittima/testimone di un presunto abuso sessuale.

Secondo Cavedon (2001, p. 475) "non è sufficiente, né indispensabile una laurea in psicologia per interrogare correttamente un bambino, ci vuole una specifica formazione a farlo".

L'esperto non ha alcuna funzione "clinica" o "psicoterapica", il minore non deve essere valutato clinicamente, ma "aiutato" a raccontare i fatti.

Al termine dell'audizione protetta, l'esperto non deve rilasciare alcuna relazione su quanto svolto, né dovrebbe essere nominato per testimoniare successivamente.

Così uno stralcio dell'art. 2.2 delle linee guida Unicef – Consiglio Superiore della Magistratura "L'ascolto dei minorenni in ambito giudiziario"⁵:

È opinione condivisa che il minore deve essere ascoltato da persone specializzate: chi ascolta deve avere competenze forensi, che gli consentano di indirizzare l'intervista su temi rilevanti per la verifica dell'attendibilità, nonché competenze tecniche che consentano di "entrare in relazione" con il minore.

Non avendo, dunque, l'ascolto del minore alcuna finalità clinica, l'esperto non dovrebbe utilizzare strumenti "clinici" ed interpretativi per svolgere il proprio ruolo. A conferma di ciò il Protocollo di Cosenza sconsiglia l'utilizzo di giochi, pupazzi e bambole quali strumenti di ausilio per facilitare il ricordo del minore. Se il minore tende a rimanere in silenzio, l'esperto potrebbe optare per l'utilizzo di disegni o di bambole/pupazzi per aiutare il teste a ricordare. Il minore, tuttavia, potrebbe disegnare scene apparentemente decontestualizzate dai presunti fatti (siamo sicuri che siano decontestualizzate?) o disegni a connotazione sessuale (siamo sicuri che si riferiscano ai presunti fatti?). Sartori (2010, p. 158) sostiene che "elementi che, se anche possono essere utili in campo clinico, in ambito forense possono rivelarsi poco obiettivi e troppo ambigui".

In una recente sentenza del GIP del Tribunale di Salerno (Reg. Sentenze n. 78/14):

"Sono stati impropriamente utilizzati bambolotti ed altri oggetti simbolici, con l'obiettivo di impegnare il minore in un gioco di ruoli fittizio, caratterizzato dal continuo scambio tra soggetti ed oggetti, senza considerare che, a quell'età, il piccolo F. non era assolutamente in grado di gestire i ripetuti passaggi dal piano simbolico a quello reale, né era capace di discriminare e interpretare le reazioni emotive attribuite al personaggio, non avendo alcuna padronanza della funzione riflessiva della teoria della mente (ossia della capacità di discriminare ed interpretare stati d'animo propri e altrui).

La legge n. 172 del 2012 (Convenzione di Lanzarote) ha riscritto il ruolo dell'esperto in psicologia nel processo penale, "il ruolo dell'esperto dovrebbe essere quello di mediare l'audizione, con l'obiettivo di attutire, se non eliminare, gli eventuali effetti traumatici che possono derivarne [...] si riconosce al tecnico la funzione di garantire la corretta acquisizione delle dichiarazioni, evidentemente con l'obiettivo di evitare interventi manipolativi, suggestivi e comunque lesivi della personalità del teste, ritenuto naturalmente fragile e particolarmente esposto a suggestioni" (Recchione, 2013, p. 15).

Come anche esposto anche da Yuille, Cooper e Hervé (2009, p. 126), "bisogna operare una netta distinzione tra colloqui terapeutici e interviste investigative. A colui che svolge un'intervista investigativa viene richiesto di essere obiettivo, di mantenere una posizione neutrale rispetto alle accuse sottoposte ad inchiesta. Al contrario, il terapeuta si occupa non della realtà storica delle accuse quanto della loro realtà soggettiva. Il terapeuta deve sentirsi libero di essere direttivo ed evocativo, l'intervistatore no".

L'esperto incaricato dal GIP per svolgere l'audizione protetta dovrebbe garantire il più possibile imparzialità ed obiettività, acquisendo minime informazioni sui presunti fatti, nello specifico: nome, età del minore, in che contesto sarebbe avvenuto il presunto abuso e da chi sarebbe stato perpetrato. Come riferiscono anche Gulotta e Cutica (2009, p. 163), "l'obiettività personale è un elemento fondamentale, e l'essere obiettivi, in sé, non preclude l'essere supportivi verso il bambino durante l'investigazione". È bene sempre e comunque, procedere rispettando alcune fasi quali: costruzione del rapporto, favorire la narrazione libera, narrazione guidata e conclusioni. Il rispetto di queste quattro fasi permette

di minimizzare possibili suggestioni e massimizzare la qualità dei dettagli ricordati” (Scali, 2012, p. 73). È facoltà del Giudice presenziare all’interno della stanza con il minore e con l’esperto, anzi potrebbe lui stesso condurre l’escussione. Su questa ultima opzione, esiste un abbondante dibattito scientifico, soprattutto sull’effettivo ruolo dell’esperto che non è normato dal legislatore. A riguardo, citiamo l’ultima relazione del Dipartimento di Giustizia Minorile⁶ sui minori vittime di reato “così come concepita dal legislatore, la presenza dell’esperto non

risolve alla radice i problemi derivanti al minore sia dall’impatto con il sistema giudiziario, ossia la c.d. vittimizzazione secondaria o da processo, rientrando il minore nella categoria delle persone vulnerabili, sia dal ripetersi degli ascolti che sottopongono la vittima ad uno stress ulteriore e spesso ultroneo”. La Società Italiana Scienze Forensi si impegna di effettuare una revisione annuale del Protocollo di Cosenza sotto il profilo scientifico e normativo, garantendo un aggiornamento costante sulle migliori prassi in tema di presunti abusi sessuali sui minori.

Bibliografia

- Tribissonna F., *Non è obbligatorio l’ausilio dell’esperto in psicologia infantile nell’esame del minore*, in «Diritto penale e processo», 2014, 1-14, pp. 65-79
- Mazzoni G., *Psicologia della testimonianza*, Carocci, Milano, 2014
- De Cataldo Neuburger L., *L’ascolto del minore. Norma, giurisprudenza e prassi*, in Gulotta G., Curci A. (Ed.), *Mente, società e diritto*, Giuffrè, Milano, 2010
- Carponi Schittar D., Rossi R., *Perizia e consulenza in caso di abuso sessuale sui minori*, Giuffrè, Milano, 2012
- Pingitore M., Camerini G. B., *Nomina del perito*, in Biscione M. C., Pingitore M. (Ed.), *La perizia nei casi di abusi sessuali sui minori. Guida pratica*, FrancoAngeli, Milano, 2012
- Biscione M. C., *La stesura dell’elaborato peritale*, in Biscione M. C., Pingitore M. (Ed.), *La perizia nei casi di abusi sessuali sui minori. Guida pratica*, FrancoAngeli, Milano, 2012
- Sartori G., *Idoneità del minore a rendere testimonianza*, in Stracciari G., Bianchi A., Sartori G., *Neuropsicologia forense*, il Mulino, Bologna, 2010
- Recchione S., *La prova dichiarativa del minore nei processi per abuso sessuale: l’intreccio (non districabile) con la prova scientifica e l’utilizzo come prova decisiva delle dichiarazioni “de relato”*, in «Diritto penale contemporaneo», 2013
- Yiulle J., C., Cooper B. S., Herv H. H. F., *La nuova generazione delle linee guida Stepwise per l’intervista dei minori*, in Casonato M. Pfafflin F. (Ed.), *Pedoparafilie: prospettive psicologiche, forensi, psichiatriche*, FrancoAngeli, Milano, 2009
- Gulotta G., Cutica I., *Guida alla perizia in tema di abuso sessuale e alla sua critica*, Giuffrè, 2009
- Scali M., *L’audizione protetta: come si svolge*, in Biscione M. C., Pingitore M. (Ed.), *La perizia nei casi di abusi sessuali sui minori. Guida pratica*, FrancoAngeli, Milano, 2012
- Cirio G. M., Francomano E., Pagano G., *Premessa normativa*, in Biscione M. C., Pingitore M. (Ed.), *La perizia nei casi di abusi sessuali sui minori. Guida pratica*, FrancoAngeli, Milano, 2012
- Cavedon A., *Tecniche di intervista*, in Forza A., Michielin P., Sergio G. (Ed.), *Difendere, valutare e giudicare il minore*, Giuffrè, Milano, 2001

Note

1. Il Protocollo di Cosenza è stato sottoscritto dal Consiglio dell’Ordine degli Psicologi della Calabria in data 11/04/14.
2. Consultabili all’url: <http://www.psicologiagiuridica.eu/linee-guida-questura-di-roma/>
3. Consultabile all’url: <http://www.psicologiagiuridica.eu/carta-di-noto-iii-2011/>
4. Consultabili all’url: <http://www.psicologiagiuridica.eu/lascolto-del-minore-testimone-consensus-conference/>
5. Consultabili all’url: <http://www.psicologiagiuridica.eu/ascolto-minore-linee-guida-unicef/>
6. Ministero della Giustizia – Direzione Generale per l’Attuazione dei provvedimenti giudiziari – Ufficio I-III, *Minori vittime e minori autori di reati a sfondo sessuale. Attività svolte dagli uffici di servizio sociale per i minorenni. Rilevazione anno 2012. Pubblicato in Marzo 2014*

Indirizzo per la corrispondenza

Marco Pingitore
 Psicologo-Psicoterapeuta, Criminologo, Presidente Società Italiana Scienze Forensi
 Mobile: 328 6246444
 Fax: 06 62209978
 E-mail: marco.pingitore@gmail.com

Applicazione del modello psicoterapeutico umanistico esistenziale nel sistema penitenziario: gli elementi facilitanti del terapeuta e l'elaborazione dell'angoscia di morte in un ergastolano

di ANTONINO GUARNACCIA, ANTONIA SERGI

Premessa

La riforma del sistema penitenziario (1975) ha permesso l'ingresso professionalizzato dello psicologo in carcere ex art. 80. La funzione di tale figura rientrava nella più vasta area d'intervento a favore dell'azione rieducativa verso il detenuto. L'Art. 13 della Legge 26 luglio 1975 n. 354 relativa all'*Individualizzazione del trattamento* cita testualmente:

“Il trattamento penitenziario deve rispondere ai particolari bisogni della personalità di ciascun soggetto. Nei confronti dei condannati e degli internati è predisposta l'osservazione scientifica della personalità per rilevare le carenze fisiopsichiche e le altre cause del disadattamento sociale. L'osservazione è compiuta all'inizio dell'esecuzione e proseguita nel corso di essa. Per ciascun condannato e internato, in base ai risultati della osservazione, sono formulate indicazioni in merito al trattamento rieducativo da effettuare ed è compilato il relativo programma, che è integrato o modificato secondo le esigenze che si prospettano nel corso dell'esecuzione. Le indicazioni generali e particolari del trattamento sono inserite, unitamente ai dati giudiziari, biografici e sanitari, nella cartella personale, nella quale sono successivamente annotati gli

sviluppi del trattamento e i suoi risultati. Deve essere favorita la collaborazione dei condannati e degli internati alle attività di osservazione e di trattamento.”

Pertanto l'intervento dello psicologo era finalizzato prevalentemente all'osservazione e alla diagnosi, occupandosi solo marginalmente di clinica, limitandosi al sostegno psicologico per i detenuti con pena definitiva, o su specifica richiesta.

Con il passaggio della Medicina Penitenziaria al S.S.N grazie al Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 1° aprile 2008 - *Modalità e criteri per il trasferimento al Servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria*, l'attività dello psicologo, inquadrato contrattualmente nella Specialistica Ambulatoriale e, di conseguenza, impegnato nei Poliambulatori degli Istituti Penitenziari, è diventata totalmente di tipo clinico, pur continuando l'attività dello psicologo ex art. 80 consulente ad ore per il Ministero della Giustizia.

Pertanto, allo psicologo Specialista Ambulatoriale vengono richieste competenze specifiche per l'attività clinica che riguardano, in particolare, la specializzazione in psicoterapia e ciò rappresenta, senza ombra di dubbio, una

valorizzazione della professionalità dello psicologo non solo all'interno del sistema penitenziario, ma in generale per la crescita di tutta la categoria. La Regione Calabria è stata tra le prime a livello nazionale ad effettuare il passaggio della medicina penitenziaria a dalle competenze del Ministero della Giustizia a quelle del S.S.N.

Presso l'ASP 5 di Reggio Calabria, Poliambulatorio dell'Istituto Penitenziario "Panzerà" di Reggio Calabria, l'intervento degli psicologi ambulatoriali riguarda:

- accoglienza (Servizio Accoglienza) con i primi colloqui nel momento dell'arrivo del detenuto in carcere;
- presa in carico (In-take) nel momento in cui vengono diagnosticati problemi psicologici, diagnosi e cura;
- presa in carico delle persone tossicodipendenti per il Ser.t. di Reggio Calabria, diagnosi e cura;
- valutazione, insieme allo Psichiatra, della presenza di eventuali disturbi psichiatrici presso la sezione specifica di Osservazione Psichiatrica;
- partecipazione alle varie equipe inter-disciplinari;
- attività psicoterapeutica.

All'interno di questa cornice operativa rientra l'esperienza clinica di psicoterapia ad approccio umanistico-esistenziale, realizzata in carcere con un detenuto condannato all'ergastolo e che vuole mettere in evidenza come, nonostante le difficoltà di setting terapeutico spesso molto precario, quando vi siano le condizioni necessarie e sufficienti nel terapeuta e nella relazione stessa, sia possibile ovviare alle difficoltà ambientali e creare una relazione che consenta al cliente detenuto di essere sostenuto e poter trovare un supporto significativo per la ridefinizione del senso della propria esistenza, proprio nel luogo in cui l'esperienza di vita detentiva e la conseguente deprivazione della libertà rischiano, quel "senso" della vita, di farlo perdere definitivamente.

Introduzione:

Il paziente è in carcere da circa 6 anni per triplice omicidio. Le perizie psichiatriche non hanno riconosciuto vizio mentale ed è stato condannato all'ergastolo con l'aggravante della premeditazione. In carcere il paziente segue un percorso farmacologico con uno psichiatra esterno nonché il percorso psicoterapico ormai cominciato da circa otto mesi. L'omicidio è definibile come la "preannunciata" tragica conclusione di un rapporto ostile e conflittuale tra due fratelli, con la triangolazione della madre, che, ormai da diversi anni, mantenevano relazioni solo ed esclusivamente con il fine di accaparrarsi dei beni. Una relazione in cui il tragico epilogo ci permette di identificare una vittima e un carnefice, ma che racchiude in sé dinamiche molto più complesse in cui entrambi i fratelli e la madre sono stati più volte e reciprocamente vittime e carnefici. I rapporti estremamente conflittuali infatti, dettati da motivazione di natura apparentemente esclusivamente economica, avevano già in passato raggiunto apici estremi con conseguenti denunce ed un TSO a carico del paziente per una precedente minaccia di omicidio al fratello. La relazione terapeutica ha inizio circa 8 mesi fa. In seguito all'osservazione e alla valutazione psicodiagnostica cui il paziente è stato sottoposto ante psicoterapia, si è dato avvio ai colloqui che avvengono con una cadenza settimanale, della durata di circa un'ora e vengono condotti in una situazione abbastanza precaria rispetto al setting terapeutico poiché la stanza preposta per queste tipologie di interventi è una stanza all'interno dell'infermeria, dove spesso la condizione necessaria è il dover lasciare la porta della stanza aperta per permettere alle guardie preposte di avere, qualora volessero, accesso alla stanza. Ciononostante il clima di accettazione, sostenuto dalla sospensione del giudizio e dall'empatia, ha permesso al paziente di considerare lo spazio terapeutico uno spazio per sé, in cui poter lasciare libero accesso alle proprie emozioni, anche quelle negative, senza la paura che le stesse

fossero giudicate o fossero usate per ulteriori incriminazioni

Riferimenti teorici, materiali e metodologia

De Marchi (2002) considera le differenti tipologie di angoscia (del cambiamento, di castrazione, di abbandono, di disintegrazione) come manifestazioni secondarie di un'angoscia più profonda che chiamò shock primario: "Per shock esistenziale intendo il trauma primario e ricorrente che la scimmia umana ha subito quando ha preso coscienza del proprio destino di morte" (pag. 29). L'angoscia di morte appare l'emozione prioritaria dell'essere umano in quanto essere cosciente e rappresenta una carica emozionale originaria che viene continuamente rinnovata sia nella psiche infantile, sia in quella adulta. Anche le varie forme nevrotiche e psicotiche trovano la causa primaria in tale emozione. L'angoscia di morte viene espressa attraverso modalità differenti, in base ai tratti di personalità del soggetto, al suo livello di funzionamento, all'utilizzo delle sue difese e alla sintomatologia manifesta. Queste differenze individuali richiedono, secondo l'approccio centrato sulla persona (Carl Rogers), un atteggiamento differenziato da parte del terapeuta. Il metodo di Luigi De Marchi è un modello olistico che integra diverse dimensioni e si apre al confronto con altri approcci psicoterapici. La dimensione empatico-relazionale sottolinea il modo di essere del terapeuta il cui compito, attraverso l'empatia, è quello di ripristinare le condizioni favorevoli che permettano al soggetto di riattivare la sua tendenza attualizzante (Rogers) e far sì che l'esperienza bloccata possa tornare al servizio del comportamento. La dimensione corporea, prevede l'intervento sulle tensioni muscolari, spesso sintomi di un blocco del funzionamento psichico, la dimensione esistenziale permette l'elaborazione dell'angoscia primaria e infine, la dimensione cognitiva che, riconoscendo la parte sintomatologica del disturbo,

permette di accompagnare il paziente nella risoluzione di quelle disfunzionalità cognitive e comportamentali che ne limitano la libertà esistenziale.

In questo caso il lavoro terapeutico prevede un incontro settimanale della durata di un'ora a colloquio.

I colloqui vengono condotti secondo le suddette quattro dimensioni del modello umanistico esistenziale che vengono così sviluppate:

- dimensione affettivo relazionale come caratteristica cognitivo fondante l'esperienza umana e condizione che definisce "il nostro modo di essere col mondo e con gli altri";
- dimensione corporea uso di Tecniche Corporee, da quelle Reichiane a quelle della Bioenergetica ed altre tecniche per lavorare sulle tensioni, sui pensieri, sulle emozioni;
- dimensione esistenziale con il fine di aiutare il paziente attraverso un percorso di elaborazione - comprensione-insight;
- dimensione di trasformazione cognitiva ossia la fase di ristrutturazione ed integrazione, all'interno delle modulazioni affettive del paziente, che consente un recupero di senso e significatività esistenziale ed uno spostamento decisivo da un focus nevrotico a quello verso le proprie risorse e potenzialità.

Risultati

Nel lavoro terapeutico è possibile individuare il raggiungimento di alcuni obiettivi in alcune delle dimensioni:

- - il lavoro sul corpo: non potendo intervenire con tecniche o esercizi specifici a causa del setting particolare (una stanza dell'infermeria del carcere), ci si è limitati ad un livello di osservazione che ha permesso di evidenziare, nell'evoluzione del processo terapeutico, il passaggio da una rigidità e coartazione corporea e, dunque, emotiva, ad una "comodità" posturale del paziente, che è divenuta sempre più rilassata. Inoltre, spesso, il corpo è stato lo specchio delle varie

tensioni emotive interiori: i passaggi emotivamente più rilevanti si sono manifestati, per esempio, anche con risate “isteriche”;

- la possibilità di sentire la propria sofferenza riconosciuta e legittimata ha aiutato il paziente a non soffermarsi solo sugli eventi, inizialmente raccontati in maniera quasi ossessiva e con dovizia di particolari, ma ha consentito l'accesso al mondo delle sue emozioni e dei suoi vissuti permettendo così un'esplorazione dei propri rapporti più significativi, soprattutto con la madre;
- il contatto con la propria rabbia gli ha permesso di spostare il fulcro dell'attenzione dalla percezione di un danno oggettivo subito (come il danno economico) ad un vissuto emotivo relazionale: il non essersi sentito amato.

Il lavoro di ridefinizione ha riguardato e riguarda tre aspetti:

- l'elaborazione dell'evento (omicidio), vissuto fino a pochi mesi fa come un evento ego-distonico, sta consentendo un lavoro verso l'integrazione tra i vari aspetti del sé;
- il senso della propria vita: lo stesso in passato ha avuto ideazioni suicidarie, oggi invece, grazie alla possibilità, da un lato, di sperimentare relazioni significative con l'educatore in primis e con il terapeuta, dall'altro, di ridefinire il significato delle relazioni familiari oggi tenta di progettare un futuro, sebbene molto diverso da quello immaginato e sperato; questa nuova possibilità progettuale è strettamente connessa alla ridefinizione dell'immagine di sé;
- il proprio ruolo genitoriale e coniugale: l'aspetto più significativamente doloroso proprio perché riflette la percezione di sé nel mondo: “fare per essere amato”. L'impossibilità di fare, pur se inizialmente è stata, e lo è tutt'ora, molto frustrante, gli consente allo stesso tempo di fare un'esperienza totalmente nuova: l'accettazione incondizionata da parte della famiglia nucleare e la possibilità di sperimentare la fiducia/affida-

mento nei confronti degli altri, esperienza totalmente significativa anche rispetto al suo bisogno, a volte maniacale, di controllo. Un cenno importante, all'interno di una terapia umanistica- esistenziale non può non essere fatto sull'angoscia di morte. Partendo dalla parole di Luigi De Marchi è già possibile comprendere il significato dell'angoscia di morte all'interno del vissuto del paziente. Lo stesso De Marchi infatti spiega che “Due vistosi e finora inesplicati fenomeni della nostra specie – il suo diffuso masochismo e la sua tremenda aggressività intraspecifica – possono dunque essere finalmente spiegati, alla luce di quest'analisi, come inevitabili sottoprodotti della elaborazione espiatoria e persecutoria dell'angoscia di morte nella psiche umana. E parimenti l'annosa, inconcludente diatriba tra innatisti e storicisti sulla distruttività umana e sulle origini della guerra può trovare qui una nuova soluzione: questa tragica distruttività, che ha prodotto tante stragi e sofferenze attraverso i millenni non è né innata né socialmente indotta, ma è essenzialmente un effetto della reazione psichica dell'essere umano alla sua angoscia di morte e alla sua drammatica condizione esistenziale”(Da “Rivista delle Psicoterapie”, Un. di Roma “La Sapienza”, Vol. 2, n.2, 1997). Per il paziente essersi macchiato di un terribile omicidio può essere letto, in chiave psicologico-esistenziale, come l'estremo tentativo di “soluzione finale” dettata dall'ossessione paranoiciale del possedere beni. Sembra infatti che, nel suo vissuto, sia prevalso un tipico meccanismo di difesa: “l'importanza ossessiva attribuita all'asse proprietario ed ereditario come simbolo e progetto d'immortalità” (cfr. “LO SHOCK PRIMARIO”, L. DE MARCHI, ED. RAI-ERI, PAG.226). In tal modo, facendofronte con l'omicidio a quel senso di distruzione percepita nella relazione con il fratello, una distruzione affettiva ed economica che però, in termini emotivi e psicologici, era la distruzione della propria storia, del proprio valore e dei propri sacri-

fici, quindi della propria vita, si sarebbe assicurato il “bene”, esclusivamente per sé e per i propri figli.

Conclusioni

L'osservazione e la terapia, tutt'ora in progress, ci hanno permesso di verificare, intanto, l'efficacia dell'approccio umanistico esistenziale nel sistema penitenziario. La possibilità di “essere con” il paziente-detenuto, di acco-

gliere la sua sofferenza, di sperimentare una relazione non centrata su ciò che ha fatto, ma su ciò che è la persona, permette allo stesso di fidarsi e “lasciarsi andare” (abbassare le difese che, in ambito detentivo, è abbastanza difficile), consentendo così la formazione di un “rapporto” fondato su una relazione autentica, di per sé terapeutico. L'obiettivo finale sarà, se possibile, accompagnarlo nell'elaborazione della propria angoscia di morte, la negazione della quale lo ha portato a commettere uno scellerato delitto.

Bibliografia

Abraham H. Maslow, *Verso una psicologia dell'essere*, Casa Ed. Astrolabio-Ubaldini Editore, Roma, 1971.
Alexander Lowen, *Bioenergetica*, Ed. Feltrinelli, 2004.
Carl R. Rogers, *Un modo di essere*, Martinelli Firenze, 1983.
Freud S., *Inibizione sintomo e angoscia*, Ed. Bollati Boringhieri, 1988.
Luigi De Marchi, *Lo shock primario- Le radici del fanatismo da Neanderthal alle Torri gemelle*, Rai Eri, 2002.

Luigi De Marchi, *Otto Rank-pioniere misconosciuto*, Editore Melusina, 1992.
Otto Rank, *il trauma della nascita*, Ed. Sugarco, 1994.
Robert R. Carkhuff, *L'arte di aiutare*, Ed. Centro Studi Erickson, Trento, 1987.
Rollo May, G. Allport, A., A. Maslow e C. Rogers, (a cura di Rollo May), *Psicologia esistenziale*, Ed. Astrolabio Roma, 1970.
Viktor E. Frankl, *Franz Kreuzer, In principio era il senso-dalla psicoanalisi alla logoterapia*, Ed. Queriniana, 1995.

Indirizzo per la corrispondenza

Antonio Guarnaccia
Psicologo Psicoterapeuta
Specialista ASP 5, Reggio Calabria
DOCENTE IPUE
e.mail tonino.guarnaccia@virgilio.it
cell. 388 8403437

Chi bene inizia

di SERAFINA MARIA LAVIGNA, MARIANGELA MARTIRANI

Questo lavoro presenta un'indagine conoscitiva sul disagio psicologico in gravidanza e nel post parto. Riporta, partendo da alcune considerazioni teoriche, il lavoro svolto da tutti gli psicologi dei consultori familiari dell'ASP di Cosenza e vuole essere, oltre che la diffusione di un dato emerso, una riflessione su alcuni rischi legati al complesso evento del nascere e sui servizi ad esso preposti.

Parole chiave: gravidanza, nascita, genitorialità, maternità, depressione, famiglia, crescita

“La vita di una madre è un lungo susseguirsi di drammi, talvolta deliziosi e delicati, talvolta terribili”

Honoré de Balzac

Introduzione

La nascita è il più grande atto creativo che uomini e donne possano compiere: il più difficile, il più piacevole. Un'opera d'arte che richiede ispirazione, senso del tempo e dello spazio, controllo e tecnica, **conoscenza, consapevolezza di ciò che siamo e di ciò che possiamo diventare. Per nascere e far nascere** è necessario affrontare gratificazioni e difficoltà. La prima difficoltà può essere relativa al modo in cui ogni persona entra in contatto con la produzione artistica, ossia alla capacità di entrare in contatto con se stessi e con l'altro, capacità che si apprende alla propria nascita, nel gioco primario delle relazioni genitoriali. Se nasciamo in una famiglia di artisti siamo ovviamente favoriti, i modelli ci guideranno. Diversamente l'opera d'arte richiederà molto più tempo e, nei casi più tristi, rimarrà incompiuta. Venire al mondo è allora un atto

creativo. È uscire fuori, andare oltre, esporsi allo sguardo, incontrare. E ancor prima è desiderio, nostalgia, perdita. Sensazioni, emozioni e sentimenti da cui prende forma l'azione del corpo e il comportamento creativo. La nascita di un figlio rappresenta un passaggio che richiede agli adulti flessibilità, capacità di tollerare il cambiamento oggettivo (compiti e responsabilità) e i processi fisici, cognitivi ed emozionali, rispetto alla percezione di sé e dell'altro. L'altro da sé, che in questo caso, è rappresentato dal feto, dal neonato e dal partner. “Nascere è una festa, ma anche uno scenario di disagio in cui la violenza psichica delle ferite narcisistiche primarie può agire minacciosamente”. ((Pazzagli Rossi Monti 1981). A volte, le ferite psicologiche legate alla storia remota della madre, unite a traumi fisici subiti in gravidanza e/o al parto, possono condizionare, fino a impedire, l'incontro madre-figlio, possono rendere difficile o impossibile il riconoscimento e le abilità necessarie per lo sviluppo della competenza genitoriale (accoglienza, accudimento, protezione). La letteratura da tempo ha messo a fuoco alcuni cambiamenti che la donna affronta per diventare madre;

basti pensare ai contributi di Winnicott con il concetto di preoccupazione materna primaria (1995), di Bion con quello di rêverie (1962); più recentemente si collocano gli studi sulla costellazione materna (Stern, 1995) e sull'attivazione del circuito cerebrale materno (Ammaniti, 2008) e tutta la ricerca sull'attaccamento primario e i modelli interni di rappresentazione (J. Holmes 1994). Negli ultimi vent'anni gli studiosi dello sviluppo evolutivo hanno dato importanza alle variabili e alle dinamiche del contesto relazionale per comprendere lo sviluppo del bambino. In particolare sono state prese in considerazione le condizioni psichiche della madre sia in gravidanza che nel post parto come elementi importanti che condizionano lo sviluppo neuropsichico del bambino. La nascita del primo figlio segna a livello individuale, per la donna un passaggio psicologico molto importante che la trasforma da figlia a madre, da oggetto di cura a soggetto che cura. Segna nella coppia la transizione da coniugi a triade familiare e sarà la riuscita o il fallimento di questo passaggio a condizionare fortemente (ma non necessariamente per sempre) l'evoluzione del ruolo di genitore esponendo più o meno alla vulnerabilità e al rischio psicosociale. La nascita psicologica, successiva alla nascita fisiologica, è dunque determinata dal rapporto tra le competenze del bambino e le relazioni che questo vive con l'ambiente e in particolare con chi si prende cura di lui, con chi favorisce i suoi primi scambi (Righetti Venturini, 1998). Gli studiosi dello sviluppo evolutivo hanno dato importanza alle dinamiche del contesto relazionale per comprendere lo sviluppo del bambino focalizzando l'attenzione sul gruppo familiare. Oggi sappiamo che il contesto sociale se favorito dall'espressione di affetti positivi, serve a orientare il bambino verso i suoi obiettivi e a condividere l'esperienza anche a livello dei significati, attraverso la sintonizzazione affettiva e l'inter-soggettività primaria e secondaria. (Togliatti Malagodi). Inoltre, le ricerche sugli stili di attaccamento hanno permesso di chiarire il ruolo della comunicazione pre-verbale madre-figlio

nel primo semestre di vita, riconoscendo allo sguardo e al tono muscolare una funzione primaria di aggancio e sintonizzazione affettiva. È stato così possibile individuare gli stili di attaccamento primario, specificarne qualità e struttura e associare lo stile di attaccamento allo sviluppo delle abilità sociali e di mantenimento dei legami di intimità, in tutto l'arco di vita delle persone. (Giusti-Spalletta 1997) L'esperienza primaria di attaccamento determina e definisce le convinzioni di sé, dell'altro e della relazione, dando origine ad uno specifico modo di pensare e agire nella relazione con l'altro. Un sistema di riferimento cognitivo che resta più o meno stabile e può rappresentare risorsa o rischio per lo sviluppo psicologico. La clinica psicologica pia osserva e rende "visibili" tali processi primari che possono essere elaborati per evitare che i copioni di attaccamento insicuro oltre a inibire le persone possano minare la tenuta del sistema di coppia e la genitorialità. Tutti gli adulti che sono stati bambini incompresi possono portare nella comunicazione con i loro figli il peso dei loro attaccamenti insicuri senza esserne per nulla consapevoli (Martirani 2009). Ciò perpetua il copione del disagio da una generazione all'altra e la relazione genitoriale può diventare luogo distruttivo invece che creativo. Alla luce di quanto esposto sembra chiaro che tutelare e proteggere la salute psichica della donna in gravidanza, il momento della nascita e il successivo periodo puerperale, attraverso azioni di sostegno, significa svolgere un lavoro di prevenzione in direzione della salute dei singoli e della famiglia. La depressione in gravidanza e nel post parto costituisce una condizione di rischio nella costruzione del processo di formazione della famiglia e nella relazione con il neonato. Si parla più spesso di depressione nel post parto trascurando la condizione psichica della donna in gravidanza e le sue conseguenze sul feto. Ogni gravidanza mette in discussione gli equilibri precedenti portando con sé il pericolo di uno scompenso e una fase di potenziale vulnerabilità. La condizione di depressione nella madre impedisce alla stessa di attivarsi efficacemente nella

relazione con il bambino in modo da organizzare e strutturare la maturazione neuronale, andando ad inficiare la costituzione dei circuiti mentali di tipo associativo. Secondo alcune indagini italiane condotte in servizi di neuropsichiatria infantile (Dipartimento di Neuropsichiatria Infantile e Psicologia dell'Età Evolutiva - Ulss 20 Verona), la depressione post partum si riscontra con maggiore frequenza nelle madri dei bambini che accedono al Servizio di N.P.I per una valutazione delle condizioni psicologiche. Secondo questa indagine le richieste entro i primi 24 mesi riguardano prevalentemente i problemi del ritmo sonno-veglia. Dal 2° al 4° anno vertono per lo più su problemi dello sviluppo e il 30% delle richieste di visita in questa fascia d'età riguardano lo sviluppo del linguaggio. Successivamente, nel periodo dai 5 ai 7 anni, si rende più evidente il disturbo da deficit di attenzione da iperattività (ADHD) e il disturbo di apprendimento. Il comune denominatore di queste condizioni, così diversificate sul piano clinico, è la presenza di depressione nella madre, o, come sta emergendo, anche nel padre, nei primi mesi di vita del bambino. La "depressione post partum" insorge nei primi tre mesi dopo il parto, con esordio entro le prime 4 settimane dalla nascita del bambino e non necessariamente con il primo parto. Considerata un caso particolare di "disturbo depressivo maggiore", va distinta dalla "psicosi puerperale" che insorge nelle prime 6 settimane, colpisce lo 0,001% delle donne e comporta perdita di contatto con la realtà. Se non trattata dura dai sei mesi ad un anno con episodi più lunghi e severi per donne che hanno storia di depressione. Aumenterebbe il rischio di nuovi episodi depressivi nell'80% dei casi entro 5 anni rispetto al 42% delle donne non depresse. La depressione post parto è correlata ai disturbi della relazione madre bambino e chiama in causa il sistema di attaccamento primario materno (disturbi dell'attaccamento nel DSM V). A livello nazionale su queste tematiche sono stati raccolti dati non omogenei, frutto di indagini svolte nelle singole regioni o aziende sanitarie, che evidenziano il fenomeno del disagio in gravidanza e nel puerperio (dal 9 al 22%). I dati non uniformi dipendono da diversi sistemi di valutazione del fe-

nomeno e da strumenti diversi di rilevazione del dato. Risulta in tutti i casi che la DPP è ancora poco riconosciuta come disturbo clinico a tutti gli effetti e quindi poco trattata. Mancano servizi sanitari facilmente identificabili come specifici per il trattamento di questi disagi e interventi professionali competenti nell'identificare e nel trattare il disagio e la patologia. I dati nazionali indicano inoltre che il 50% delle donne con DPP non chiede aiuto o lo rifiuta, ricerca o chiede assistenza solo per la gestione del bambino e comunque non subito.

In questa direzione una recente indagine conoscitiva sul tema del disagio in gravidanza e nel puerperio svolta da psicologi dei 20 Consultori Familiari dell'ASP di Cosenza nell'anno 2011-2012, ha coinvolto un campione di 811 donne (329 gravide e 482 puerperue) e confermato il dato nazionale. L'indagine, ha preso forma dai suddetti riferimenti teorici e risulta essere il primo step di un progetto aziendale denominato "Depressione post parto e genitorialità a rischio" progettato e coordinato all'interno dell'U.O "Coordinamento dell'attività psicologica consultori familiari", rientra negli obiettivi di piano regionali con altri progetti per la salute della donna promossi dal Coordinamento dei Consultori Familiari - ASP di Cosenza.

Struttura operativa del progetto

- Attività di informazione e formazione del personale ASP e AO Cosenza coinvolto nell'assistenza alla nascita (consultori familiari, dipartimento di salute mentale aziendale, punti nascita ASP)
- Attività di valutazione di donne in gravidanza e nel post parto con "Edinburgh postnatal depression scale" (John Cox e coll., 1987), un questionario di autovalutazione di 10 item con un punteggio 0 – 3. Punteggio cut-off: 12.
- Attività di produzione del materiale informativo sulla depressione post parto, distribuito su tutto il territorio provinciale, con il coinvolgimento attivo dei pediatri di libera scelta

- Attività di ascolto e sostegno per tutte le donne individuate con rischio depressivo in gravidanza.
- Attività di restituzione dei dati a tutti gli operatori coinvolti, e diffusione su tutto il territorio provinciale e regionale
- Fornitura del test BDI – Beck depression inventory (Beck e coll., 19.61) per tutti i consultori dell Asp per la valutazione dei casi considerati a rischio dopo test Edinburg.

- promuovere il potenziamento delle competenze professionali specialistiche del Dipartimento Materno Infantile attraverso giornate di formazione dedicate all’acquisizione di strumenti clinici per il trattamento di tale disagio.

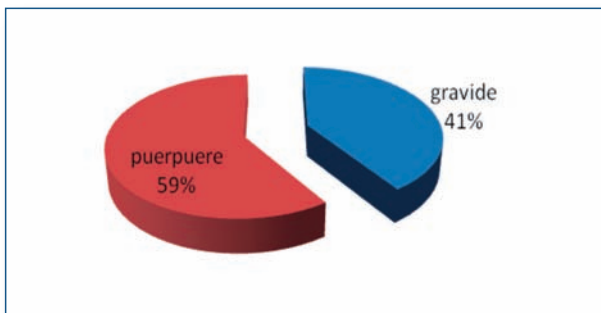
Risultati

Obiettivi

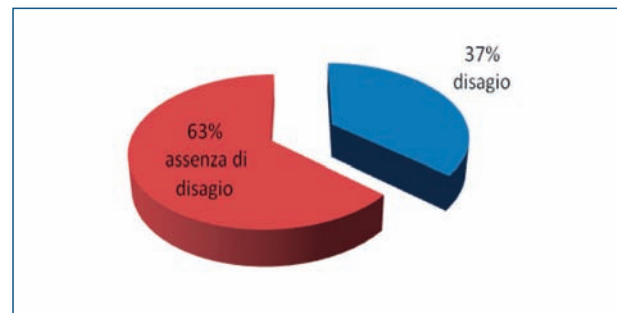
- Rilevare il dato del disagio sul territorio
- avviare una riflessione sulla nascita e sul disagio ad essa legato
- tentare un processo di integrazione tra i servizi che si occupano della nascita
- aumentare il trattamento precoce dei casi di disagio individuati

I dati emersi dall’indagine ci indicano uno stato di disagio nella popolazione testata, con una evidente presenza di donne con disagio psicologico. Non usiamo il termine depressione post parto ma di disagio psicologico, consapevoli del fatto che non è sufficiente la somministrazione del test di EDPS per certificare il disturbo. Rimane in tutti i casi alto il dato di disagio emerso e degno a nostro avviso di una ulteriore valutazione.

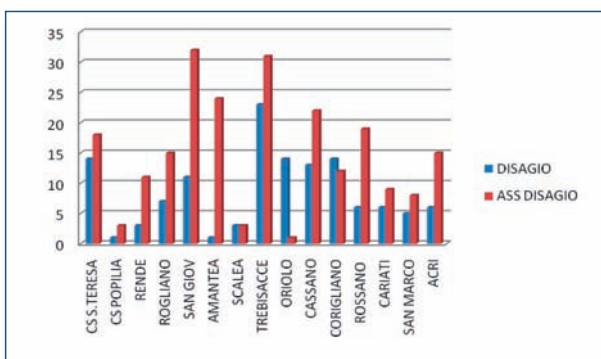
Tab. 1 – Campione donne esaminate



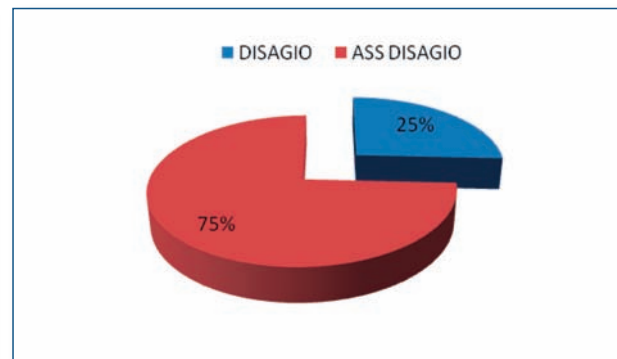
Tab. 2 – Campione gravide



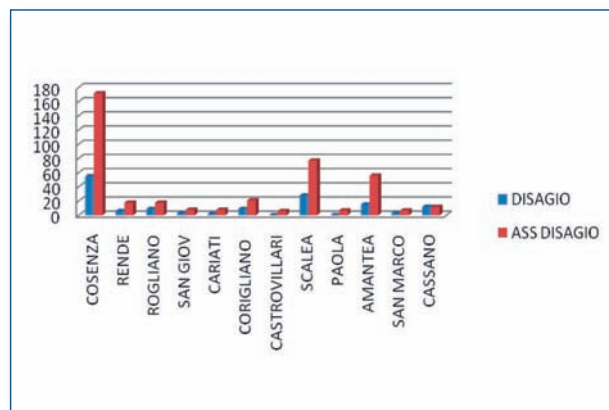
Tab. 3 – Campione gravide differenziato



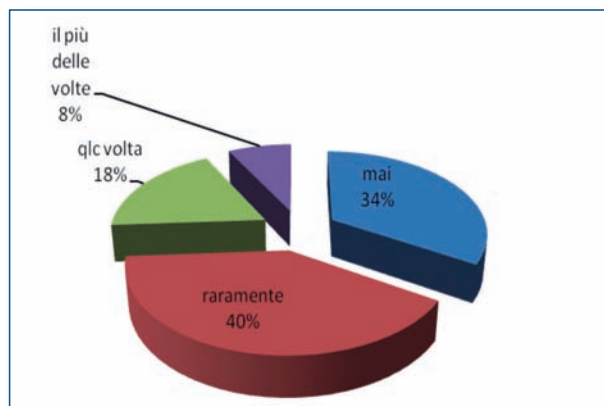
Tab. 4 – Campione puerpere



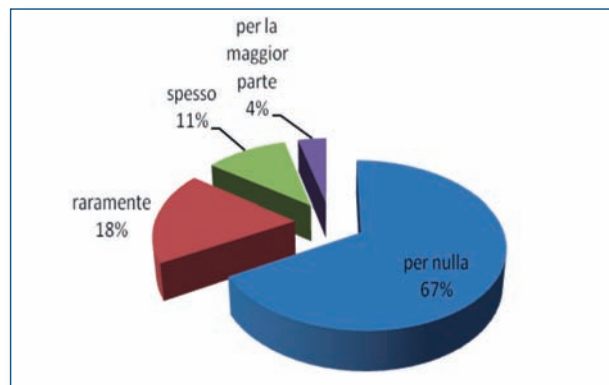
Tab. 5 – Campione puerpere differenziato per area provenienza



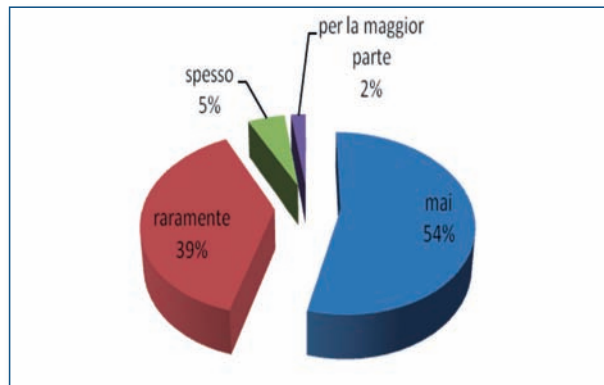
Tab. 6 – Le cose mi hanno causato eccessiva preoccupazione



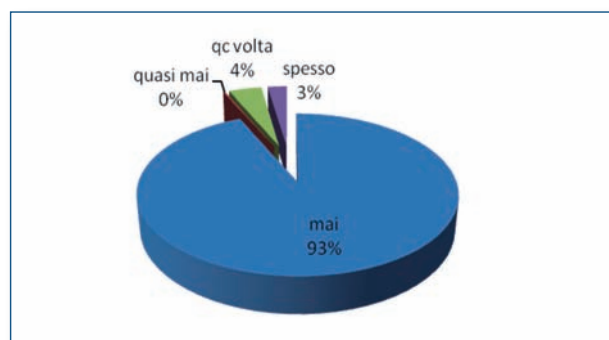
Tab. 7 – Sono stata così infelice ed ho avuto difficoltà a dormire



Tab. 8 – Mi sono sentita triste ed avvilita



Tab. 9 – Mi è venuta l'idea di farmi del male



Alcuni item del test EPDS

L'indagine nel post parto è stata condotta anche grazie alla collaborazione di 21 pediatri di libera scelta, da ostetriche dei consultori familiari e da altri operatori afferenti a diversi servi-

zi territoriali (Centri Vaccinali, Cliniche convenzionate). Nello specifico le donne più a rischio sono sensibili alle domande 6-10 che esplorano l'esperienza psicologica della depressione in gravidanza e nel puerperio. Gravidanza e puerperio alimentano vissuti di inadeguatezza esponendo all'esperienza emotiva del dubbio, dell'insicurezza e alimentano preoccupazione e ansietà almeno nel 10% delle donne raggiunte. L'indagine conferma l'ipotesi specifica evidenziando un 26% (18% e 8%) di donne esposte alla preoccupazione per i compiti da affrontare nel quotidiano. (Tab. n. 6) I vissuti di preoccupazione e ansietà connessi alle convinzioni di inadeguatezza condizionano il tono dell'umore e il ciclo veglia sonno nel 15% (11% e 4%) di donne esposte al disagio. (Tab. n. 7). La flessione dell'umore coincide con i vissuti di tristezza e

Conclusioni

delusione che si esprimono pianto (54% assicura di non sperimentare e circa il 40% riconosce di averlo sperimentato raramente); in casi più gravi il disturbo dell'umore può orientare verso convinzioni irrazionali negative che possono favorire ideazioni di autolesionismo. Il campione esaminato discrimina $5\%=2\%+3\%$ nel caso del pianto e il 7% nel caso dell'autolesionismo. (Tab. n. 8, 9).

L'elaborazione iniziale del dato ha consentito una prima differenziazione analitica del campione esaminato presso i Consultori Familiari ASP Cosenza. Risulta inoltre evidente una differenza di risultati delle donne esposte al disagio in gravidanza in relazione all'area geografica di appartenenza. I livelli di disagio più significativi sono emersi nelle città di Cosenza in zona centro (ex consultorio n. 1 piazza S. Teresa) e nelle zone dello Ionio cosentino (Trebisacce, Oriolo, Cassano, Corigliano). Si potrebbero avanzare ipotesi, ma i dati che abbiamo non sono sufficienti a supportare la relazione tra questi risultati e la maggiore presenza di gravide a rischio per nazionalità straniera e per contesti di isolamento sociale. Sono dati che necessitano di ulteriori indagini ed approfondimenti.

Il dato emerso non differenziato (non sono ancora state indagate tutte le risposte alle singole domande), è certamente bisognoso di ulteriore verifica e confronto con quello nazionale. Chiede di essere considerato e valutato punto di partenza per lo sviluppo di interventi di promozione e riqualificazione dell'offerta che risponda ai reali bisogni di assistenza delle famiglie che decidono di "crescere". Conferma la necessità dell'intervento integrato, il valore e l'efficacia del lavoro di gruppo tra servizi diversi che operano per obiettivi comuni, sia nel territorio sia tra ASP e Azienda Ospedaliera. Sostiene l'ipotesi proposta dagli operatori dei Consultori familiari ASP di approfondire la ricerca rafforzando nodi di rete con centri regionali e nazionali di lettura del fenomeno, con cattedre universitarie, peraltro già contattati, per una prima valutazione congiunta su quanto osservato attraverso questa prima indagine calabrese.

Il dato in nostro possesso e non ancora definitivo Nella provincia di Cosenza emerge un dato di disagio legato alla gravidanza e al post parto superiore alla media nazionale. Quanto già realizzato nella prima parte del progetto con l'informazione a tutto il personale, la formazione per gli psicologi dei consultori familiari sul tema della depressione post parto e della genitorialità a rischio, sul tema del lavoro di gruppo orientato al benessere, sulle tecniche EMDR per lavorare sul trauma alla nascita, diventa una risorsa importante per lavorare e dare risposte sempre più qualificate alle famiglie che quotidianamente si rivolgono ai nostri servizi. Ma sostenere e accompagnare costruttivamente la donna e la coppia nella transizione alla genitorialità, significa anche buona organizzazione dei servizi ospedalieri e territoriali per garantire la continuità di assistenza attraverso risposte complesse e integrate che rispondano a tutti i bisogni che l'evento umano del nascere comporta. Quando sia le difficoltà individuali sia quelle istituzionali si incontrano, la nascita può diventare un'esperienza di disagio che, se non adeguatamente osservata e accompagnata, può evolvere in patologia. Troppo spesso l'esperienza ci dimostra che l'offerta sanitaria invece di facilitare gli artisti alle prese con la loro opera d'arte, li rende insicuri e inadeguati. L'esperienza di osservazione clinica quotidiana evidenzia una diffusa difficoltà a transitare dal ruolo di figli a quello di genitori; evidenzia anche un'offerta ospedaliera, prevalentemente ostetrica e medica, che tende a ridurre la nascita a mera transizione fisiologica con scarso collegamento dei punti nascita e i servizi del territorio. La costruzione di un protocollo operativo sarebbe auspicabile per dare risposte più omogenee a queste problematiche. Contribuire alla diffusione della cultura psicologica e sociale della nascita per la correttezza di approccio all'integrità della persona è un obiettivo secondario del nostro lavoro. Ricordiamo al proposito che l'ultimo documento regionale sul percorso nascita è stato "partorito" senza il contributo della disciplina

psicologica pur facendo riferimento a quanto previsto dall'O.M.S. sull'importanza dell'aspetto psichico dell'evento nascita. Le indagini e i relativi dati emersi, le emergenze sociali, ci costringono come psicologi e specialisti della salute mentale ad uscire dall'indifferenza e denunciare i rischi a cui questi comportamenti espongono. Appare paradossale che nella nostra comunità l'evento nascita, pur essendo riconosciuto come importante passaggio evolutivo, non riceva, oggi più che in passato, l'attenzione profonda che merita, nonostante un secolo di studi e

ricerche sullo sviluppo psicologico degli umani. Non è ancora diffusa la cultura psicologica di protezione dell'evento nascita, che vede coinvolti madri, neonati, padri, intere famiglie e contemporaneamente l'istituzione sanitaria, con i punti nascita, i consultori familiari e tutti i vari servizi che a diversi livelli di nascita si occupano. Come psicologi, operatori e specialisti della salute mentale della famiglia possiamo affermare senza dubbio che ancora troppo spesso la nascita è disagio e che chi nasce male, inizia male e rischia di non crescere.

Bibliografia

Ammanniti M., *Pensare per due. Nella mente delle madri*. Laterza, Bari, 2008

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

DSM-V. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. Edizione italiana a cura di Massimo Biondi. Raffaello Cortina, Milano 2014.

Gattoni M.B., Desideri M.G., Dabrassi F., Brighenti M., *Diagnosi precoce del disturbo della relazione madre-bambino: l'osservazione clinica e l'intervento a livello territoriale - Neuropsichiatria Infantile*, Ulss 20 Verona da *Psichomedia*.

Giusti E., Spalletta E. (1997), *Relazioni stabili e durature*, Riza Scienze, Dicembre n. 118 Milano

Holmes J., *La teoria dell'attaccamento*, Raffaello Cortina Editore Milano 1994

Lavigna S., Martirani M., D'Angelo N., "Progettare per la Famiglia Un'esperienza nei consultori familiari", Ionica, Copyright 2013 ASP Cosenza.

Malagoli Togliatti M., Mazzoni S., *Osservare, valutare e sostenere la relazione genitori-figli*. Il Lausanne Trilogue Play clinico. Cortina Raffaello Milano 2006

Martirani M. (2009), *Dal ping pong al gioco di squadra. Comunicare oltre il significato* - pubblicato in "Comunicazione e percorsi di democrazia" a cura di V. Burza 2013.

Pazzagli M., Rossi Monti M., Benvenuti P., *Maternità come crisi*. Il Pensiero scientifico, 1981

Righetti, Venturini, In *Dalle cure materne all'interpretazione* a cura di Fava Vizziello G., Stern D.N. Raffaello Cortina 1992.

Stern D.N., *La costellazione materna. Il trattamento psicoterapeutico della coppia madre-bambino*. Universale Bollati Boringhieri, Torino. 2007.

Winnicott D.W., *Esplorazioni psicoanalitiche*, Cortina, Milano, 1995.

Winnicott D.W., *I bambini e le loro madri*, Raffaello Cortina Editore Milano, 1987

Indirizzo per la corrispondenza

Serafina Maria Lavigna
Dirigente psicologa consultorio familiare UNICAL Arcavacata di Rende - Asp Cosenza
Via Rossini 194 - 87036 Rende
Tel. 0984 496212
lavigna.serafina@libero.it

Dal Mito di Edipo al Mito di Ulisse inseguendo nuovi paradigmi nella costruzione dell'identità maschile e per rinnovare il dialogo e l'incontro tra il Padre e i Figli

di PASQUALE MONTALTO

L'uomo, come genere maschile, è indubbio che stia, ormai già da tanti anni, attraversando una profonda crisi di identità e di ruolo, e nella coppia, nella famiglia, quanto con sé stesso e nel rapporto sociale e istituzionale. È come se l'uomo, più della donna, oggi non riuscisse a elaborare i legami di complessità posti dalla società contemporanea che si trasforma velocemente e con un'accelerazione che richiede cambiamenti e adattamenti immediati, che invece non si è in grado di sostenere, con perdita dell'equilibrio e pericoli per la sanità mentale. Chi ha maggiormente sofferto e fatto le spese di questo disastroso modello di fuga in avanti, che tarda a focalizzare e introdurre le sue coordinate correttive, è l'uomo, preso nelle connotazioni maschili e di relazione comunicativa tra la figura del padre e quella del figlio. I figli maschi, avendo combattuto il padre tiranno e messo in discussione il padre autoritario, per quanto riguarda il loro porsi in termini impositivi e senza alcun rispetto dell'individualità altrui, portando ad odiare la regola paterna e tutto quello che dal padre arriva, oggi più non trovano modelli validi di identificazione per dare forza alle giu-

ste rivendicazioni di libera determinazione del proprio futuro, e vivono il grande disagio di doversi confrontare con una società fortemente competitiva e frustrante, che non lascia spazi e anzi esclude i più deboli e coloro che manifestino qualsivoglia fragilità, soprattutto sul piano emozionale, con risultati, nei confronti della popolazione giovanile, di disistima e demotivazione, involontà a studiare o cercare un lavoro, ovvero a inserirsi attivamente nella competizione sociale e del mercato del lavoro. L'uomo, prima come padre e poi come genitore, visto che l'essere un buon genitore è strettamente connesso all'acquisizione della funzione e dell'identità di padre, è come se non avesse più l'energia sufficiente per difendere e trasmettere validi modelli educativi e formativi, continuando a lasciare i figli orfani e senza guida. Noi uomini del terzo millennio, impegnati a rintracciare le orme del padre e per far nascere il principio paterno interno, invece di sforzarci per mettere a fuoco e, con convinzione e forza, proporre la trasmissione dei risultati della ricerca per come vengono fuori dall'elaborazione delle possibili alternative, ci attardiamo a scrolarci di dosso i resti della cultura patriarcale,

fondata sul potere maschile e sull'autorità esercitata sempre per linea e discendenza maschile, dove il padre ancora viene visto e vissuto come il tardivo "padre padrone", per ricalcare il titolo del libro di Gavino Ledda *Padre padrone: l'educazione di un pastore* (Feltrinelli, MI, 1977), che ha molto contribuito, bisogna riconoscerlo, a far condensare quest'esigenza culturale di cambiare registro nel rapporto educativo comunicazionale tra la generazione dei padri e la generazione dei figli, però nella finalità di poter avviare innovazioni nel mondo della formazione e negli stili della conduzione genitoriale e di sviluppo familiare, ovvero per portare avanti l'esigenza di rinnovare i cardini della costruzione dell'identità maschile, come risolto futuro della vita dei figli in relazione ad una sempre possibile e migliore acquisizione dell'identità nella funzione paterna. Le parole usate dal padre di Gavino, nei confronti della maestra di classe, nell'andare a riprendersi il figlio a scuola, sono state queste: "lo ho bisogno di lui, in campagna ... diversamente non riuscirò a mandare avanti la famiglia (...) Il ragazzo è mio. Cosa vuole questo governo? Che per mandare lui a scuola, gli altri miei figli muoiano di fame? No. No. Io, il ragazzo me lo prendo e lo uso perché non ne posso fare a meno". Quali potrebbero essere ora le parole del padre della nostra modernità e del distacco generazionale, dinanzi ad un figlio inascoltato e non goduto, messo da parte e allontanato da un mondo adulto incapace di sintonizzarsi sui nuovi bisogni e giuste richieste di cui essi, i figli, si rendono portatori e che esprimendoli acquistano il valore di affermare il diritto ad una vita, la loro, sana e ricca di offerte evolutive?.

Gli anni della ferma e convinta contestazione, gli anni sessanta e settanta, racchiudono sicuramente la richiesta di rinnovamento nel vivere i rapporti comunicativi e istituzionali, dalla famiglia alla scuola, dal lavoro alla società. Il padre viene contestato e messo in forte discussione nella voglia di cambiamento e di rinnovamento. I figli si chiedono quale sia l'identità verso cui devono dirigersi, posto che il padre temuto, spodestato e "ucciso", nel richiamo mitico del pasto totemico e del complesso edipico, per

come elaborati da James G. Frazer (1910) e da Sigmund Freud (1912), continua comunque a mantenere tutto il suo potere, a causa dell'azione inalterata del sentimento di inferiorità e inadeguatezza che i figli avvertono verso la conduzione del potere dei padri e il mantenimento del senso di colpa che inevitabilmente ne viene generato. Franz Kafka, fedele e inconfondibile interprete in letteratura di questo disagio psichico del figlio, dell'essere maschio alle prese con un padre inavvicinabile e privo di slanci emotivi, nella sua *Lettera al padre* (Newton, Roma, 1993) così si esprime: "Tu sei un vero Kafka, per forza, salute, appetito, intensità vocale, capacità oratorie, autocompiacimento, senso di superiorità, resistenza, presenza di spirito, conoscenza degli uomini, una certa generosità (...) eravamo così diversi e, in questa diversità, così pericolosi l'uno per l'altro, che se si fosse cercato di prevedere come il bambino che lentamente cresceva e tu, l'uomo maturo, si sarebbero comportati l'uno nei confronti dell'altro, si sarebbe potuto supporre che tu mi avresti semplicemente calpestato, senza che di me rimanesse niente (...) risultato di tutta questa educazione è stato il fatto che io fuggivo tutto quello che ti ricordava anche solo lontanamente". Paura del padre e senso di colpa per averlo combattuto, nell'affannosa e continua ricerca di modelli alternativi, a causa del conflitto di potere che inconsapevolmente si accende ogni volta in relazione alla sua figura, iniziano ora a coscientizzare la responsabilità per la colpa commessa, che può aprire, nell'immaginario dei figli, l'accettazione dell'importanza di poter e dover avere un padre, nel richiamo pressante di avere visivamente un modello adeguato da seguire, e che sia capace di ascolto e che si avvicini al proprio sentire, pur ancora soffrendo l'incapacità di incamminarsi liberamente e autonomamente sulla strada della propria indipendenza, nuova e certo sconosciuta, che incute timore e che per questo rivendica l'aiuto di altri riferimenti e nuove energie di simbologia mitica, forti metafore capaci di acquietare l'animo e partecipare e incidere superbamente nella costruzione di una rinnovata identità e per ritrovare un diverso rapporto con la realtà. Con la ricerca di far

nascere e cambiare modelli di simbologia mitica e di trovare i miti più appropriati per far acquisire un'identità sana al maschio moderno, cammina anche la rinnovata fiducia nella ragion d'essere della regola e della legge paterna, che tanto mancano nella nostra società e nel quadro globale del confronto maschile, nel proprio modo di essere padre e di essere figlio, nell'ottica di indirizzarsi verso una più precisa e consapevole, solidale, progettualità esistenziale, fondata, perché lo si sceglie, sull'incontro.

Il sociologo Zygmunt Bauman (2000, 2003) ci parla di società liquida, ma anche di amore liquido, cioè nulla oggi è più certo, con confini ben delineati, neanche i sentimenti, neppure i valori, e tutto si perde e si disperde in mille frivoli rivoli, esaurendosi sulla soglia di un'economia di profitto multinazionale improntata sulla regola consumistica dell'"usa e getta", che diventa vera depredazione delle risorse energetiche e produttive della terra. Come dire una tendenza umana autodistruttiva e suicida e una lotta impari con la natura, che il sistema ecologico non può tollerare a lungo, rendendo la vita, come ben evidenzia la ricerca di Bauman (2004, 2007), essa stessa "vita di scarto", oggetto di nessun valore, da consumare e dimenticare. Poi lo stesso autore (2009) si rende conto che non si può vivere senza obiettivi e sogni da perseguire, e, per andare oltre i resti di questa società schizofrenica e industrializzata, tecnologicamente avanzata ma povera di spirito e certezze, indica nell'Arte e nella Bellezza il valore da costruire e l'opera da realizzare, così come già individuato e sviluppato dalle nuove proposte di svolta esistenziale che si stanno affermando e diffondendo in Europa e nel resto del mondo, attraverso la ricerca e gli studi antropologico esistenziali e personalistici, per come anche proposto, attraverso inedite metodologie di lavoro clinico, da Antonio Mercurio ad iniziare dagli anni settanta, non ultimo con le innovative riflessioni su *Ipotesi su Ulisse* (Roma, 2007).

Il Mito di Ulisse -per come descritto da Omero nell'Odissea, libro sapienziale che contiene, per l'uomo della Grecia antica di allora così come per l'uomo globalizzato e senza speranza di

oggi, molti insegnamenti di valore pragmatico e umanistico- appartiene al tempo successivo, che viene dopo la conquista della città di Troia, e indica nel viaggio di ritorno a casa, agli affetti familiari, ai luoghi della memoria, al paese d'origine, la capacità e potenzialità dell'uomo di poter navigare nel mare aperto della propria esistenza, senza più seguire ciecamente la volontà degli dei dell'Olimpo. Ulisse diventa cioè mito e simbolo che riporta direttamente all'uomo, ovvero al potere dell'ingegno personale, nella volontà di rendersi libero e artefice del proprio destino, che poi è quello che serve e che cerca l'uomo di oggi. L'Odissea affrontata da Ulisse diventa così impresa tutta umana che rimanda all'intelligenza, all'intraprendenza e alla magica creatività dell'uomo di riuscire a realizzare i propri progetti. Egli, Ulisse, per amore verso di sé, come padre, e per amore verso l'incontro futuro con il figlio, rifiuta la promessa d'immortalità e tutte le certezze offerte dalle dee Calipso e Circe, per accogliere invece la sfida di costruirsi con le proprie mani e le proprie forze. Ulisse attraverso il viaggio di ritorno a Itaca rinnova prima di tutto il rapporto con sé stesso, diventando più duttile e scaltro, più saggio e accorto, meno avido e succube della sua volontà omicida e suicida, non più interessato alla sfida per primeggiare e quant'altro, e poi con il figlio Telemaco, la moglie Penelope e con il popolo tutto della sua "polis". Attraverso le avventure nel mar Mediterraneo Ulisse trasforma sostanzialmente la propria identità maschile, acquisendo un nuovo modo di porsi dinanzi alla vita e ritrovando l'energia di ridare alle cose il loro giusto ordine, riaffermando il diritto usurpato nei confronti del figlio Telemaco dall'aristocrazia e dai re dei regni vicini. Ecco allora che Ulisse, nelle sue sembianze umane e con l'energia del mito che racchiude, potremmo senz'altro individuarlo come un corretto esempio di padre per i figli che lo stanno cercando, un padre per come i figli lo desiderano, lo vogliono e sono propensi ad amare, che corre in soccorso e mai abbandona i suoi compagni di viaggio, e che infonde coraggio e fiducia, sostiene il figlio nel riconoscere la

sua maggiore età, il suo essere cresciuto e diventato adulto, capace di difendere il suo regno e i suoi beni, di poter scambiare affetto e amore e riconoscenza con i suoi genitori; il padre che non abdica ai propri doveri e al proprio ruolo e non rifiuta di intervenire per salvaguardare il figlio dallo strapotere della madre; il padre accogliente e che si lascia raggiungere quando il figlio vuol sentire la sua voce e vuol misurarsi con la sua forza, e vuol sentirsi in piena unione e serena alleanza con lui, abbandonando ogni senso di inferiorità e senso di colpa, assumendo l'acquisita capacità di riuscire a cavalcare le spinte d'autonomia e d'indipendenza.

Dal Mito di Edipo, mantenuto inalterato sul modello presentato da Freud e per come mediato dalla tragedia greca di Sofocle, oggi s'avverte da più parti il bisogno pressante di cambiare registro, indicando nel Mito di Ulisse, un nuovo modello di guida paterna e di rapporto filiale, più vicino alle esigenze moderne e che possa essere faro costruttivo di una nuova modalità di rapportarsi e di entrare in dialogo, all'interno di una costruzione programmatica e collaborativa, tra padre e figlio. Con Ulisse e con la forza mitica degli dei, soprattutto di Pallade Atena, memori dello stretto legame che i greci, per risolvere le loro faccende o anche condurre la loro quotidianità, intrattenevano con il cosmo dell'Olimpo, arrivano nuovi riferimenti, capaci di poter intervenire e incidere nella storia personale e sociale, attivando una innovativa interazione comunicativa nel rapporto padre figlio. La storia del grande "romanzo familiare", attraverso l'azione di Telemaco e l'incontro con Ulisse, al posto di ripetersi, sempre uguale e macchiandosi continuamente della colpa di patricidio, può iniziare a trasformarsi e risanarsi, per rinnovarsi e prendere una piega diversa, offerta proprio dall'acquisizione di una nuova modalità d'incontro, basata sulla collaborazione e la reciprocità, e che spinge verso la fusione dell'energia del padre con quella del figlio.

Edipo, dato per morto nell'immaginario genitoriale, perché appena nato consegnato, per loro desiderio e per sfuggire ad un tragico destino profetizzato dall'oracolo, nelle mani di un pa-

store perché lo uccidesse, dopo tanti anni di lontananza dal padre Laio, che si era dimenticato di lui e lo aveva relegato nel mondo dei morti, quando lo incontra, ormai vecchio, lungo una strada che, come profetizzato dal divino, s'incrocia con la sua, non lo riconosce -cioè non si riconoscono a vicenda- e a causa di una disputa violenta nata per un diritto di precedenza, lo uccide, divenendo patricida, apparentemente inconsapevole, non fosse che padre e figlio, ri-sottolineo virgolando, "non si riconoscono nella loro unicità, di un'identità matura". E questa è la storia del rapporto conflittuale e di esclusione mortale tra padre e figlio che immutata si perpetua nella nostra storia millenaria, senza possibilità alcuna che possa cambiare, in balia di un triste e malefico destino.

Nel Mito di Ulisse le cose vanno invece diversamente, perché quando il figlio Telemaco, dopo la lunga lontananza durata vent'anni, incontra il padre, anche lui non lo riconosce, perché trasformato nel fisico e pensato ancora lontano, ma la forza del mito, basato sull'attitudine collaborativa con la dea Atena, racconta del desiderio che si verifichi l'incontro e il riconoscimento, oltrepassando l'accusa e la colpevolizzazione, la diffidenza e l'inganno, nell'ottica di unificare le forze dell'Io e insieme progettare la liberazione dai Proci del Regno di Itaca. Cosa che avviene, con la forza e l'ingegno umano e con l'aiuto della dea Atena, raffigurazione della straordinaria capacità dell'amore ricostruttivo che c'è nelle profondità dell'animo e nel cuore di ogni persona. Ecco le parole della narrazione: *"Il padre tuo sono ... Così dicendo baciò il figlio ... No, tu non sei Odisseo, non sei il padre mio, ma m'incanta/ un nume perché io soffra e singhiozzi di più./ .../ tu poco fa eri un vecchio e malamente vestivi,/ e ora somigli agli dei che il cielo vasto possiedono. (...) Telemaco, non va che tu, avendo qui il caro padre tornato,/ lo guardi stordito, con troppo stupore./ Un altro Odisseo non potrà mai venire,/ perché son io, proprio io, che dopo aver tanto errato e sofferto,/ arrivo dopo vent'anni alla terra dei padri./... / Allora Telemaco,/ stretto al suo nobile padre, singhiozzava piangendo."*(Omero, Odissea,

Versione di Rosa Calzecchi Onesti, Mondolibri, Milano 2001, Libro sedicesimo, 188-214).

Un quadro commovente, veramente toccante; raffiguriamoci la scena, notiamo come Ulisse, il padre, s'affretti nel desiderio e nello slancio di rivelarsi a Telemaco, il figlio, nella sua vera identità, però il riconoscimento del padre richiede tempo e prove concrete, che facciano collimare quello che si dice alla verità dei fatti. Dopo le giuste richieste di credenziali, riguardo all'identità dichiarata, Ulisse e Telemaco, superando l'iniziale diffidenza, si ritrovano così in un'emozionante abbraccio maschile, che non ha più bisogno di parole, perché parla da sé e si scioglie nelle lacrime, nel linguaggio del cuore che porta tutta la ricchezza e la saggezza del calore del sentimento. Quest'incontro porta un importante insegnamento per i nostri giorni, ovvero di favorire e lasciare che i figli si mettano in cammino alla ricerca del padre, come ha fatto Telemaco su suggerimento della dea Atena, raffigurazione simbolica di una istanza interiore e profonda che ricerca il proprio bene e che può essere identificata nell'amore che si nutre per sé stessi: il Sé personale, che entra in dialogo con l'Io maturo e in pieno accordo, in libertà e verità, scelgono e decidono di prendere le migliori e sagge direzioni riguardo alla propria vita. Infatti quando Telemaco, cresciuto e ormai giovane adulto, inizia a mal sopportare la sua casa assediata dai Proci, cento pretendenti che chiedono la mano della regina, sua madre Penelope, bivaccando e dilapidando il patrimonio e gli averi del padre, e avanzando altre varie pretese, inizia allora a chiedersi dove sia finito suo padre e perché lo abbia lasciato solo con la madre, e cosa dovesse fare della propria vita in assenza e nell'attesa del ritorno del padre, cosa fare riguardo al rapporto minaccioso con quegli uomini assetati di potere. La forza del mito racconta che Telemaco prima accoglie e apre il suo cuore alla dea Atena, che arriva alla reggia di Itaca simile ad un ospite e con le sembianze di Mente, il capo dei Tafi, e poi su indicazione della stessa parte verso le città di Pilo e di Sparta per mettersi alla ricerca del padre, il padre fuori e dentro di lui: cercarlo per chiedere no-

tizie certe e per sapere che ne è stato di lui, e se è morto fargli un degno funerale, se è vivo continuare a nutrire il desiderio di coglierne gli insegnamenti e la guida. Leggiamo direttamente le parole usate dal poeta, allorché la dea Atena, dialogando con Telemaco, prima gli predice il ritorno del padre: *"morto non è Odisseo luminoso, / ma ancora vivo nel vasto mare è impedito, / forse in un'isola in mezzo all'onde, gente feroce l'ha in mano, / selvaggia, che suo malgrado lo tiene (...)* non molto tempo lontano dalla sua terra paterna / starà, neppure se ferrea catena lo tiene; / saprà tornare perché è ricco d'ingegno."; e poi lo incita ad andare a cercarlo: *"Ti darò un saggio consiglio, se vuoi ascoltarmi: / armata di venti remi la nave migliore che c'è, / parti e cerca notizie del padre da tanto tempo lontano, / ... Va' a Pilo, prima di tutto, il chiaro Nestore interroga, / e di là a Sparta, dal biondo Menelao, / che è tornato per ultimo fra gli Achei chitoni di bronzo. / E se del padre saprai vita e ritorno, / quantunque dilapidato, un anno ancora sopporta: / se invece senti che è morto, che non è più, / allora tornato alla terra paterna, / alzagli il tumulo, offrigli i doni funebri, / molti, come è giustizia, e affida a un marito la madre."* (Omero, *Odissea*, Versione di Rosa Calzecchi Onesti, Mondolibri, Milano 2001, Libro primo, 196-205; 279-292).

Quest'invito, che arriva da fuori attraverso Atena, ma soprattutto da dentro, attraverso il proprio SÉ, di mettersi in viaggio sulla rotta del padre, rivolto a Telemaco, è un'esplicita dichiarazione di abbandonare la madre e il mondo materno, per mostrare di essere diventato uomo, capace di affrontare le pretese avanzate dai proci e le difficoltà del mare della vita. È così che Ulisse, una volta approdato, con l'aiuto dei Feaci, sulle coste di Itaca, dopo essere stato accolto dal fidato Eumeo, cerca e trova l'alleanza con il figlio Telemaco, lasciandosi riconoscere e rivelando la sua identità e i suoi intendi di restaurazione. Da quest'incontro sofferto s'avvia poi un rapporto di leale amicizia e di stretti eroismi nello scacciare e sconfiggere i proci e ristabilire il regno d'Ulisse a tutta l'isola di Itaca. Questa è la strada che indica il Mito di Telemaco e di Ulisse: cercare e desiderare l'incontro con il padre, superare il mondo materno per

mettersi in cammino verso il mondo del padre, il mondo del rispetto dell'autorità e delle regole, che devono essere apprese per darselo e anche impartirle, in un percorso iniziatico e alchemico di identità e di libertà.

Seguendo le indicazioni di questa nuova mitologia, la storia si trasforma, perché a differenza di Edipo l'incontro con il padre non è più minaccioso e non c'è soprattutto spargimento di sangue e desiderio inconscio di "uccidere" il padre. Tutt'altro, Telemaco a differenza di Edipo, pur non avendo ricevuto supporto, nell'infanzia, dalla presenza del padre biologico, perché in viaggio e lontano, affina però la capacità di tenere a bada le spinte omicide e distruttive, disciplinandosi e tenendosi fedele alle ragioni del proprio cuore. La nuova energia che scaturisce dal mito diventa allora un fondamentale contributo per cambiare la storia del padre e del figlio, ovvero dell'uomo, apportando parallelamente una rivoluzione nelle pratiche di educazione e nella possibilità di poter cambiare gli schemi mentali e culturali indirizzati alla formazione della persona, acquisendo migliori modelli nella costruzione dell'identità e della stima di sé.

Ogni volta che questo avviene una grande porta si apre, sul piano psicologico esistenziale, nella direzione di apprendere ad acquisire sempre nuove identità, da offrire in beneficio all'universo del maschile e nella direzione dell'incontro col padre e per la nascita del principio paterno interno, partorendo forse una nuova civiltà nell'interazione tra gli uomini e nel rispetto

delle leggi della vita. Ed è augurabile che oggi la comunità intera voglia incoraggiare e sostenere questa strada di ricostruzione del maschile e del paterno, per come agisce all'interno di ognuno, per diffonderla e fondarla come civiltà dell'amore e della pace, segnale di una democrazia che cresca sulla verità e la giustizia, sulla bellezza del vivere in un mondo equilibrato e con lo sguardo diretto verso l'infinità del possibile e anche dell'impossibile, dove padri e figli riescono a guardarsi negli occhi e rispecchiandosi rinuncino agli elementi atavici di conflittualità e di lotta di potere, per aprirsi all'innovativa proposta avanzata dal SÉ di Ulisse e di Telemaco, celebrando la nascita del figlio e il ritorno del padre.

Nelle innovative raffigurazioni del Mito di Ulisse, per come oggi insistentemente richiamato in molte iniziative di stampo culturale, cammina la fiducia e la speranza di fondare una società dove il padre sia riconosciuto e rispettato, invece che essere negato e ucciso dal figlio. Cambiando i riferimenti mitici cambiano le direzioni comunicative e le energie che con esse camminano e si sviluppano. E questa è una grande speranza per l'uomo del terzo millennio, nella possibilità di poter recuperare, all'interno della famiglia e della società, la funzione del padre, accanto a quella del genitore, e per far nascere e sostenere il figlio, che può così identificarsi e costruire, in modo sano, la sua vera identità di uomo.

Indirizzo per la corrispondenza

Pasquale Montalto
Psicologo psicoterapeuta, componente del comitato di redazione di Psicologia Calabria
Sociologo e Esperto in Scienze educative,
Poeta e Artista
Cell. 349 5772604
pas.montalto@alice.it

Padri e Figli

di FRANCESCO LANDO

È impossibile per una rivista semestrale quale la nostra “stare sulla notizia”, come si dice in gergo giornalistico. La notizia in questione in realtà non è di tipo giornalistico, riguarda il dibattito che qualche mese fa è stato avviato dall’uscita del libro dello psicoanalista Massimo Recalcati *“Il complesso di Telemaco – Genitori e figli dopo il tramonto del padre”* Edizioni Feltrinelli. A seguire sono stati pubblicati due romanzi che hanno alimentato il dibattito sulla relazione padre – figlio, anzi, per essere più precisi, sulla crisi di ruolo della figura paterna: *“Gli sdraiati”* di Michele Serra (edizioni Feltrinelli) e *“La famiglia Karnowsky”* di Israel Joshua Singer (edizioni Adelphi), il primo è stato nella classifica dei libri più venduti e il suo autore è passato a presentarlo per numerose trasmissioni televisive, l’altro, meno conosciuto, fornisce al lettore la narrazione dell’evoluzione della relazione padre-figlio attraverso la storia di tre generazioni. Il tema della relazione padre-figlio per gli psicologi è pane quotidiano nella loro azione professionale quando, a vario titolo, sono chiamati, ad esempio, ad esprimere una valutazione (nelle separazioni e nella conseguente modulazione del criterio dell’affido, nella mediazione, nella qualità dell’apprendimento scolastico), alle sue conseguenze sul profilo di personalità del minore (bullismo e vittime di bullismo, capacità relazionali ecc.). Per non parlare dell’importanza dell’indagine della qualità della relazione padre-figlio nella pratica clinica degli psicoterapeuti, dove questa relazione costituisce lo scenario dentro il quale si svolgono le rappresentazioni più significative per numerose scuole di psicoterapia, una fra tutte quella ad indirizzo psicoanalitico: il complesso edipico, la formazione del super-lo.

La prima riflessione che viene in mente è che ogni libro di Recalcati sia una miniera di concetti formativi intrecciati sapientemente uno all’altro a prescindere dall’argomento trattato. La tesi sostenuta dall’autore de *Il complesso di Telemaco*, nasce dalle ceneri di quella figura di padre-padrone che fin qui ha caratterizzato il ruolo paterno. La domanda di padre che oggi attraversa il disagio adolescenziale non è più una domanda di potere e disciplina, ma di testimonianza. Scrive nell’introduzione *“La domanda di padre non è più una domanda di modelli ideali, di dogmi, di eroi leggendari e invincibili, di gerarchie imm modificabili, di un’ autorità meramente repressiva e disciplinare, ma di atti di scelte, di passioni capaci di testimoniare, appunto, come si possa stare in questo mondo con desiderio e, al tempo stesso, con responsabilità. Il padre che oggi viene invocato non può più essere il padre che ha l’ultima parola sulla vita e sulla morte, sul senso del bene e del male, ma solo un padre radicalmente umanizzato, vulnerabile, incapace di dire qual è il senso ultimo della vita ma capace di mostrare, attraverso la testimonianza della propria vita, che la vita può avere senso”*.

I personaggi paradigmi del teatro dell’inconscio di matrice freudiana, Edipo e Narciso, il primo nel ruolo del rivale e l’altro nella rappresentazione dell’isolamento autistico, secondo Recalcati sembrano non costituire più da tempo il quadro di riferimento clinico, culturale e sociale che intercetta, spiega e interpreta i bisogni degli adolescenti. Già nella nostra attività professionale questo dato ci appariva chiaro: il rozzo profilo del personaggio edipico che uccide e si sostituisce al padre appare oggi ampiamente inadeguato all’utilizzo interpretativo, come se la percezione della realtà – e quindi dei bisogni e delle strategie per la loro soddisfazione – si

fosse trasferita su un piano dimensionale altro. Si pensi ad esempio come il “principio di realtà” dei padri post sessantottini sia stato stravolto e quasi completamente sostituito nell’ambito della sfera relazionale degli adolescenti dal “principio di realtà virtuale”. I principi etico-morali di questi padri includevano una Weltanschauung di libertà e giustizia sociale e sono stati sostituiti dal principio della libertà a consumare – false libertà, che in realtà sappiamo rendere schiavi. Proseguendo lungo la lettura de *Il complesso di Telemaco*, Recalcati ci propone quattro figure di figlio: il figlio-Edipo, il figlio-Anti-Edipo, il figlio-Narciso e il figlio-Telemaco. Cambiano i tempi cambia la figura di figlio, l’A. perciò li inquadra in uno spazio temporale ben definito. Il primo appare essere la figura esemplare fino alla fine degli anni settanta seguendo l’onda lunga della contestazione sessantottina; il figlio anti-Edipo che non vorrebbe essere in conflitto col padre perché vorrebbe essere radicalmente senza padre rappresenta una sottofigura del primo. Il figlio Narciso rappresenta l’epoca del riflusso degli anni ottanta, l’epoca di una felicità individuale senza legami con l’Altro, mentre il figlio-Edipo e l’anti-Edipo era caratterizzato da un conflitto generazionale sulla visione del mondo, il figlio Narciso rappresenta la confusione tra generazioni, l’assenza di conflitti. Il figlio-Telemaco è una nuova interpretazione del disagio adolescenziale della attuale generazione: egli sa essere figlio e sa compiere il viaggio più pericoloso per essere un erede. Egli ci mostra come si può essere figli senza rinunciare al proprio desiderio. Recalcati si cimenta nell’aggiornamento di uno dei pilastri fondanti della teoria freudiana quale quello del complesso edipico, che ha influenzato non solo la cultura psicoanalitica ma anche la letteratura e l’arte moderna e contemporanea. Sconvolge la granitica resistenza delle scuole di psicoterapia psicoanalitiche al cambiamento-adattamento, delle chiavi interpretative. In realtà è stata la scuola di pensiero di Jacques Lacan, alla quale Recalcati aderisce, che ha provato a disincagliare la teoria psicoanalitica dal dogma del complesso edipico. Questi, pur reputandosi il depositario dell’ortodossia freudiana, accoglie

la critica della teoria junghiana in riferimento al complesso edipico concepito come mero atto concretistico e quindi meramente e riduttivamente sessuale. Il complesso edipico viene qui inteso come la porta attraverso la quale il singolo individuo accede alla socialità e perciò al processo di umanizzazione progressiva. Quindi processo in divenire che si adatta meglio a spiegare una realtà intrapsichica influenzata dal cambiamento del ruolo sociale e culturale della figura paterna.

La collega Angela Piattelli, capo redattore della nostra rivista, mi chiedeva se non fosse il caso di recensire anche i films che hanno nella loro trama un richiamo alla psicologia e/o che possono dare spunti interpretativi secondo una chiave di pensiero psicologico. Non sono un cinefilo, l’ho rimandata ad altri colleghi che lo sono, ma nel suo testo Recalcati fornisce delle chiavi interpretative di numerosi films a sostegno della sua tesi, da *Palombella Rossa* e *Habemus Papa* di Nanni Moretti a *Billy Elliot* diretto da Stephen Daldry a *Salò* di Pasolini. Qui vorrei provare (nel mio piccolo) a recensire il romanzo di cui sopra ho accennato, *La famiglia Karnowski*, seguendo, appunto, la chiave interpretativa della tesi di Recalcati.

Israel è il fratello maggiore del premio Nobel Isaac B. Singer, il maestro dimenticato, come definito nella presentazione del risvolto di copertina. Il romanzo *La famiglia Karnowski* è la saga di una famiglia ebrea che si dipana lungo tre generazioni, narrata con grande acume artistico da I. Singer attraverso il profilo dei loro capostipiti e l’intreccio di relazioni con i loro figli. Quale migliore occasione, quindi, per leggerlo secondo l’ottica di un modello di complesso edipico in evoluzione con i tempi. La storia di questo romanzo si intreccia con la Storia del Novecento, il capostipite David rappresenta la figura emblematica del padre padrone, il suo ruolo genitoriale è esclusivamente votato ad indirizzare l’educazione del figlio secondo l’ortodossia della religione ebrea, ad indirizzare le scelte dei figli oltre che nel percorso scolastico universitario, anche nella sfera dei sentimenti e delle relazioni. Tutto questo nei piccoli ritagli

di tempo delle sue occupazioni lavorative, che consentono alla sua famiglia di mantenere un tenore di vita agiato, ma, soprattutto nei ritagli di tempo dedicati a quella che risulta essere la sua principale occupazione, quasi un'ossessione, rappresentata dagli studi religiosi e dai conseguenti infiniti ed estenuanti discussioni e confronti interpretativi della Torah con i vari rabbini polacchi. Il figlio Georg trascorre l'infanzia e l'adolescenza oppresso da questa figura paterna dominante, che la comprensione e la complicità della madre a stento riescono in qualche modo a stemperare. È verso la fine dell'adolescenza che egli rivela la sua identità di *figlio-Edipo* quando trova il coraggio e la forza di ribellarsi alla volontà paterna di intraprendere lo studio della Torah per diventare rabbino, prima manifestando l'intenzione di intraprendere gli studi universitari di medicina, poi, quando il padre che *come tutti gli ebrei teneva in alta considerazione la medicina, e pensava fosse un mestiere degno di un ragazzo di buona famiglia. Inoltre sapeva che molti personaggi importanti, da Maimoide ad altri grandi d'Israele, avevano praticato quella scienza* accoglie la sua richiesta, frequenta l'Università senza mai presentarsi agli esami. Solo quando il padre muore il *figlio-Edipo* inizia veramente la carriera universitaria laureandosi a pieni voti. Georg sposa una donna *gentile* in Germania, dove il padre aveva trasferito la famiglia per essere più vicino agli ambienti colti della comunità ebraica berlinese. E a sua volta diventa padre. Padre di Jegor. Questi rifiuta la sua appartenenza al ceppo ebraico della sua famiglia ma viene fatto oggetto delle peggiori angherie da parte dei compagni e degli insegnanti tedeschi di razza ariana che frequentano le scuole naziste, non potendo egli vantare la purezza del suo sangue. Ma anche il disprezzo degli ebrei che lo sentono complice dei nazisti. Georg vive l'ostilità del figlio con grande sofferenza e quando scopre i veri motivi dell'ostilità e la tragedia che Jegor sta vivendo, emigra negli Stati Uniti anche per sfuggire alle persecuzioni naziste. Porta con sé uno Jegor devastato che non riesce a trovare senso e identità nella società americana. Se ne va dalla casa paterna errando per le strade di

New York e di altre città trascinando con sé il peso della propria disperazione. Mentre per Georg la definizione che ovviamente lo identifica è quella di *figlio-Edipo* secondo la classificazione di Recalcati, per Jegor appare essere quella di *figlio-Anti Edipo* quella più rispondente: pur di non essere in conflitto con il padre – perchè vorrebbe essere radicalmente senza padre – si allontana da casa compiendo un percorso di autodistruzione e ritorna solo per compiere il gesto finale di questa autodistruzione sparandosi un colpo di pistola al torace sul pianerottolo dell'abitazione del padre. Struggente l'ultimo capitolo del romanzo, dove il padre riesce a salvare il figlio moribondo. Il padre salva il figlio-Edipo e salva se stesso. Lo stile di lieve ironia di Michele Serra ne *Gli sdraiati* fornisce la rappresentazione narrativa del saggio di Recalcati. Racconta in modo efficace le dinamiche relazionali tra un padre - nel pieno della sua crisi di ruolo - e il proprio figlio - tipico rappresentante dello stereotipo dell'adolescente dei giorni nostri. Il filo conduttore di questo racconto breve è costituito dallo sforzo di questo padre – *radicalmente umanizzato, vulnerabile e incapace di dire qual è il senso ultimo della vita* come descritto da Recalcati - di fornire al figlio la *testimonianza della propria vita* e quindi la possibilità di senso della vita. La testimonianza di vita di questo padre è qui rappresentata dal tentativo di coinvolgere il figlio nella scalata di un colle, impresa alla quale egli stesso era stato avviato dal proprio padre. Questa impresa non è altro che la rappresentazione metaforica del *suo* senso della vita: obiettivi (la cima); organizzazione, sacrificio, disciplina, fatica e sofferenza (la scalata) per perseguirli. Pur utilizzando esilaranti promesse nel tentativo di coinvolgerlo, l'impresa appare vana. Il narcisismo autistico del figlio appare totale: le sue funzioni cognitive sono totalmente impegnate dall'utilizzo contemporaneo di tutti e cinque i canali sensoriali: annusa il cibo prima di mangiarlo per verificarne la congruenza con il proprio gusto, mentre ascolta musica attraverso gli auricolari del suo Ipad, mentre pigia i tasti del computer, mentre guarda lo schermo,

mentre studia. Appare scoraggiante poter disciplinare il suo disordine fatto di calzini sporchi in giro per la stanza, tiretti e ante dell'armadio aperti riempiti alla rinfusa di indumenti. Il finale è sorprendente: nel tentativo di fornire al figlio la *testimonianza della propria vita* il padre ha manifestato la sua identità umanizzata e vulnerabile. Il figlio, a dispetto delle premesse, raggiunge prima e senza apparente difficoltà l'obiettivo (la cima) e, dopo essere stato costretto ad aiutare il padre in difficoltà, sembra dire "tutto qui???". Proseguendo nella classificazione di Recalcati, in questo romanzo breve di Serra si può cogliere l'evoluzione scenica del complesso edipico. Il figlio che prima di rendersi partecipe alla testimonianza di senso del padre, rappresentata dalla scalata del colle, si poteva definire, in riferimento alla sua chiusura sensoriale di stampo autistico, *figlio-Narciso*, si evolve nella figura di *figlio-Telemaco* quando soccorre e salva il padre. Qui, a differenza di Georg e Jegor, il figlio-Edipo salva il padre e salva se stesso. Vorrei in ultimo segnalare il saggio che il nostro collega Amedeo Pingitore ha dedicato alla figura di Giorgio Gaber. *L'urlo di Gaber Psicologia di un*

artista - L. Pellegrini Editore, è appunto il titolo. È un saggio più che una bibliografia, perché il collega Pingitore, dimostrando una erudizione fuori dal comune (necessario complemento alla figura dello Psicologo come ho scritto in uno dei precedenti articoli di questa rivista), si cimenta in una analisi psicologica ed esistenziale del personaggio prendendo spunto e concatenando le numerose biografie. L'autore ci restituisce un quadro dell'uomo Gaber, del signor G., che risulta molto più complesso e profondo aggiungendo il punto di vista dello Psicologo-Analista al panorama già vasto degli scritti sul personaggio. Invito a leggerlo non solo a coloro che non conoscono bene la figura del personaggio perché vale la pena conoscere un artista che ha dato il suo contributo in modo così significativo alla cultura e all'arte di questo paese, ma anche a coloro che lo conoscono, perché oltre ad aggiungere particolari utili sulla vita e sulle opere di Gaber, troveranno nel lavoro del collega una traccia dello stile della ricerca biografica utile anche alla attività clinica dello Psicologo.

Indirizzo per la corrispondenza

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

http://www.psicologicalabdia.it/

HOME ORDINE SEGRETERIA MODULISTICA NORMATIVE ALBO ONLINE NEO ISCRITTI



In Evidenza

ULTIMA NEWS Inserirà il giorno 15/10/2014

ELENCO PARTECIPANTI SEMINARIO 21-22 OTTOBRE 2014

E' stato inserito in Corsi e Convegni organizzati dall'Ordine

L' ELENCO DEI PARTECIPANTI aggiornato a tutt'oggi del seminario del 21-22 ottobre 2014

News inserita il giorno 14/10/2014

EVENTO FORMATIVO 11-12 NOVEMBRE 2014

L'Ordine degli Psicologi della Regione Calabria segnala a tutti gli iscritti un evento formativo organizzato dall'Ordine:

"Psicologia per il Lavoro: dalla Formazione alla Sicurezza" che si terrà alla Sala Convegni Grand Hotel Lamezia - LAMEZIA TERME 11 e 12 NOVEMBRE 2014

Le iscrizioni si intendono perfezionate al ricevimento della scheda di iscrizione che dovrà pervenire per fax al n° 0961-726709 o via email: formazione@psicologicalabdia.it entro il 07-11-2014

Il Seminario è accreditato ECM 17 crediti

Per scaricare il programma si rimanda alla sezione "Corsi e Convegni"

News inserita il giorno 23/09/2014

EVENTO FORMATIVO 21-22 OTTOBRE 2014

L'Ordine degli Psicologi della Regione Calabria segnala a tutti gli iscritti un evento formativo organizzato dall'Ordine:

Area Riservata

Utente:

Password:

Registrazione

Password dimenticata

Corsi e Convegni

Organizzati dall'Ordine

Altri Convegni

Psicologi e Fisco

Descrizione del Servizio

Fisco Flash

Rivista Online

Tutte le riviste

PSICOLOGIA CALABRIA 2012

PSICOLOGIA CALABRIA 2013

CONVERSARE CON ISTITUZIONI IN ANALISI BEST PRACTICE RIFLESSIONI IN NETWORK

CONVERSARE CON PSICOLOGIA E FISCO PSICO PREVENZIONE EMORI E COPPIA BEST PRACTICE PSICOLOGIA NARRATIVA E PSICODIAGNOSTICA INTERCULTURALE

Psicologia Giuridica

Guida Pratica sulla CTU in tema di Separazione, Divorzio, Affidamento dei figli

Vai alla sezione Psicologia Giuridica

PEC POSTA CERTIFICATA Accedi alla tua casella di posta



ISSN 2280-8825

ANNO IV - N. 1-2

Giugno - Settembre 2014

RIVISTA SCIENTIFICO-DIVULGATIVA DELL'ORDINE DEGLI PSICOLOGI DELLA CALABRIA

CONVERSARE CON PSICOLOGIA NARRATIVA E PSICODIAGNOSTICA INTERCULTURALE A COLLOQUIO CON IL PROF. GIUSEPPE COSTANTINO

ETNOPSICHIATRIA UN DISPOSITIVO TERAPEUTICO PER UTENTI STRANIERI

PROFESSIONE ASSICURATA ASSICURAZIONE E RESPONSABILITÀ IMPEGNO ED OPPORTUNITÀ

RIFLESSIONI ALLO SPECCHIO DAL MITO DI EDIPO AL MITO DI ULISSE PER RINNOVARE IL DIALOGO E L'INCONTRO TRA IL PADRE E I FIGLI

postatarget creative

INDICE

- 3 **CONVERSARE CON**
Psicologia narrativa e psicodiagnostica interculturale
di ANGELA PIATTELLI
- 7 **INTERVENTI INTERCULTURALI**
Etnopsichiatria: un dispositivo terapeutico per la presa in carico di utenti stranieri
di SERENA PERONACE
- 13 **PROFESSIONE "ASSICURATA"**
Assicurazione e responsabilità, impegno ed opportunità
di FRANCESCO MEGNA
- 21 **BEST PRACTICE**
Commento al Protocollo di Cosenza
Linee guida nei casi di presunti abusi sessuali sui minori
di MARCO PINGITORE
- 27 **CASE REPORT**
Applicazione del modello psicoterapeutico umanistico esistenziale nel sistema penitenziario: gli elementi facilitanti del terapeuta e l'elaborazione dell'angoscia di morte in un ergastolano
di ANTONINO GUARNACCIA - ANTONIA SERGI
- 32 **PSICOPREVENZIONE**
Chi bene inizia
di SERAFINA MARIA LAVIGNA - MARIANGELA MARTIRANI
- 39 **RIFLESSIONI ALLO SPECCHIO**
Dal Mito di Edipo al Mito di Ulisse
inseguendo nuovi paradigmi nella costruzione dell'identità maschile e per rinnovare il dialogo e l'incontro tra il Padre e i Figli
di PASQUAL E MONTALTO
- 45 **RECENSIONI**
Padri e figli
di FRANCESCO LANDO