

Rivista di

# PSICOLOGIA INDIVIDUALE

Anno XXXII

Gennaio-Giugno 2004

Numero 55

Editoriale	<i>Le emozioni come "luogo" di incontro fra menti</i> di G. Ferrigno	
G. G. Rovera	<i>Iatrogenia e Malpratica in Psicoterapia</i> .....	7
S. Fassino et Alii	<i>Psicopatologia e famiglia</i> .....	51
G. Rota Surra	<i>Giudice-Psicologo: tribunali per minorenni nella bufera</i> .....	73
C. Ossola	<i>Il paradosso logico ed esistenziale nel pensiero psicotico</i> .....	85
Arte e cultura	<i>Stile di vita patologico e perversione sessuale attraverso la lettura del film "La pianista"</i> di C. Iorio .....	99
Recensioni	.....	107
Novità Editoriali	.....	109
Notiziario	.....	115

Spedizione in abbonamento postale art. 2 comma 20/c legge 662/96 - Filiale di Milano



SOCIETÀ ITALIANA DI PSICOLOGIA INDIVIDUALE

# RIVISTA DI PSICOLOGIA INDIVIDUALE

## Norme redazionali

1. La *Rivista di Psicologia Individuale* è l'organo ufficiale della SIPI e pubblica articoli originali. Le ricerche, oggetto degli articoli, devono attenersi alle disposizioni di legge vigenti in materia.

2. Gli articoli devono essere inviati alla Segreteria di Redazione in 3 copie dattiloscritte accompagnate da dischetto scritto con programma Word e registrato in Ascii; non devono essere stati accettati né in corso di accettazione presso altre Riviste italiane o estere.

3. L'accettazione dei lavori è di competenza della Direzione che ne darà tempestiva comunicazione agli Autori. In nessun caso sarà restituito il materiale inviato. Gli Autori non possono ritirare per nessun motivo, né offrire ad altri Editori l'articolo già accolto per la pubblicazione sulla Rivista.

4. Gli Autori degli articoli pubblicati nella Rivista hanno diritto a 5 copie gratuite; gli Autori di testi di vario genere (recensioni, etc.) hanno diritto a 2 copie gratuite.

5. Il testo deve essere così redatto: titolo; nome e cognome degli Autori; riassunto in italiano e in inglese, contenuto in 150-200 parole, con il titolo tradotto all'inizio; testo completo in lingua italiana.

In allegato indicare: la qualifica professionale degli Autori, il recapito postale e telefonico, il numero di codice fiscale.

6. Gli articoli pubblicati sono di proprietà letteraria dell'Editore, che può autorizzarne la riproduzione parziale o totale.

7. La bibliografia a fine articolo deve essere redatta secondo norme standard, di cui indichiamo alcuni esempi:

7. 1. Riviste:

ADLER, A. (1908), *Der Aggressionstrieb im Leben und in der Neurose*, *Fortschr. Med.*, 26: 577-584.

7. 2. Comunicazioni a Congressi:

PAGANI, P. L. (1988), "Finalità palesi e occulte dell'aggressività xenofoba", *IV Congr. Naz. SIPI*, Abano Terme.

7. 3. Libri citati in edizione originale:

PARENTI, F. (1983), *La Psicologia Individuale dopo Adler*, Astrolabio, Roma.

7. 4. Libri tradotti (dell'edizione originale indicare sempre l'anno e il titolo):

ELLENBERGER, H. F. (1970), *The Discovery of the Unconscious*, tr. it. *La scoperta dell'inconscio*, Boringhieri, Torino 1976.

7. 5. Capitolo di un libro (specificare sempre le date se diverse tra la prima pubblicazione del capitolo-articolo e la prima pubblicazione del libro):

ROSENHAN, D. L. (1973), Essere sani in posti insani, in WATZLAWICK, P. (a cura di, 1981), *Die erfundene Wirklichkeit*, tr. it. *La realtà inventata*, Feltrinelli, Milano 1988: 105-127.

7. 6. La bibliografia va numerata, messa in ordine alfabetico per Autore e in ordine cronologico in caso di più pubblicazioni dello stesso Autore. Nel testo i riferimenti bibliografici "generici" vanno indicati in parentesi quadra con il numero di bibliografia, mentre le citazioni specifiche vanno indicate in parentesi tonda con il numero di bibliografia e la pagina.

8. La Redazione si riserva di apportare al testo tutte le modifiche ritenute necessarie.

Copyright © 2004 by SIPI

La proprietà dei testi è della *Rivista*: è vietata la riproduzione anche parziale senza il consenso della Direzione.

Autorizzazione del Tribunale di Milano n. 378 dell'11-10-1972

## Direttore Responsabile

PIER LUIGI PAGANI

## Vice Direttore

GIAN GIACOMO ROVERA

## Caporedattore

GIUSEPPE FERRIGNO

## Redazione

CHIARA BERSELLI

PAOLO COPPI

GIULIA MANZOTTI

EGIDIO ERNESTO MARASCO

MARIA BEATRICE PAGANI

SILVANA TINTORI

CRISTINA VOLPE

## Segretario di Redazione

EGIDIO ERNESTO MARASCO

## Comitato Scientifico

I DIDATTI DELLA SOCIETÀ ITALIANA  
DI PSICOLOGIA INDIVIDUALE

## Direzione

Via Giasone del Maino, 19/A

I-20146 Milano

Tel./Fax 02-4985505 - Fax 02-6705365

E-mail:

ferrigno.giuseppe@fastwebnet.it

## Sede legale

c/o Società Italiana di  
Psicologia Individuale  
Corso Einaudi, 28  
10129 Torino

Stampa: Cop. Liberty s.n.c.

Via Palermo, 15 - 20121 Milano

# PSICOLOGIA INDIVIDUALE

Year XXXII

January-June 2004

Number 55

## CONTENTS

Editorial	<i>Emotions as Meeting "Place" for Minds</i> by G. Ferrigno	
G. G. Rovera	<i>Iatrogeny and Malpractice in Psychotherapy</i> .....	7
S. Fassino et Alii	<i>Psychopathology and Family</i> .....	51
G. Rota Surra	<i>Judge-Psychologist: Juvenile Courts in a Storm of Controversy</i> .....	73
C. Ossola	<i>Logical and Existential Paradox in Psychotic Thought</i> .....	85
Art and Culture	<i>The Pathological Life-Style and the Sexual Perversion Through the Reading of "La pianiste"</i> by C. Iorio .....	99
Reviews	.....	107
Editorial News	.....	109
Announcements	.....	115



## Editoriale

### Le emozioni come “luogo” d’incontro fra menti

Alfred Adler, *introducendo nel suo sistema teorico termini apparentemente innocui come “inferiorità, superiorità, aggressività”, avvalorava gradatamente nuclei concettuali edificati sulla relazione, ergendosi ad antesignano del modello socioculturale, bipersonale della psicologia del profondo. I lemmi “inferiorità”, “superiorità”, “aggressività”, infatti, se analizzati nel loro etimo latino, indicano, rispettivamente, comparazione i primi due e “avvicinamento verso”, “lo star l’uno di fronte all’altro”, il terzo. Adler, per di più, attraverso il riconoscimento di due istanze fondamentali, la volontà di potenza e il sentimento sociale, continua il suo percorso d’allontanamento dalla base pulsionale freudiana: «Si ripropone la vecchia differenza fra soggetto e oggetto. Nessuno vuole essere oggetto. [...] Si risveglierebbe il lupo nell’uomo [...]. Chiunque abbia sperimentato l’ingiuria dell’ebbrezza del potere, sia che si tratti d’individui che di popoli, “afferra in alto le stelle eterne” e si rammenta dell’onnipotenza dei sentimenti umanitari. A essi, che costituiscono nella loro verità eterna l’istanza più alta, si rivolge l’appello più forte»\* (pp. 11-12).*

*Il termine “inferiorità”, inoltre, è strettamente intrecciato a quello di “sentimento”: sentimento d’inferiorità. Alfred Adler col suo passaggio dal modello deterministico pulsionale a una psicologia fenomenologica delle finzioni, teleologicamente orientata, riconosce come area privilegiata di ricerca il rapporto dialettico fra stati emotivi e relazione: l’emozione dell’insicurezza non prolifica una zavorra inerziale, ma genera un dinamismo propulsore di sviluppo motivazionale verticale e trasversale che conduce alla possibilità di far incontrare e “dialogare” in modo intersoggettivo la propria mente con quella dei partner interattivi.*

\* ADLER, A. (1918), *Bolschewismus und Seelenkunde*, tr. it. *Bolscevismo e psicologia*, Riv. Psicol. Indiv., 47: 7-14.

L'emozione dell'insicurezza, che è sempre di natura relazionale, regna incontrastata in ogni individuo, in quanto essere finito e limitato nello spazio e nel tempo, dunque inferiore, gettato heideggeriamente nel mondo all'interno di una gabbia colma di dubbi e d'incertezze sul futuro, costantemente proteso verso la ricerca infinita di un significato da dare alla vita, circondato da recinti che lo "dividono" dall'Altro da Sé verso il quale non perde mai il "vizio assurdo" di lanciare ponti fenzionali di collegamento mentale. Adler aggiunge ne "La conoscenza dell'uomo": «Per gli organismi capaci di movimento, posti di fronte ai problemi del futuro, è indispensabile la funzione del prevedere. Tale fenomeno può essere definito con il termine di "compartecipazione". Nell'uomo, questa facoltà è ben sviluppata e si estende a tutti i settori della vita psichica. La necessità di prevedere si prospetta anche qui come esigenza primaria, perché se un individuo deve decidere quale atteggiamento tenere di fronte a un problema, dovrà anche prefigurarsi gli sviluppi della situazione contingente, ancora potenziale. Quando occorre impegnarsi per raggiungere un determinato obiettivo o al contrario per evitarlo, è possibile assumere una posizione efficace solo riunendo e ordinando ciò che si pensa e si prova sulla situazione non ancora vissuta. Già il parlare con qualcuno dà forma alla compartecipazione. Non si può, infatti, comprendere un individuo senza farsi partecipi della sua situazione [...]. È possibile trovare l'origine di questa funzione, che ci spinge a provare le stesse sensazioni di un'altra persona, solo ammettendo il carattere innato del senso sociale. È questo, infatti, un sentimento universale, uno specchio della solidarietà cosmica che alberga in noi, che non ci lascia mai del tutto e ci consente di avvertire in profondità quanto ci circonda»\* (pp. 65-66).

Senso sociale, sentimento sociale, bisogno di tenerezza, empatia: termini tipicamente adleriani che, ancora una volta innovativi ed eretici per l'epoca in cui sono stati da lui partoriti, ruotano intorno alla natura intersoggettiva dell'uomo. L'empatia, traduzione della parola tedesca "Einfühlung", indica il processo attraverso il quale un individuo, che è manifestazione di stati emotivi carichi di particolari finalità espressive, tende all'incontro con ciò che è Altro da Sé, per comprenderlo e capirlo in profondità. Allo stesso tempo, però, «Se non abbiamo di fronte un avversario, non possiamo certamente essere colti dall'ira»\* (p. 202). Alfred Adler sottolinea, così, non a caso, l'attitudine del soggetto a costruire una sorta di "cerchio magico", di "menzogna vitale", interponendo una certa "distanza emozionale" con multiformi sfumature, a seconda delle circostanze, nei vari movimenti d'avvicinamento, d'allontanamento o di separazione dal mondo, dalla realtà, dall'Altro da Sé così amato

\*ADLER, A. (1927), Menschenkenntnis, tr. it. La conoscenza dell'uomo nella Psicologia Individuale, Newton Compton, Roma 1994.

*e temuto a un tempo: gli stati emotivi, alla stessa stregua di un'altalena oscillante da un polo all'altro, possono tendere in modo funzionalmente difensivo a "separare", come l'ira, la tristezza, la nausea, la paura, l'angoscia, la gelosia, l'invidia, ma anche ad "unire" fra loro gli individui, come l'eros, l'amore nei confronti di un uomo o di una donna, la fratellanza, la compassione caritatevole verso gli esseri umani, la filia, la tenerezza fra amici, fra maestro e discepolo, fra genitori e figli e tra figli e genitori.*

*Dunque, è principalmente attraverso le emozioni, nostre e altrui, come sottolinea adlerianamente Eugenio Borgna\*, che entriamo in contatto con gli Altri da Noi. Se ci avviciniamo alle emozioni servendoci della ragione, del calcolo, non ci è consentito conoscerle in profondità né giungere a un contatto, a una risonanza autenticamente umana. Senza empatia, infatti, senza la capacità di cogliere e penetrare il sentire o il patire altrui non è possibile vera comunicazione, né autentico incontro, scambio, dialogo, comprensione. Così come non si curano le ferite dell'animo malato esclusivamente con la farmacologia senza coinvolgimento affettivo da parte del terapeuta, senza comprensione emozionale, pietas, dialogo incessante e soprattutto senza inesauribile disponibilità all'ascolto, in quanto occorre calarsi nell'individuo prima che nel paziente. Se desideriamo metterci in contatto con qualcuno o qualcosa, è indispensabile portarci fuori dalla gabbia dorata del nostro egoismo. «Amo qualcuno, odio qualcuno, ho simpatia per questa persona o per quell'altra: un sentimento implica necessariamente un uscire da noi stessi per cercare di cogliere quello che le altre persone sono nella loro realtà più profonda e nelle loro emozioni. Solo se la ragione diventa passione, diceva Leopardi, è possibile una conoscenza profonda e radicale degli altri e di noi stessi. [...] Per instaurare una relazione con chi vive un'esperienza psicotica di lacerazione assoluta, la partecipazione emotiva è una condizione indispensabile. Se un paziente che soffre sente nel medico solo la saggezza dello scienziato, si chiude in se stesso, finendo per distruggersi o per distruggere».\*\**

*Passando dai principi epistemici caratterizzanti il modello adleriano alla pratica clinica e, in particolare, alla costruzione del setting individualpsicologico, constatiamo come un trattamento psicoterapeutico non possa essere considerato una semplice esperienza intellettuale. Esso costituisce un evento "ontologico" costruito sulla sfera emozionale, che coinvolge "due persone" in un itinerario comune che influisce sul vissuto sia del terapeuta che del paziente. Il terapeuta adleriano, attraverso il processo d'incoraggiamento empatico*

\* BORGNA, E. (2001), L'arcipelago delle emozioni, Feltrinelli, Milano.

\*\* BORGNA, E. (2002), L'Arena – Il giornale di Verona, Editoriale, 25 gennaio 2002.

*edificato sul contenimento, prova ad attribuire, e quindi a condividere, stati mentali quali intenzioni, emozioni, desideri, credenze, conoscenze, “dialogando” in modo intersoggettivo con la logica privata del paziente, che a sua volta corrompe, in un gioco reciproco di “risonanza”, di “penetranza”, di “contaminazione”, di “seduzione”, la logica privata del terapeuta: la coppia creativa costruisce, quindi, un incontro fra menti, una “logica comune” condivisa emozionalmente. L’empatia, che è la capacità di interagire con l’Altro da Sé “guardando con i suoi occhi, ascoltando con le sue orecchie e vibrando con il suo cuore sotto la spinta del sentimento sociale”, rappresenta “sempre e comunque” lo strumento di lavoro insostituibile in una psicoterapia adleriana. In questo senso, in un setting individualpsicologico ogni interpretazione non può non essere anche empatica.*

*Il “saper conversare”, utilizzando le emozioni come ponte d’incontro mentale col paziente, rappresenta, dunque, il primo passo del processo d’incoraggiamento.*

*Giuseppe Ferrigno*

## Iatrogenia e Malpratica in Psicoterapia

GIAN GIACOMO ROVERA

*Summary* – IATROGENY AND MALPRACTICE IN PSYCHOTHERAPY. Some issues about iatrogeny and malpractice in psychotherapy are examined. Their importance has grown in recent the years for several reasons including patients suffering from serious psychiatric disorders; the link with other clinical approaches (psychopharmacological, psychological and the rehabilitative); the increasing number of psychological techniques and settings, which may not be supported by evidence or may be clearly incongruent to psychopathological disorders (e.g. psychotherapy). It is necessary to halt psychotherapy malpractice through adequate prevention and continuous supervision. Such problems deal with the relation between iatrogenic symptoms and the ethics of professional deontology and liability.

*Keywords:* IATROGENY, MALPRACTICE, DEONTOLOGY

### *Premessa*

La iatrogenia e la malpratica in psicoterapia sono evenienze frequenti, che ineriscono ad una numerosa serie di problemi tra i quali:

- la rivisitazione critica dei modelli teorico-pratici classici;
- il numero sempre crescente di soggetti che in vari contesti sanitari si giovano delle terapie psicologiche;
- l'utilizzo delle psicoterapie in culture diverse;
- la proliferazione di "nuove" psicoterapie con un dilagare di eclettismi metodologici e pratici.

Data la complessità dell'argomento sembra utile proporre una *sinopsi* orientativa (Tabella 1).



TABELLA 1

SINOPSI
I) <i>Introduzione.</i>
II) <i>Configurazione terminologica e concettuale.</i> Aspetti dei disturbi iatrogeni (D. I.) e delle malpratiche (M. P.).
III) <i>Entità, Radici e Forme della fenomenica:</i> Inadeguatezza dei dati epidemiologici. Aspetti sociali, politici e culturali. Tematiche insite nella teoria e nella pratica della Psicologia Individuale.
IV) <i>Valutazione complessiva.</i> Correlazione ai “disturbi iatrogeni” ed alla “malpratica”; A) Diagnosi; B) Prognosi; C) Piano di trattamento. Indicatori di previsione.
V) <i>Iatrogenia e malpratica connesse ai trattamenti.</i> A) Aspetti generali; B) Atteggiamenti del paziente di fronte alle terapie; C) Problematiche del terapeuta - Contrasti culturali, Sfruttamenti, Misusi anche sessuali.
VI) <i>La responsabilità professionale.</i> A) Responsabilità legale; B) Figure professionali; C) Complessità della Relazione Terapeutica. Esemplicazioni.
VII) <i>Tipi di Prevenzione e d’Intervento.</i> A) Premesse; B) Prevenzione primaria, secondaria, terziaria, quaternaria; C) Commenti.
VIII) <i>Considerazioni critiche.</i>

### I. *Introduzione*

Le psicoterapie, specie quelle con teorie e metodiche strutturate e collaudate dalle esperienze cliniche, recepiscono il dibattito posto dalla psiconeurobiologia, dal transculturalismo, dalla medicina e dalla psicologia basate sulle evidenze: da qui emerge l'esigenza della ricerca, attraverso la rielaborazione delle metodologie e delle pratiche psicoterapeutiche. Ciò permette anche confronti fra i dati clinici, i

fattori terapeutici, gli obiettivi ed i risultati nell'ambito dell'associazione con psicofarmaci, grazie all'utilizzo degli strumenti psicoterapeutici in diverse tipologie di pazienti e di *setting*. Queste tematiche sono evidenti specie nelle psicoterapie ad orientamento dinamico, ove è più difficile standardizzare i dati ed effettuare studi di processo e d'esito, in una società globalizzata e multiculturale, in continua trasformazione.

La rapida diffusione di modelli alimenta, infatti, una miriade d'indirizzi psicoterapeutici [92] che spesso ingenerano confusività e favoriscono eclettismi e pseudo-integrazioni teorico-pratiche [79]. Basti ricordare le "new-psychotherapies", la "psychotherapy-cult" [112, 115] e le nuove "psicotecnologie" [61, 72].

In base al "parametro culturale" si possono, inoltre, distinguere [13, 135]:

- a) Le terapie *influenzate dalla cultura*, che consistono in attività, cerimonie religiose, esercizi di guarigione, i cui poteri curativi sono legati alla sfera del "naturale", dello "spirituale" e talora anche del "soprannaturale". Spesso le tecniche poggiano su basi ipnotico/suggestive, sulla mediazione spiritica, su talune forme di *trance*, sino alle cosiddette "psicoterapie folkloriche" praticate dal "medicines man indigeno" [48].
- b) Le terapie *correlate alla cultura* che sono distinte a loro volta in:
  - *psicoterapie uniche*: somatiche, del rilassamento (come lo yoga ed il training autogeno); del riposo; del riaggiustamento situazionale; dei gruppi di autoaiuto; delle tecniche del giapponese Morita, etc.;
  - *psicoterapie classiche*: riconosciute ufficialmente dalle culture occidentali. Tra queste si ricordano le psicoterapie ad orientamento dinamico (Psicoanalisi, Psicologia Individuale, Psicologia Analitica); le psicoterapie centrate sul cliente; le terapie comportamentiste e cognitiviste; le psicoterapie relazionali (di coppia, di famiglia, di gruppo), etc.
- c) Le "new-psychotherapies" e la "psychotherapy-cult" (*neo-tribalismo*) che utilizzano la psicoterapia in modo sincretistico *trasversalmente alla cultura* ed in genere sono causa di malpratiche e di danni iatrogeni seri [44, 112] (Paragrafo VIII).

Le frequenti articolazioni fra sottotecniche e fra terapeuti diversi spesso conducono ad una sorta d'eclettismo clinico, tipo *cafeteria-style*, favorite dalle nuove complesse patologie e dagli interventi che si debbono effettuare negli ospedali, nelle comunità psichiatriche, nelle situazioni di crisi.

Mentre tuttavia nell'ambito delle culture "tradizionali" [48, 77] (Paragrafo I a) le pratiche a sfondo psicoterapeutico fruiscono di guaritori, maghi, guru, etc., nei nostri contesti socio-culturali talune procedure a valenza psicoterapica "mesco-

late” alla cultura (Paragrafo I c) sono contrabbandate alla stregua di terapie psicologiche (corsi, master, gruppi di preghiera) atte a modificare comportamenti, ad incrementare *performance* od a risolvere problemi esistenziali.

Ciò porta a tassi elevati di *malpratica* e di *iatrogenia* nell’ambito delle relazioni professionali psicologiche. Sebbene queste *de iure* siano regolate in Italia dall’Art. 3 della legge 18 Febbraio 1989, non sempre *de facto* esse rispondono a criteri scientifici, deontologici e professionali corretti.

## II. Configurazione terminologica e concettuale

Questo contributo si riferisce prioritariamente alle *psicoterapie analitiche* orientate verso il *modello teorico-pratico adleriano* [28, 83, 80, 108]. Il ventaglio degli interventi, non solo si può estendere al *counseling*, alla psicopedagogia correttiva, alla psicoriabilitazione, secondo un “modello di rete” [71, 108, 116], ma può essere attuato in contesti diversi (ospedali, comunità, studi privati) con la frequente associazione di psicofarmaci.

Per *Disturbo Iatrogeno* (D. I.) s’intende, secondo una definizione generale, un effetto nocivo o indesiderato (*side-effect*) dovuto ad interventi medici e chirurgici, nonché alle psicoterapie.

Con *Malpratica* (M. P.) (*Malpractice*) o cattiva pratica, ci si riferisce a quegli atti, comportamenti ed atteggiamenti clinici che siano scorretti, impropri o inadeguati sul piano teorico, metodologico, deontologico e pratico, che investono altresì la responsabilità professionale.

I due termini riguardano territori non coincidenti, anche se spesso sono largamente embricati tra loro. Ad esempio, una terapia con farmaci neurolettici che provochi una sintomatologia extrapiramidale è un disturbo iatrogeno, in quanto induce effetti collaterali di un certo tipo, ma di per sé non è una malpratica, qualora costituisca un vantaggio clinico complessivo e sia correttamente somministrata in un individuo con disturbi psicotici.

Invece, alcuni tipi di sessuoterapia, ad esempio quelli attuati da Masters e Johnson [68] nelle “cliniche del sesso” di Saint Louis, intorno agli anni 1960/1970, sono stati da alcuni studiosi considerati non iatrogeni perché miglioravano disfunzioni sessuali specifiche (ad es. l’ejaculazione precoce), mentre gli stessi interventi erano ritenuti malpratiche perché “sfruttavano” i rapporti sessuali programmati fra operatori e pazienti.

Da alcuni decenni, sono utilizzate con maggiore frequenza le psicoterapie ad orientamento cognitivo-comportamentale [63] e quelle psicologico-dinamiche [62], giacché con le procedure che ne derivano si possono prendere in cura soggetti con quadri clinici complessi (Disturbi Psicotici, Personalità borderline, etc.), correlati o associati anche ad evenienze medico-chirurgiche [33, 108, 121].

Tali terapie, che coprono una vasta gamma di richieste, portano pure a variazioni delle teorie e delle tecniche, a revisioni delle tipologie degli interventi e dei *setting*, ad un maggior coinvolgimento del terapeuta [34], come ad esempio nelle psicoterapie d'urgenza e brevi [15, 25] od in quelle in cui la relazione psicologica di aiuto deve tener conto dei fattori inerenti alla cultura ed agli orientamenti dei valori [86, 135].

Per la complessità degli approcci possono emergere difficoltà nel giungere ad *assessment* diagnostici e ad interventi clinicamente corretti che utilizzino sottotecniche modificate ed il cui *modus operandi* sfugge spesso alle supervisioni. Ciò può favorire gli errori e le malpratiche psicoterapeutiche, provocando nel paziente danni iatrogeni, quali l'interruzione unilaterale della cura, l'aumento delle resistenze, l'aggravamento della sintomatologia psichica (Paragrafo VII).

### III. *Entità, Radici e Forme della fenomenica*

A tutt'oggi è molto difficile giungere ad elaborazioni di dati *epidemiologici attendibili* circa le fenomeniche iatrogene e le malpratiche psicoterapeutiche [58], legate alla diagnosi, alla prognosi ed al trattamento. E ciò non solo per il fatto che non vi sono *osservatori specifici* circa la presunta scientificità della psicoterapia in quanto la stessa è costantemente messa in discussione, ma anche in linea generale, perché le professioni sanitarie sono a *rischio sociale* per il loro margine d'errore. Nel nostro Paese, ad esempio, ogni medico, in una ventina d'anni d'attività, ha in media l'80% di probabilità di ricevere "avvisi di garanzia" e denunce penali, anche per sbagli non commessi (*Relazione all'Ass. Sanità della Reg. Piemonte*, gennaio 2004).

Le *cause* più frequenti di tali evenienze in psicoterapia sono da ricercare nell'inadeguata valutazione complessiva del quadro clinico, nella sottostima dei fattori biologici, negli errori di tecnica, nelle pratiche deontologicamente scorrette. Soprattutto vi sono difficoltà circa un corretto rapporto fra curanti e curati, in quanto, come noto, gli psicoterapeuti sono la "prima medicina" per i loro pazienti [11]. Non di rado si aggregano fattori economici, politici, sociali e culturali i quali ineriscono direttamente o indirettamente alla iatrogenesi ed alla malpratica [48, 58, 77, 110, 135].

In altri casi si pone il quesito sulla *liceità degli interventi* o sull'opportunità/dove-rosità di assumersi rischi di D. I. e/o di M. P., nel vasto ambito di differenti contesti sociali, istituzionali e culturali, rispetto a responsabilità professionali, etiche, deontologiche. Infatti, gli approcci clinici comportano sempre un *consenso informato validato* [104] (prima e durante lo stesso iter terapeutico) ed un *segreto professionale* anche su eventuali ricerche. Il che pone in luce come la *prevenzione dai rischi* valga tanto per i pazienti, quanto per gli operatori nei loro rispettivi status-ruoli (Paragrafo VII).

Le riflessioni, alcune già in precedenza ricordate, sono utili in generale a distinguere le *forme* della *iatrogenesi* e della *malpratica*. Si enumerano al proposito:

- *La iatrogenesi clinica*. La medicina moderna sarebbe un'epidemia e l'efficacia dei medici e degli psicologi clinici un'illusione; gli interventi sarebbero inutili, anzi dannosi di fronte a pazienti inermi.
- *La iatrogenesi sociale*. Si sarebbe giunti, oggi, attraverso una trasmissione politica delle malattie, alla medicalizzazione iatrogena della vita stessa, attraverso un monopolio medico generatore di un uso distorto del *Potere* [46]. Le cure sarebbero indipendenti dalle malattie in quanto dipenderebbero (nei Paesi industrializzati) da uno sbilanciamento sempre più elevato dell'acquisto di servizi sanitari in confronto al salario-tipo di un operaio. Ad esempio negli USA, tra il 1950 ed il 1971, l'indice dei prezzi è salito di circa il 74 per cento, mentre il costo dell'assistenza medica è aumentato del 330 per cento. Si assisterebbe quindi ad un bilancio "drogato", ad un'invasione delle industrie farmaceutiche, ad un imperialismo diagnostico.
- *La iatrogenesi culturale*. Secondo una tesi [38], la morte avrebbe preso il posto del sesso come principale tabù. Vi sarebbe una mercificazione della morte, una danza macabra in cui, come in tutti gli altri grandi rituali della società industriale, la pratica medica sarebbe una sorta di gioco [46] con relative produzione, povertà e pianificazione [45]. Il medico e tutti gli operatori sanitari sarebbero i rappresentanti del "corpo sociale" e avrebbero il compito doveroso di condurre procedure secondo le regole di un trattamento continuo "dalla culla alla bara" [14, 59].
- *La fabbricazione iatrogena* farebbe capo ad una ristrutturazione burocratica, in cui l'assistenza sanitaria emergerebbe quale una "religione mondiale", quasi un'eco-religione industriale, caricatura dell'antica "hybris", dovuta alla sconfinata presunzione prometeica della nostra epoca [111]. Per recuperare la salute non iatrogenicamente sarebbe necessario ritrovare la naturalità della gestione della salute, dell'intimità, della sessualità e della morte [46].

- Le *new-psychotherapies*, specie quelle che si rifanno alla *psychotherapy-cult* ed alle *psicoterapie post-moderne* [91], sono in genere dominate da aspetti esoterici e magico-stregoneschi. Esse costituirebbero l'epopea della iatrogenesi e della malpratica, immerse in una sorta di "settarismi" pseudoscientifici [44, 88]. Anche le *psicotech-therapies* utilizzando il *cyber-world* [61] creano una variazione radicale del setting, specie nell'ambito della relazione interpersonale [81].
- In *medicina e chirurgia ed anche in psichiatria* [92] molte sono le evenienze morbose che possono venire correlate ad effetti psichici (vedi la depressione o il *delirium*), il che presuppone una buona pratica clinica non solo per scienza, competenza, professionalità, etica e deontologia professionali, ma pure per l'"*humanitas*" che presuppone una relazione d'aiuto creativa [133], che si può identificare col sentimento sociale adleriano [80] e che non di rado si affievolisce con l'aumento delle "techne".
- Nelle *terapie associate*, interventi psicoterapeutici e pure di *counseling* [23, 47, 105] combinati con farmaci attivi, possono provocare negative *compliance* al trattamento, con l'emergere anche di sintomi psicorganici. Nella gran parte di questi casi non si tratta di malpratica (come già detto), in quanto la iatrogenesi va riferita al *side effect* del farmaco, nell'ottica di un maggior vantaggio clinico complessivo.
- Circa la *compliance* ed il *coping* si debbono considerare gli effetti *placebo e nocebo* [82] cioè le reazioni soggettive dell'individuo rispetto al vissuto ed alle risposte psico-biologiche nei confronti del farmaco assunto [25, 117].
- Si registrano infine *eclittismi teorici* e pure *eclittismi pratici* [79], con caratteristiche più ampie e dai confini meno netti, i quali spesso tra loro combinati [85] sono correlati ad una serie di malpratiche. Ci si riferisce all'ambito delle relazioni d'aiuto in generale, alle *psicoterapie integrate* [36] e ad altri interventi che presuppongono una non collaudata ed interdisciplinare articolazione fra terapeuti [71, 105], oppure all'utilizzo di tecniche commiste della cosiddetta medicina alternativa e/o tradizionale.

È opportuno, per quanto riguarda la *Psicologia Individuale Comparata*, sottolineare quali siano i *fattori* su cui si fondano il *processo terapeutico*, nonché le *vicissitudini del transfert* e, di conseguenza, quali possano essere taluni *precursori e/o indicatori di funzionamento* fra analisti e pazienti. Questi argomenti sono anche riconsiderati nei paragrafi successivi:

*Fattori aspecifici* - Differenza d'età, di sesso; difficoltà d'immedesimazione, anche culturale, pregiudizi ideologici, diversi orientamenti di valori; angosce da parte del terapeuta legate alla malattia del paziente.

*Fattori specifici* - Validità del modello teorico-pratico in rapporto a situazioni terapeutiche ed a contesti che variano in continuazione e che prevedono rielaborazioni e aggiornamenti in campo teorico-pratico e professionale (Paragrafo VII); teoria della tecnica; modalità improprie dell'interpretazione e della gestione dell'atteggiamento/controatteggiamento. Terapie di gruppo o di psicodramma, in cui gli stessi soggetti siano anche coinvolti in psicoterapia individuale. Vari tipi di collusione tra gli stessi terapeuti, e tra analista e analizzato.

*Fattori relativi alle vita privata e professionale* dello psicoterapeuta ed ai suoi stati emotivi, fisici ed esistenziali [41] che possono interagire iatrogenicamente nelle relazioni interpersonali (Paragrafi V, VI, VII).

*Fattori speciali* - Talune richieste inappropriate dei pazienti, in parte dovute all'ampliamento delle indicazioni della psicoterapia [33], spesso influiscono sulla qualità e quantità di presenza, favorendo un'intensa relazione di attaccamento [16] e di dipendenza regressiva. Da qui possono emergere resistenze e controresistenze circa un corretto intervento psicoterapeutico [93, 109]. Particolari *evenienze morbose iatropatologiche* [22] possono esitare in errori di tecnica, tra cui il "timing" e la profondità dell'interpretazione [92].

*Fattori di Formazione* - Insufficienti tirocini clinici ed emotivi, di supervisione, di confronto e pure di discussioni "in progress" (Paragrafo VIII) possono emergere sia all'inizio delle terapie che durante il percorso della cura.

#### IV. Valutazione complessiva

##### A) Diagnosi

Le *iatrogenesi* e le *malpratiche* possono già realizzarsi nell'ambito dell'*assessment* clinico quale anticipazione del trattamento psicoterapeutico stesso; per una *valutazione diagnostica* è opportuno un approccio articolato: categoriale, dimensionale, psicostrutturale, socioculturale ed interpersonale [103]. La diagnosi dipende, infatti, non solo da un incasellamento categoriale (DSM) unito all'approccio dimensionale, ma pure da una corretta e dinamica attribuzione di senso al sintomo psicopatologico, in relazione alla personalità del paziente, ai suoi vissuti, alla cultura di appartenenza ed al contesto relazionale.

L'individuo, tramite i sintomi, tende a segnalare il proprio disagio ed a raggiungere alcune compensazioni, le quali possono rivelarsi come *mete fittizie*, con successive frustrazioni, che rafforzano le difese e gli stessi traguardi illusori. Anche le reazioni a componente somatopsichica, riferibili a patologie pre-

valentemente d'ordine bio-medico-chirurgico, segnalano spesso un tentativo o di enfaticizzazione finalistica del *linguaggio degli organi* [3] o di un inconscio mascheramento che interrompe il piano di vita della persona o addirittura ne inficia il progetto esistenziale [126, 127].

La diagnosi non solo conferisce una collocazione nosografica del disturbo (aspetti nomotetici e tassonomici), ma anche coglie e colloca il senso individuale della sintomatologia (aspetto idiografico) correlato all'adleriano "finalismo morbido" [124].

Una valutazione non corretta ed incompleta può provocare *resistenze* [109] con successivi effetti iatrogeni, che interferiscono sulla strategia terapeutica. L'*assessment* diagnostico richiede al terapeuta tempo, attitudine all'ascolto e competenze adeguate; non di rado la *raccolta anamnestica* può avere un effetto terapeutico [24], innescando precocemente un *processo di incoraggiamento* [23, 95].

Singole procedure specifiche che concorrano alla diagnosi complessiva, quali la Risonanza Magnetica, la TAC, etc., nonché la somministrazione di Test Psicologici, devono essere utilizzate correttamente, anche per escludere seri quadri psicopatologici e/o disturbi psicorganici.

Inopportuni commenti diagnostici possono radicalizzare il "biologico", lo "psicologico" ed il "sociale", il che potrebbe rientrare in una *malpratica metodologica*, dovuta a frette, approssimazione od a pregiudizi riduzionistici. Sono da considerare malpratiche (M. P.) non solo gli *errori di valutazione*, ma pure quelli di *astensione diagnostica*. Non è infrequente che il paziente possa essere avviato ad un trattamento psicologico vero e proprio (strutturato, breve, di appoggio, etc.), senza che prima sia stato effettuato un completo *assessment*.

## B) *Prognosi*

Connessi ai problemi della diagnosi vi sono quelli della *prognosi* che devono tenere presente il rapporto tra *soglia e vulnerabilità individuale*. La prognosi condiziona il tipo di intervento psicoterapeutico, articolato o meno con psicofarmaci, che deve comunque utilizzare la *rete terapeutica* [110].

Per alcuni soggetti, considerati gli aspetti psico-dinamico-strutturali, il sintomo manifestamente esplicitato, rappresenta il compromesso meno svantaggioso. Smascherare o interpretare troppo precocemente talune finzioni o resistenze ed ancor più "andare prematuramente contro le difese", anche nel commentare gli esami diagnostici o nella "restituzione" del Rorschach, di un WAIS, oppure del Test di Cloninger (TCI), può costituire una sorta di mal-



pratica, se non si è consapevoli del tipo di recettività del paziente, nell'*hic et nunc*.

C) *Piano di trattamento. Indicatori di previsione*

I criteri di *esclusione e di inclusione* richiedono una particolare attenzione verso taluni *indicatori negativi e positivi di approccio diagnostico/prognostico*, rispetto al contesto personologico, relazionale e culturale, da parte del paziente, anche *versus* il terapeuta (Tabella 2A). Da parte di questi possono essere attivati a loro volta indicatori negativi o positivi *versus* il paziente (Tabella 2B) dovuti anche a problematiche personali più o meno latenti. Tali indicatori (Tabella 2A + Tabella 2B), già in fase diagnostico-prognostica, segnalano difficoltà che potrebbero diventare malpratiche (Prevenzione Primaria) (Paragrafo VII B) rispetto ad una futura alleanza di lavoro, inducendo ad una serie di resistenze circa la presa in carico (Paragrafo VII).

Peraltro, come in precedenza accennato, *tacere la diagnosi* clinica ad una persona che “dovrebbe curarsi” anche farmacologicamente (ad esempio per una depressione maggiore), può essere una iatrogenia ed una malpratica che inerisce alla *decisione clinica*: la qual cosa si propaga negativamente ad altre procedure che devono essere concordate con il paziente (il *focus* della terapia, i tempi, la frequenza, la spesa economica, le eventuali interferenze dei familiari, etc.) e che devono rientrare in un *progetto terapeutico* [110].

TABELLA 2A

<b>INDICATORI NELL'APPROCCIO DIAGNOSTICO/PROGNOSTICO DA PARTE DEL PAZIENTE</b> (costituiscono pure strumenti di prevenzione primaria e di valutazione di compliance e di coping – Paragrafo VII)	
<p><b>A1) Indicatori negativi</b></p> <p><i>Aspetti comportamentali espliciti</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- rifiuto delle cure psicologiche (anche se ritenute utili)</li> <li>- ridotta indipendenza individuale complessiva (psichica, fisica, economica, sociale)</li> <li>- compromissione di talune performance: comportamentali, cognitive, emotive, interpersonali</li> <li>- richieste stravaganti o eccessivamente eccentriche (in rapporto alle concrete proposte dello psicoterapeuta)</li> </ul> <p><i>Aspetti psicologici talora mascherati</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- preoccupazione esagerata nell'intraprendere un percorso psicoterapeutico → pessimismo</li> <li>- paura eccessiva di mettersi in crisi → condotte di evitamento ripetute, nei primi approcci</li> <li>- timore che la cura sia troppo onerosa</li> <li>- esigenze rispetto ai probabili risultati</li> <li>- meticolosità eccessiva anche nelle richieste allo specialista</li> <li>- segnalazioni di notevole affaticabilità di fronte ai colloqui</li> <li>- perplessità marcata circa il programma psicoterapeutico</li> <li>- propensione all'ipercriticismo e alla colpevolizzazione propria o altrui</li> <li>- generico atteggiamento rivendicativo nei confronti della professione medica e psicologica con squalifica pregiudiziale verso le psicoterapie</li> <li>- interventi analoghi a quello proposto, poi interrotti senza specifiche motivazioni</li> </ul> <p><i>Aspetti relazionali</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- genitori o coniuge scettici o contrari a che il coniugato intraprenda una psicoterapia</li> <li>- interferenze continue dei parenti</li> </ul> <p><i>Aspetti problematici</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- quadri clinici seri ad andamento somatizzante</li> <li>- inadeguatezza dei sistemi di compenso affettivo, lavorativo, sociale</li> <li>- dipendenze patologiche</li> <li>- remore culturali, religiose, ideologiche, lavorative, sociali</li> <li>- discussione protratta sul sistema dei pagamenti</li> </ul>	<p><b>A2) Indicatori positivi</b></p> <p><i>Aspetti comportamentali espliciti</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ricerca cooperativa e consapevole circa il proprio vantaggio terapeutico</li> <li>- determinazione nelle decisioni da prendere anche rispetto a eventuali varianti nel corso del trattamento</li> <li>- dialogo aperto e dinamicamente attivo circa le tematiche: costi-benefici, frequenza delle sedute, lunghezza del percorso terapeutico</li> </ul> <p><i>Aspetti psicologici talora non evidenti</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- riservatezza empatica</li> <li>- realismo pratico verso il disagio attuale, verso la possibilità di cure efficaci, verso l'opzione di terapie farmacologiche associate (coping positivo)</li> <li>- accoglimento delle compensazioni fornite dalle cure (compliance complessiva)</li> <li>- fiducia nello specialista su eventuali problematiche emergenti</li> </ul> <p><i>Aspetti relazionali</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- buona alleanza e disponibilità della famiglia o del coniuge</li> </ul> <p><i>Aree aperte a un dialogo costruttivo</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- richieste specifiche allo psicoterapeuta sulle tecniche, sulle risorse, sul tempo da impiegare e sui possibili risultati</li> <li>- richieste di chiarimenti sull'eventuale "focus" psicologico-clinico o psichiatrico prima del trattamento con possibilità di comunicare disagi, desideri, insoddisfazioni e perplessità</li> <li>- richiesta preliminare di suggerimenti in caso di difficoltà di comunicazioni corrette per concordare eventuali soluzioni</li> <li>- accettazione della distanza proposta e della scansione delle sedute</li> </ul> <p><i>Aspetti problematici</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- non clinicamente contrastanti anche in rapporto ai test, per una presa in carico psicoterapeutica a livello strutturale di "revisione dello stile di vita"</li> </ul>

TABELLA 2B

<b>INDICATORI NELL'APPROCCIO DIAGNOSTICO/PROGNOSTICO DA PARTE DELLO PSICOTERAPEUTA</b> (sono correlati alla <i>compliance</i> ed al <i>coping</i> del paziente – Paragrafo V – e ad un eventuale prevenzione primaria di malpratiche – Paragrafo VII)	
<b>B1) Indicatori negativi</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- non valutare sufficientemente i vari approcci diagnostici</li> <li>- accogliere pazienti in terapia strutturata per opportunità economica (del terapeuta), non concordando appieno sul sistema dei pagamenti, sulla frequenza delle sedute, etc.</li> <li>- rifiutare il passaggio ad un collega di un paziente, quando invece lo si ritiene utile</li> <li>- emergere di sentimenti di antipatia o di ansia verso il paziente</li> <li>- subire o non tenere in alcun conto gli elementi di critica da parte dei familiari del paziente</li> </ul>	<b>B2) Indicatori positivi</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- buona capacità clinica, diagnostica e prognostica</li> <li>- iniziale empatia ed accoglimento basato non su pregiudizi, ma su presupposti</li> <li>- appoggio eventuale a colleghi sia per una terapia articolata con psicofarmaci, sia eventualmente per un appoggio psicologico ai parenti del paziente</li> <li>- proposta di setting adeguato sia verso gli aspetti clinici, sia verso altri parametri situazionali</li> <li>- chiarezza dettagliata nell'accordo terapeutico, ivi comprese le ridefinizioni nel corso del trattamento</li> </ul>

#### V. Iatrogenia e malpratica connesse ai trattamenti

##### A) Aspetti generali

Qualora una diagnosi e una prognosi siano erronee od insufficienti, come riportato in precedenza, ne possono conseguire indicazioni al trattamento incomplete e un'attuazione impropria della strategia terapeutica (Paragrafo VII: B1, B2). Tra le molte "radici" eventualmente iatropatologiche connesse ad una psicoterapia di tipo adleriano, vi è inoltre l'uso, competente o meno, di un approccio che non rispetti i

Codici Deontologici o le regole Etiche e Professionali [56, 78, 132] ivi compresi taluni Articoli dello Statuto del Regolamento Societario della SIPI. Una delle situazioni più comuni di possibili “malpratiche” proviene dall’utilizzo non appropriato della metodica e dei percorsi psicoterapeutici da effettuare, a seconda della situazione psicopatologico-clinica, storica, motivazionale e prospettica del paziente.

Se è da definirsi come “mitica” la proposizione teorica secondo la quale ogni paziente avrebbe diritto di ricevere il miglior trattamento disponibile per la sua malattia [82], in psicoterapia tale affermazione potrebbe apparire quale una sorta di finzione e si dovrebbe ricodificarla piuttosto “come se” il paziente “dovesse avere il diritto a ricevere il miglior trattamento praticabile: il che coinciderebbe con un trattamento complessivamente percorribile in quel momento per lui”.

Ciò corrisponde *metodologicamente* all’*abito fatto su misura per ciascun individuo* suggerito dagli adleriani e si inserisce nell’ambito della Prevenzione Primaria e Secondaria (Paragrafo VII).

*Esempio 1 – Caso in supervisione.* Il quadro clinico del paziente, di anni 25, rientra in un *Disturbo Ossessivo-Compulsivo* (DOC). Il soggetto, reduce da una terapia cognitivo-comportamentale, è motivato, sufficientemente giovane ed acculturato e si può indicare una psicoterapia ad orientamento analitico con una frequenza iniziale di due sedute la settimana. Questo individuo per recarsi ai colloqui dovrebbe peraltro affrontare seri disagi economici, familiari e professionali che destabilizzerebbero il sistema di compensazioni positive. Il vantaggio dell’analisi sarebbe assai diminuito od annullato dalle eventuali rinunce e frustrazioni negative, che il paziente dovrebbe sopportare a livello economico-lavorativo. Tali situazioni di vita potrebbero rendere paralizzanti non solo le difese psicologiche, ma aumenterebbero pure le resistenze alla terapia. Il soggetto potrebbe registrare un ulteriore collaudo negativo, aggravando il suo stato psicopatologico. In supervisione il didatta suggerisce (all’analista) di concordare (con l’analizzando) un trattamento con un solo colloquio settimanale onde evitare rischi anche generici di *malpratica metodologica*. Il paziente accetta la proposta del proprio psicoterapeuta e acconsente pure ad un trattamento farmacologico articolato. Dopo circa due anni di cura si registra un netto miglioramento sia sintomatico che strutturale.

La Psicologia Individuale rende disponibili tipi diversi di tecniche. La vasta gamma di trattamenti può riferirsi a interventi individuali, di gruppo, di chiarificazione, di tipo supportivo o intensivo, di psicoterapia breve o a fasi successive, di psicodramma, di *counseling*, di tipo psicopedagogico correttivo, etc. In taluni casi in cui la patologia è grave e ad andamento cronicizzante, vi può anche essere l’indicazione di programmi psico-socio-riabilitativi [108]. Ciò non significa che nell’ambito della *tavolozza terapeutica* si debbano mescolare tutti i colori, ma che gli stessi possano essere utilizzati armonicamente seguendo un piano del *quadro d’intervento*.

Bisogna sottolineare, inoltre, che mentre uno psicoterapeuta abilitato dovrebbe avere un ulteriore tirocinio analitico, da effettuare coi didatti preposti dagli Istituti di formazione, i percorsi più utili per il paziente non sempre devono raggiungere un livello intensivo-espressivo. Ed è proprio in tale contesto che le *interpretazioni* dovrebbero essere correlate alla consapevolezza dell'analizzare, per non attivare comunque agenti di malpratica [118].

Al proposito sembra opportuno riferirsi ancora ad alcuni *aspetti problematici o favorevoli della compliance e del coping* nelle psicoterapie, giacché la consapevolezza degli stessi può essere utilizzata nella prevenzione (primaria, secondaria ed anche terziaria) delle iatrogenie e malpratiche (Paragrafo IV, Tabelle 2A e 2B; Paragrafo VII B).

#### B) *Atteggiamenti del paziente di fronte alle terapie*

Le psicoterapie dinamiche sono oggi assai complesse ed articolate. Ad esempio, vi sono soggetti che effettuano contemporaneamente una cura con farmaci e che possono sia attuare un *doppio registro* con lo stesso terapeuta medico, sia stabilire un'articolazione fra il curante che prescrive i farmaci e lo psicoterapeuta (psichiatra o psicologo clinico anche non medico). In questo secondo caso se vi è un sinergismo positivo l'apporto è benefico; qualora invece vi sia un dissinergismo con squalifiche professionali dell'uno o dell'altro terapeuta, vi è malpratica, a livello clinico e deontologico. Si sottolineano i seguenti aspetti:

- a) *L'opzione farmacologica*, spesso utile quando non addirittura necessaria, deve correlarsi ad un'attribuzione del "significato del sintomo", se si vuol attenuare il rischio iatrogeno da "effetto nocebo". Anche il farmaco considerato inutile può essere di per sé negativo, o comunque può ingenerare resistenze. Una precipitosa o frettolosa prescrizione è addebitabile alle ansie del curante e spesso del curato, allo scopo di eliminare subito i sintomi, prima di comprenderne il significato. Vi sono peraltro certi psicoterapeuti, in genere non medici, che sono ipercritici verso le terapie psicofarmacologiche, o che riducono le prescrizioni specialistiche di colleghi, perché ritenute inutili o dannose. Ciò rientra spesso in una *malpratica deontologica* verso il collega ed in una *malpratica clinica* verso il paziente.
- b) *L'inadeguata informazione sui farmaci prescritti* è un altro problema importante. A tuttora non esistono sostanze potenzialmente prive d'effetti secondari indesiderati, anche perché la somministrazione di un composto inerte può indurre la comparsa d'effetti sia positivi (*placebo*) sia negativi (*nocebo*) (117). Questa fenomenica di per sé non comprova quanto siano consistenti le resistenze individuali al farmaco ed al cambiamento e quanto invece fattori psicogenetici siano sinergici con gli effetti collaterali di origine farmacologica. Non

vi sono sicuri indici predittivi circa l'opportunità, la quantità e la qualità di informazione da trasmettere al paziente sulla natura degli effetti collaterali che una determinata sostanza possa avere circa la recettività dell'individuo, a livello biochimico, nelle diverse tappe del metabolismo cellulare. Tuttavia si possono utilizzare a scopo preventivo i già citati *indicatori di compliance e di coping* (Paragrafo IV, Tabella 2A e 2B), oltreché le notizie circa una particolare reazione ad un farmaco, già in precedenza assunto dal paziente. Spesso si tratta di prevenire reazioni di evitamento verso gli psicofarmaci e di problematiche cliniche a terapia iniziata o protratta.

- c) Al fine di ottenere una corretta *adesione alla prescrizione farmacologica* è attribuita notevole importanza ai messaggi, veicolati al paziente dal terapeuta tramite il "canale psico-farmacologico". Questi concernono per esempio l'opinione che curante e curato hanno del tipo di sostanza prescritta e delle reali aspettative circa l'efficacia. Vi sono *fattori aspecifici* legati al farmaco "assunto in fantasia", in senso positivo o negativo. Da qui gli effetti placebo/nocebo comuni ai diversi farmaci, ai quali devono essere aggiunti *fattori psicologici specifici* per ogni tipo di sostanza. Ai fini dell'accettazione o del rifiuto di un farmaco, è assai diverso prescrivere un antinfiammatorio od un antidepressivo. Tutto ciò dovrebbe correlarsi al percorso psicoterapeutico a cui si attribuiscono valenze diverse, peraltro indicate nell'ambito in una strategia concordata. Un effetto terapeutico specifico di un farmaco può risentire, oltreché *della farmacocinetica e della farmacodinamica* legate alle proprietà chimiche della sostanza, anche di un effetto dovuto al *tipo di comunicazione*, spesso non verbale, col quale il curante ed il curato "investono" la sostanza nell'occasione della prescrizione, nei successivi aggiustamenti posologici e nel contesto generale della relazione terapeutica. Se non vi è un rifiuto generale alla medicalizzazione (ad esempio in soggetti che assumono solo sostanze omeopatiche) e quando non sia lo stesso psicoterapeuta medico, che ritenga clinicamente utile essere il prescrittore di farmaci, è importante realizzare un'*alleanza di lavoro* e non di conflitto, fra specialisti con ruolo diverso, in favore dei pazienti.

*L'articolazione a rete* in un approccio multiplo con farmacoterapia e psicoterapia, nei casi più complessi a due o più terapeuti, ad esempio con una *liaison in Ospedale Generale* [71, 110, 121], dovrebbe comunque essere sinergica, discussa col gruppo curante, concordata con l'individuo ed accolta dalla famiglia. In caso contrario si potrebbero produrre nel paziente dissonanze cognitive o resistenze emotive che alimenterebbero le sue difficoltà ed interferirebbero con la stessa relazione terapeutica.

Come prima sottolineato si dovrebbe non tanto valutare in assoluto la miglior combinazione degli interventi, quanto saper individuare il trattamento concretamente praticabile "per quel paziente in quella evenienza morbosa", valutando la base tem-

peramentale, la struttura della personalità, l'*evoluzione psicopatologica* [60], l'anamnesi, la situazione attuale (dell'attività lavorativa, relazionale, sentimentale, sociale, culturale), ed il sistema delle compensazioni. Occorrerebbe inoltre che l'analista adleriano, nell'ambito di un *controatteggiamento terapeutico* saggiasse gli *atteggiamenti* del paziente correlati alla sofferenza complessiva, alle aree di "soglia di vulnerabilità", alle resistenze [133] (Tabella 3). Una *strategia dell'incoraggiamento* appare, comunque, utile in tutti i contesti di cura [23, 95, 119].

TABELLA 3

A) ATTEGGIAMENTI DEI PAZIENTI CORRELATI AL DISAGIO COMPLESSIVO ED ALLE AREE DI VULNERABILITÀ		
B) CONTROATTEGGIAMENTI DEI TERAPEUTI		
A) PAZIENTI		B) TERAPEUTI
<b>Tratti personologici- comportamentali</b> →	<b>Atteggiamento del soggetto di fronte alle problematiche emergenti</b>	<b>Modalità di controatteggiamento nella relazione psicologica d'aiuto. L'incoraggiamento è una strategia che si può attuare in tutti i contesti</b>
Dipendenza regressiva → (riduzione della zona cuscinetto)	Esplicitazione delle richieste urgenti	Sostegno nella presa in carico Fornitura di presenza Psicoterapie brevi
Auto-disciplina →	Iper-controllo	Approccio "scientifico" e condivisione delle informazioni
Drammatizzazione →	Incostanza, irritabilità, aggressività	Approccio "professionale" tranquillizzante e contenimento delle emozioni
Timore della sofferenza →	Tendenza al rifiuto degli aiuti	Riconoscimento della sofferenza e della depressione senza inutili rassicurazioni
Sospettosità →	Diffidenza, querulomania	Accoglimento della sospettosità senza dis- cutere o negare le informazioni
Iperesigenza →	Pseudo-sicurezza di sé	Atteggiamento di "esperto" da parte del medico
Distanziamento rigido → (aumento della zona cuscinetto)	Ricerca di isolamento	Modulazione della distanza, cercando canali di comunicazione non ansiogeni. Testimoniare l'"alleanza"

### C) Problematiche del terapeuta

Oltre alle *dinamiche degli atteggiamenti/controatteggiamenti* (Tabella 3B) vi sono molte altre situazioni che slatentizzano, nelle relazioni terapeutiche, errori, aggressività, controresistenze, controipendenze, etc., le quali provengono prioritariamente dallo stesso psicoterapeuta [89].

- 1) Un certo numero di malpratiche derivano da problemi irrisolti che assumono talora la forma di *finzioni del terapeuta* nei confronti del paziente, ad esempio verso le cosiddette *quattro A* riguardanti: Amorosità, Amorevolezza, Amichevolezza e Analisi (rapporto di empatia: terapeuta-paziente). Tali movimenti emotivi non devono essere confusi in una psicoterapia analitica, specie se vi è un transfert altamente erotizzato. Sono l'*empatia* e la fornitura di *presenza* che devono essere armonizzate in funzione della relazione d'aiuto. Le dinamiche legate al *piacere* (filia/fobia) [96], la paura dei sensi, l'amorosità, un rapporto di tipo genitoriale dogmatico, etc., possono costituire fattori di malpratica o comunque di interventi terapeutici inopportuni (Paragrafo VII B).
- 2) Anche il *potere*, come volontà di potenza volta al prestigio personale da parte del terapeuta, può impregnare negativamente la relazione attraverso un *controllo del paziente*, atto a mantenere una rigida relazione tipo alto/basso (*up-down*), con possibili dipendenze regressive e collusioni iatrogene. Se non modulati da un autentico *sentimento sociale*, tali atteggiamenti di piacere e di potere verso il paziente non sottendono buone pratiche. Le tendenze all'appagamento ed all'onnipotenza, sembrano rilevabili più "per effectum", che non "per intentionem", e spesso sono inestricabilmente commiste. Anche in psicoterapia dovrebbe prevalere, nella relazione curante/curato, una disposizione benigna e cooperativa. Oltretutto alle *interpretazioni non corrette* [118] si possono attivare, nel corso del trattamento, delle *comunicazioni paradossali* [97] che si ripercuotono nel paziente con effetti iatrogeni sino a dissonanze cognitive od a dipendenze regressive simili a "tossicomanie d'oggetto" [64, 100]. In questi casi è opportuno avviare un autentico *processo di incoraggiamento* [67, 95, 119], ed instaurare un'alleanza creativa col deficit [124, 125] per poter superare certe situazioni di stallo: come si può verificare in alcuni handicap anche di tipo motorio o sensoriale-psicologico (specie nell'età evolutiva ed involutiva).
- 3) Il paziente nel "comunicare a modo suo" trasmette allo psicoterapeuta messaggi circa il proprio disagio, riferibili ad un "linguaggio privato". L'*interpretazione* deve essere correlata, quindi, non solo da parte dell'analista ai sintomi, ai sogni, alle fantasie, ma anche all'uso di "metafore vive" [110]. Di fronte a particolari *codici espressivi* che si riferiscono alle *sfere del simbolo* [111, 134], lo psicoterapeuta adleriano deve utilizzare vari parametri di "allestimento" che non devo-



no avere interferenze e ripercussioni negative circa l'*alleanza di lavoro* [40]. Qualora non si giungesse a un'*identificazione correttiva* [64], ciò potrebbe venire a costituire un percorso terapeutico assai incerto.

4) Sempre più di frequente alcune malpratiche possono correlarsi a *contrast* culturali. In alcuni casi si può parlare di disturbi iatrogeni, qualora le procedure terapeutiche siano esplicitamente contrarie agli Orientamenti Culturali, Religiosi e di Valori del paziente e slatentizzino conflitti profondi, oppure spostino sintomi verso disturbi psicosomatici [86, 135].

5) Vari *tipi di sfruttamento* possono ingenerare effetti indesiderati e talora devastanti. Tra i più rilevanti si citano quelli

- *Emotivi*: illeciti appagamenti psicologici, quali ad esempio l'induzione di un'analisi interminabile. Questa, tuttavia, deve differenziarsi da un supporto specialistico perdurante nel tempo in particolari pazienti cronici. Tali *psicoterapie d'accompagnamento* devono essere considerate *buone pratiche*.
- *Economici*: esosità negli onorari, accordi non chiari sui pagamenti, accettazione impropria di regali o di *benefit*; induzione al trattamento psicoterapeutico per "bisogno di lavorare e guadagnare" da parte del terapeuta [41].
- *Pseudo-scientifici*: utilizzo dei pazienti che sono sottoposti a protocolli di ricerca senza un preventivo consenso informato validato.
- *Afferenti a un Plagio*: taluni trattamenti possono essere considerati delle malpratiche sotto il profilo etico, quando essi sono effettuati al limite della legalità e della deontologia professionale. Si può giungere in questo caso alla circonvenzione di incapaci sino alla succubanza del paziente (ad esempio attraverso consigli e vantaggi nella gestione patrimoniale, etc.).
- *Inerenti a Rapporti affettivi e sessuali*: la relazione tra curante e curato, attivata dalle *vicissitudini transferali* [27, 28, 34], può condurre a relazioni affettivo-sessuali.

La letteratura statunitense segnala come i casi di *rapporti sessuali*, tra psicoterapeuta e paziente, costituiscano la *prima causa di malpratica* [53, 54]: ancora più frequenti degli errori di valutazione, di trattamento e di violazione del segreto professionale, essi vengono a costituire infrazione deontologica, errore tecnico e implicano pure giudizi di responsabilità [17, 87] (Paragrafo VI). Si sottolinea che nei medici in generale è importante distinguere sentimenti che esprimano empatia, con disponibilità a prendersi carico delle emozioni altrui, da comportamenti con intenzionalità amorosa e sessuale. Inoltre, in un elevato numero di casi, a

seguito di *molestie sessuali* o di richieste assillanti anche telefoniche (*Stalking*), da parte del terapeuta [20], le conseguenze possono ripercuotersi negativamente sull'equilibrio psichico del paziente, sino a comportamenti etero ed autolesivi.

Non è difficile ipotizzare che tali condotte, siano improprie sia nell'ambito del *setting* [31] sia al di fuori dello stesso, giacché modificano profondamente le dinamiche transferali/controtransferali.

Al di là della responsabilità colposa possono aprirsi per il terapeuta altri profili di responsabilità circa l'*abuso sessuale* e la *validità del consenso* del paziente. Il rapporto terapeuta-paziente è palesemente sbilanciato a favore del primo, tantoché si parla di *seduzione sul lettino*. È ipotizzabile il reato di *violenza sessuale*, non solamente quando il rapporto si concretizzi in seguito a molestie, minacce, violenza vera e propria, ma anche quando il terapeuta non sia in grado di fronteggiare una situazione interpersonale "sessualizzata", realizzando così una *collusione iatrogena* [107]. Inoltre, la violenza sessuale del terapeuta è presunta legalmente, in malati gravi, in soggetti in età evolutiva, in evenienze di sudditanza psicologica, etc.

Alcuni quadri clinici, come noto, possono manifestarsi quando il paziente, anche sotto forma di disinibizione sessuale (ad esempio nei disturbi ipomaniacali, schizofrenici, parafilici, etc.), presenti tentativi più o meno goffi e palesi di richieste sessuali [126, 127]. Il terapeuta, se non mantiene una corretta distanza e una comunicazione appropriata, compie una malpratica.

*In sintesi, sfruttamenti, misusi, rapporti sessuali tra terapeuti e pazienti* sono generalmente da considerare *malpratiche*, con presumibili conseguenze *iatrogenerne*. Nei casi limite in riferimento alla tipologia delle responsabilità dello psicoterapeuta, si possono avere severe sanzioni dagli Ordini Professionali e dalla Magistratura [31, 32, 42, 87] (Paragrafi VI e VII).

## VI. *La responsabilità professionale*

Lo psicoterapeuta (psicologo clinico, psichiatra, neuropsichiatra infantile) è chiamato sia ad osservare precise regole etico-deontologiche [78], sia a conoscere in modo approfondito quesiti riguardanti l'area forense [29, 93, 104, 131]. Entrambe le problematiche possono afferire alla iatrogenia/malpratica.

### A) *Responsabilità Legale*

Questa comprende non solo un generico obbligo del medico e dello psicologo di rispondere in sede civile e penale al danno cagionato al paziente per inosservan-

za dei Codici Deontologici, ma anche a doveri e diritti che hanno significati giuridici e connotazioni di natura etica generale. Rispetto alla *responsabilità legale* è necessario che sussistano alcune condizioni che possano configurare un comportamento colposo che derivi da una malpratica e che esiti in un errore tecnico ed in un danno iatrogeno (es. omissione di soccorso in emergente tentativo di suicidio) [17, 123]. Il problema si incentra sulla *qualità dell'errore* ed in tema di responsabilità si richiama l'attenzione sullo *status-ruolo* dello psicoterapeuta, che deve vincolare coloro che siano iscritti agli Elenchi speciali negli Albi Professionali degli Ordini dei Medici o degli Psicologi. Ciò fa obbligo allo specialista di adempiere scrupolosamente a tutte quelle regole che lo premuniscono da incompetenza, negligenze, imperizia, oltretutto da dolo. Lo psicoterapeuta dovrebbe, peraltro, attenersi con il paziente/cliente a comportamenti che siano sempre improntati a *principi di umanità* e che riconoscano la dignità altrui: di ogni cultura, religione, etnia ed orientamento sessuale.

La complessità di queste tematiche in alcune Comunità o Strutture terapeutiche aumenta qualora l'attività si svolga in una *équipe* interdisciplinare, come ad esempio nella *liaison* in Ospedale Generale. Il paziente può essere "affidato" alla competenza psicoterapeutica nell'ambito di una strategia di trattamento (psicofarmacologica, riabilitativa, di *counseling*), che si concretizzi anche in specifici compiti di relazione d'aiuto psicologica.

Un importante aspetto riguarda il *consenso informato validato*. Per ogni intervento psicoterapeutico professionalizzato, specie nel caso di minore o di altre situazioni d'invalidità o di impedimento o di incapacità, è necessario osservare strettamente i Codici che regolamentano l'attività sanitaria.

Per non essere iatrogenico e per osservare una buona pratica, il consenso informato validato deve mirare sia alla correttezza del rapporto interpersonale, sia alla comunicazione che deve essere chiara ed autentica. Termini quali alleanza, empatia, benevola neutralità, consenso, non sono vacue parole, ma atti che rientrano nella pienezza della professione psicoterapeutica.

Il cammino dell'informazione/comunicazione è arduo, anche perché i livelli sono differenti e molti sono i fattori che possono interferire circa una buona pratica [29, 104]. Tra questi si enumerano:

- gli *Atti* del consenso circa i criteri deontologici e giuridici; la qualità dell'informazione, l'autenticità della comunicazione, la consapevolezza del tipo di terapia attuata (ad es. un'associazione farmacologica, o altri interventi psicoriabilitativi);
- i *Percorsi* che riguardano la patologia del paziente e le metodiche proposte dallo psicoterapeuta, le dinamiche familiari, i *focus* e le finalità del trattamento;

- il *Setting* ed il *Contesto*, che possono essere variabili nel tempo;
- la *Ricerca Clinica* che deve essere preventivamente concordata e può riferirsi sia all'inizio (controlli clinici con l'applicazione di test psicologici utilizzati per la standardizzazione dei dati), sia durante l'iter del trattamento, sia in *follow-up* per verificare i risultati.

### B) *Figure Professionali*

Lo psicoterapeuta adleriano a orientamento analitico [74, 80] in corso di valutazione e di trattamento deve essere documentato per conoscere le caratteristiche clinico-forensi dei propri pazienti, le quali sono rapportabili ad una serie di situazioni, talune delle quali già in precedenza ricordate. Tra queste si sottolineano:

- le tendenze di comportamento a rischio di criminalità: oltreché all'uso di sostanze illegali, al *cyber-crime*, agli atti violenti specie nei minori degli anni 18 (*baby-gang*);
- le minacce di lesioni o di morte (a sé od agli altri) che lo psicoterapeuta venga a sapere nel contesto della cura;
- le violenze e molestie sessuali intrafamiliari ed extrafamiliari e/o atti di pedofilia;
- il *mobbing* (pressioni indebite sul lavoro) e lo *stalking* (molestie spesso telefoniche);
- i casi di separazione e divorzio e, nell'ambito della famiglia, di adozioni nazionali e internazionali;
- la verifica di capacità a gestire il proprio patrimonio ed ancora la capacità del soggetto a testimoniare.

Altre questioni possono emergere nella pratica psicoterapeutica durante le varie età della vita dei pazienti, nell'ambito civile e penale, e possono coinvolgere lo specialista metodologicamente, clinicamente e legalmente. Per quanto riguarda il compito richiesto dai Tribunali di effettuare *perizie* o *deposizioni* (quale persona informata dei fatti) o *profili* psicologici-individuali nelle cause di separazione, di annullamento matrimoniale, etc. va sottolineato che spesso esistono incompatibilità circa il mantenimento del segreto professionale (e quindi con possibilità di malpratiche), fra alleanza psicoterapeutica e certificazione medico-legale. Nel dubbio è necessario che lo psicoterapeuta richieda un'autorizzazione liberatoria (vedi oltre) dopo essersi consultato con un medico legale, con un avvocato o con l'Ordine Professionale.

Gli *atti* ed i *percorsi* di tutela si radicano nei diritti/doveri dei curati e dei curanti nel campo sanitario e quindi anche nell'area delle psicoterapie. I *documenti nazionali ed internazionali* più significativi al proposito [75], circa le persone con disturbi psicopatologici, si rifanno alla dichiarazione di Madrid per le linee

guida etiche (W. P. A., 25 Agosto 1996); il libro bianco sulla protezione dei diritti umani e della dignità e delle persone che soffrono (Comitato Direttivo di Bioetica del Consiglio d'Europa, 10 Febbraio 2000); i pareri della Commissione Nazionale per la bioetica (24 Novembre 2000), etc.

Vi è oggi una profonda modificazione culturale circa l'approccio terapeutico complessivo e le psicoterapie sia di fronte al disagio psichico individuale e collettivo sia intorno allo sviluppo ed alla diffusione di un vasto settore di conoscenza che si estende dalle Scienze Umane alle Neuroscienze [110, 111], rispetto alla gestione, nello stesso tempo, *unitaria ed articolata* delle problematiche cliniche (bio-psico-sociali) del disagio mentale.

Il *segreto professionale* rientra in tali percorsi di tutela e si costituisce quale obbligo da mantenere per quanto venga appreso nel corso dell'attività psicoterapeutica; esso viene sancito e regolamentato dalle norme dei rispettivi Codici Deontologici (per i medici e per gli psicologi) e dal Codice Penale (art. 622 e 326).

Le eventualità di poter superare la barriera di tale segreto senza giusta causa sono poche:

- quelle imposte dalla Legge (nel caso di referti, denunce o certificazioni obbligatorie);
- quelle riferibili alla trasmissione di segreto professionale ad altro collega.

Lo psicoterapeuta (senza compiere malpratica) può dare informazioni sulle condizioni di salute di un paziente, solo in seguito alla sua autorizzazione esplicita una volta edotto sull'opportunità o meno della rivelazione stessa, oppure nei casi di assoluta necessità per salvaguardare da situazioni gravi il paziente od altri da lui.

### C) *Complessità della Relazione Terapeutica*

La *relazione psicoterapeutica* può far sì che si rendano talora partecipi della cura in atto, sia persone significative nella vita affettiva e relazionale del paziente (genitori, coniugi etc.), sia altri colleghi i quali rientrano nell'ambito di una consulenza professionale adeguata e proficua per il trattamento in corso, sia, in caso di approccio multiplo, professionisti di differenti discipline (psicoterapeuta, psichiatra, neurologo, neuropsichiatra infantile, geriatra, pedagogista, mediatore culturale, etc.). L'apporto di varie figure operative in una "rete relazionale" costituisce una *rete psicoterapica* [105] che, qualora non sia armonica, crea delle situazioni di serio rischio iatrogeno.

Pure nel corso delle *analisi didattiche* o nelle *supervisioni* possono emergere situazioni di malpratica clinica o di dissonanze fra didatti e analisti in formazione od in consulenza. Il *supervisore*, nella tutela del segreto professionale, onde dirimere eventuali discordie, pure nel ruolo di mediatore dovrà ottenere una esplicita autorizzazione.

Lo psicoterapeuta ed il didatta non possono assumersi il compito o l'incarico di trasformarsi in custode, in investigatore e tantomeno in giudice, allo scopo di prevenire o di sanare controversie che emergano nell'ambito della loro professionalità e che siano perciò protette dal segreto professionale. Solo previa bonaria consultazione pacificatoria, in un primo tempo e su esplicita richiesta delle parti in un secondo tempo, si potranno meglio affrontare le problematiche. Qualora le discordie siano situabili nell'area di presunte illegalità o di rischi antisociali è necessario deferire tali soggetti ai Proviviri delle Società e/o consultare gli Ordini Professionali e/o la Magistratura.

Come si può evincere vi sono *numerose situazioni e contesti istituzionali* (Esempi 2, 3, 4) sia nella fase diagnostico-prognostica sia nel corso del trattamento, in cui lo psicoterapeuta di fronte al proprio paziente o cliente deve prendersi carico di specifiche responsabilità legali e di particolari problematiche inerenti al proprio status-ruolo professionale.

Va da sé che la relazione terapeutica deve rendersi compatibile con i *Codici Deontologici*, con i vigenti *Codici Civili e Penali* e, pure, con gli *Orientamenti Valoriali* ed i *Sistemi Culturali* di appartenenza degli individui di cui ci si prende cura.

Nell'area del modello teorico-pratico della Psicologia Individuale ciò si avvera già negli Istituti e nelle Scuole di Psicoterapia. Nell'ambito della professione e qualora vi siano interventi di *Counseling*, di Psicopedagogia correttiva e di Psicoriabilitazione, le eventuali malpratiche dovrebbero poter essere riferibili a particolari Codici Deontologici (i supporti potrebbero essere quelli dei Medici e degli Psicologi) giacché non vi sono attualmente specifici regolamenti al proposito.

Si riportano alcune *esemplificazioni*.

*Esempio 2 - Caso Osheroﬀ* – U.S.A. Washington, 1979.

a) Il paziente O. nel 1979 fu al centro di una disputa sulle *responsabilità* degli specialisti circa differenti impostazioni diagnostico-terapeutiche. Dal gruppo curante della struttura psichiatrica di Chestnut-Lodge fu emessa diagnosi di "Disturbo narcisistico di personalità" e s'instaurò per sette mesi un trattamento di psicoterapia analitica individuale (senza farmaci) a cui seguì un peggioramento della sintomatologia.

La diagnosi posta dall'*équipe* della Hill Silver Foundation, a cui il paziente ricorse successivamente, fu di "psicosi maniaco-depressiva" e si intervenne con psicofarmaci fenotiazinici e triciclici; dopo tre mesi il soggetto ebbe un notevole miglioramento del quadro clinico. Il signor Osheroff entrato in causa contro la prima *équipe* fece una richiesta ingente di danni per "*malpratica psicoterapeutica*". Non si arrivò mai ad un arbitrato ed a una sentenza definitiva perché le parti giunsero nel frattempo ad un accordo sull'entità del risarcimento.

b) Tale caso tuttavia offrì spunti di *riflessione* a tutt'oggi attuali [53, 54]:

1) *Prima posizione*. Il dottor Klerman [50, 51] sostiene l'imperizia e la negligenza del gruppo terapeutico di Chestnut-Lodge sia nella diagnosi che nel trattamento esclusivamente psicoterapeutico. Il suo articolo terminò sollecitando la Consulenza (in pratica la supervisione) di altri colleghi, qualora non si fosse potuto dimostrare nei pazienti (anche a futura memoria) un miglioramento in tempi ragionevoli.

2) *Seconda posizione*. Il dottor Stone [130] replicò al dottor Klerman partendo dalla patobiografia di Osheroff; egli gettò una luce differente sul caso sottolineando che il soggetto era stato già tre volte ricoverato in ospedale (prima della controversia) sia con diagnosi di disturbo narcisistico della personalità sia con trattamento articolato (psicofarmaci e psicoterapia). Stone sostiene che il paziente nel ricovero a Chestnut-Lodge aveva realizzato contro il terapeuta e l'intera istituzione ospedaliera un transfert negativo (aggressivo/distruttivo) e che il suo passaggio ad un'altra struttura con miglioramento dopo l'intervento con farmaci era stato frutto di una vendetta narcisistica.

*Esempio 3 - Caso Tarasoff* – U.S.A. California, 1974.

a) La *sentenza* formulata dalla Suprema Corte della California nel 1974 a proposito del caso in oggetto è emblematica per i problemi della malpratica iatrogenica, nonché per le *responsabilità professionali* [53, 54], sotto molti aspetti. Tatiana Tarasoff fu uccisa da uno studente indiano di nome Poddar, già in terapia farmacologica associata a psicoterapia presso la Clinica Psichiatrica dell'Università di Berkeley.

La *prima sentenza* della Corte sanzionò il terapeuta che avrebbe avuto il *dovere* di avvertire (*duty to warn*) la vittima potenziale o la polizia delle minacce espresse da un paziente. Tale sentenza suscitò dissensi. L'*équipe* curante (psicologi clinici e psichiatri) aveva cercato, mantenendo il segreto professionale, di verificare anche attraverso la *campus police* la veridicità e la pericolosità delle affermazioni dello studente Poddar: essi quindi si consideravano non colpevoli.

La *seconda sentenza* della Suprema Corte stabilì il dovere di proteggere, piuttosto che la liceità di non avvertire la vittima indicata. Venne promulgata poi

*una Legge* nel 1985 sì che, attualmente, si prevede che il dovere di avvertire e di proteggere la presunta vittima si concretizza nel momento in cui il terapeuta, che venga a conoscere da parte del suo paziente serie minacce di violenza fisica contro terzi chiaramente identificabili, debba compiere tentativi ragionevoli di comunicare le minacce sia alla vittima stessa, sia alle autorità competenti [19].

b) *Le riflessioni* che si possono effettuare sono almeno di *due tipi di livello*:

*Primo livello.* Uno psicoterapeuta (psichiatra o psicologo clinico) può venire a conoscenza nell'ambito del setting analitico che un suo paziente esplicitamente manifesti delle serie minacce fisiche nei confronti di altri individui o di se stesso.

Nella situazione in cui si ritenga che le minacce siano intenzioni reali verso una persona indicata dal paziente stesso, l'*esclusiva interpretazione* circa le minacce stesse potrebbe essere considerata una negligenza e, quindi, una *malpratica* con *responsabilità* da parte del terapeuta. Questi, infatti, non può nascondersi dietro la propria neutralità terapeutica o mascherarsi dietro la non violazione del segreto professionale (art. 622 c.p.), anche per quanto riguarda l'eventuale interruzione, senza appoggio terapeutico ad altro specialista in quanto potrebbe essere accusato di abbandono di persona minore o incapace (art. 591 c.p.).

*Secondo livello.* Il problema riguarda un soggetto in psicoterapia, qualora questo comunichi al proprio analista di sentirsi o di essere seriamente minacciato da un'altra persona (coniuge, amante, etc.) e nello stesso tempo abbia timore che una segnalazione o una denuncia ufficiale possa aggravare irrimediabilmente una già precaria situazione d'equilibrio.

Tra gli strumenti che il terapeuta può utilizzare vi sono:

- avere il consenso da parte del paziente per una consulenza o supervisione del problema da parte di un altro specialista (Cap. II, art. 64, 65 C.D. Medico)
- fare riferimento a quanto è contenuto circa il segreto professionale (Cap. III art. 9 del C.D. Medico).

*Esempio 4 - Caso Zipkin* – U.S.A. California, 1968.

a) La signora Zipkin citò a giudizio il dottor Freeman e si ebbe una *sentenza* legale nel 1968 con un verdetto contro il terapeuta a causa di trattamenti definiti piuttosto "bizzarri" (viaggi, cene, svaghi). Nello specifico la Corte riconobbe che il dottor Freeman non aveva gestito correttamente il transfert ed in generale il suo "atteggiamento terapeutico" era da considerarsi *malpratica* nel momento in cui aveva compiuto misusi sessuali con la paziente [53, 54].

b) *Riflessione.* La relazione fra terapeuta e paziente avrebbe dovuto configurarsi per analogia come rapporto fra "tutore e minore" in cui il primo non poteva



considerare il secondo come consenziente verso una forma di trattamento (come quello “sessuale”) che era inaccettabile sotto il profilo della *responsabilità professionale*, ivi compresi anche gli aspetti etici e deontologici. E ciò, secondo la Corte, avrebbe dovuto essere vigente almeno sino a due anni dopo il termine della psicoterapia (Sentenza dello Stato di California 1406 del 1968). Si pone a tale proposito la problematica inerente o meno al detto “semel abbas semper abbas”, e cioè al fatto che sebbene una psicoterapia sia terminata, si debbano mantenere le “distanze professionali”.

## VII. *Tipi di Prevenzione e d’Intervento*

### A) *Premesse*

I tipi di prevenzione, d’intervento e di riabilitazione, circa la iatrogenia e la malpratica, sono riferibili agli *agenti* che procurano gli effetti negativi (cioè agli psicoterapeuti), ma pure ai *riceventi* che ne subiscono gli effetti (cioè ai pazienti). Sicché si devono effettuare prevenzioni, cure e riabilitazioni tanto per gli stessi *curanti*, quanto per i *curati*, individui che hanno richiesto un trattamento per i propri disturbi e che si trovano a fronteggiare ulteriori problemi dovuti a malpratiche psicoterapeutiche.

I livelli di Prevenzione (Primaria, Secondaria e Terziaria) devono costituirsi quali parti e non frammenti di un tutto, che interagiscono fra loro e trovano le loro radici generali negli indicatori di previsione e nelle dinamiche degli atteggiamenti/controatteggiamenti (Paragrafo IV, Tabelle 2A e 2B; Paragrafo V, Tabella 3).

Tali questioni appaiono così importanti che è stata costituita nel 2002 a Yokohama una *Sezione di Prevenzione* nell’ambito dell’Associazione Mondiale Psichiatrica [57], la quale ha proposto un ulteriore livello di Prevenzione, quella Quaternaria, che inerisce alla riabilitazione ed alla destigmatizzazione. Si ritiene utile quindi suggerire anche per le psicoterapie adleriane alcuni punti circa i *tipi di prevenzione e di intervento delle malpratiche*, incentrati tanto sul paziente, quanto sullo psicoterapeuta (Tabella 4).

TABELLA 4

<b>PREVENZIONI E CURA DELLA MALPRATICA</b>		
<b>Tipi e Livelli di PREVENZIONE e di INTERVENTO</b>	<b>PAZIENTE che subisce LA MALPRATICA</b>	<b>PSICOTERAPEUTA, quale eventuale AGENTE di MALPRATICA</b>
B1) PREVENZIONE PRIMARIA <i>(Situazione antecedente al rapporto psicoterapeutico)</i> Vedi anche Tab. 2A, 2B e 3	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tutela generale del paziente il quale si deve affidare a specialisti, richiedendo eventualmente il tipo di formazione e l'orientamento del modello teorico-pratico seguito</li> <li>- Informazione generale sulle psicoterapie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Studio sulla selezione preventiva</li> <li>- Seminario orientativo prima dell'iscrizione alle scuole specialistiche</li> <li>- Riferimento alle questioni sottolineate nei Paragrafi III, IV, V, VI</li> <li>- Tutoraggio e discussione di casi clinici</li> </ul>
B2) PREVENZIONE SECONDARIA <i>(Prime manifestazioni delle malpratiche e iatrogenie)</i> Situazioni problematiche per i pazienti. Supervisione dello psicoterapeuta	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Poca aderenza agli accordi</li> <li>- Coping e Compliance inadeguati</li> <li>- Rischio di dipendenza regressiva e di "Drop-Out precoce"</li> <li>- Sconfinamento di richieste al di fuori dal Setting</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aspetti contrattuali non osservati</li> <li>- Problemi psicopatologico-clinici emergenti</li> <li>- Non corretta gestione dell'atteggiamento e del controatteggiamento</li> <li>- Insufficiente analisi delle resistenze e di rielaborazione delle controresistenze</li> </ul>
B3) PREVENZIONE TERZIARIA <i>(Anticipazioni di eventuali recidive e trattamenti)</i> Eventuale presa in carico dei pazienti da parte di altri psicoterapeuti. Interventi sul curante che ha già avuto precedenti malpratiche	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Timore di ricevere danni da parte dello psicoterapeuta</li> <li>- Delusione circa la relazione terapeutica</li> <li>- "Drop-Out" tardivo</li> <li>- Seria possibilità di sviluppo psicopatologico</li> <li>- Ostilità e rabbia verso la psicoterapia in generale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Errori professionali continuati con sfruttamenti e misusi, anche sessuali</li> <li>- Relazione psicoterapeutica "malata" con "Burn-out"</li> <li>- Situazioni di deterioramento del terapeuta</li> <li>- Inadeguatezza nel richiedere supporti dai colleghi</li> </ul>
B4) PREVENZIONE QUATERNARIA <i>(Destigmatizzazione e riabilitazione)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Destigmatizzazione dell'individuo a seconda del tipo di malpratica e di danno subito</li> <li>- Accoglimento riabilitativo in un nuovo percorso psicoterapeutico</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Serie di colloqui di chiarificazione, sino ad una eventuale "rianalisi riabilitante"</li> <li>- Recupero dello psicoterapeuta rispetto al proprio status-ruolo professionale</li> </ul>

B) *Aspetti fenomenico-dinamici*

B1) *Prevenzione primaria*

- a) Dalla parte del *futuro paziente*, valgono le osservazioni menzionate alla Tab. 4.
- b) Dalla parte del *futuro terapeuta* ancor prima che egli si iscriva alla scuole di psicoterapia, sarebbe opportuno:
  - effettuare uno studio esplorativo di tipo selettivo [57] e di *screening*, per valutare problematiche motivazionali, disturbi comportamentali stabili ed altre eventuali aree di rischio (Tabelle 2A e 2B);
  - far precedere l'esame d'ammissione nella Scuola di Psicoterapia Adleriana da un seminario propedeutico introduttivo, per illustrare gli aspetti delle adempienze di tipo professionale ed etico-deontologico, che gli psicoterapeuti dovranno osservare nei confronti dei loro pazienti (Tabelle 2B e 3);
  - preconfigurare allo studente i *focus* informativi e formativi nel corso degli anni di specializzazione;
  - proporre dei casi clinici "standard" da discutere in piccoli gruppi.

B2) *Prevenzione secondaria*

Paziente e terapeuta sono in interazione dinamica ed è quindi necessario cogliere anche gli aspetti relazionali. Prima di giungere alla fase iniziale del trattamento è molto importante stabilire un *rapporto concordato* di tipo contrattuale che ha per oggetto la prestazione (nel quale il paziente è "come se" fosse il creditore) ed il terapeuta (il quale è "come se" fosse il debitore) (Paragrafi III e IV).

- a) Dalla parte del *paziente* una delle evenienze che possono succedere nel primo periodo del trattamento è quella di un *Drop-out precoce*, sorta di interruzione non concordata, spesso improvvisa e apparentemente immotivata che, talvolta, dipende dalla fragilità del soggetto in cura, talaltra, da errori del curante. Nel corso di alcuni trattamenti per cause varie non sempre dovute a malpratica si registrano nel paziente: insoddisfazione, aumento della frustrazione, coinvolgimenti negativi col terapeuta, tendenze a condotte di fuga, etc. Tutto ciò può portare ad una interruzione, che può avere caratteristiche simili a quelle di un "messa in atto" (*acting-out*) contro il terapeuta.

Sul piano dinamico-motivazionale le caratteristiche sono correlate a contrasti nell'ambito dell'alleanza terapeutica, notevoli resistenze al trattamento, precedenti "messe in atto" durante le fasi iniziali della psicoterapia (assenze, attacchi verbali, mancanza di cooperazione), timori relativi

all'emergere di materiale conscio ed inconscio, paura di un coinvolgimento emotivo eccessivo. Questi comportamenti situabili nel suddescritto contesto di una prevenzione secondaria (*drop-out precoce*) qualora siano da ricercare nell'ambito di una prevenzione terziaria, sono ascrivibili ad un *drop-out tardivo* (Tabella 4).

- b) Dalla parte del *terapeuta* un atteggiamento di prevenzione secondaria alle malpratiche è quello di attenersi alle *adempienze contrattuali* quali eventuali variazioni del *setting*, costanti informazioni sul trattamento, alternative terapeutiche.

Le *discordanze contrattuali* possono essere caratterizzate da contrasti sul tipo di pagamento (Tabelle 2A e 2B), da negligenza, imprudenza, imperizia, quali ad esempio frequenti ritardi o riduzioni dei tempi delle sedute, telefonate improprie *ai e dai* parenti del curato, etc.

Gli *Aspetti Psicopatologico/Clinici* di base riguardano il fatto che un terapeuta professionalmente ed emotivamente formato e responsabile sia in grado di valutare tutti gli aspetti della cura di un cliente in considerazione del quadro clinico, dei valori di riferimento, del sistema culturale. Si possono porre numerosi problemi metodologici e pratici riferibili agli indicatori di previsione (Tabelle 2A e 2B). Fra questi molto importante è la segnalazione di desideri ricorrenti o di "acting" pregressi circa *atti conservativi*. Ciò può influire sul tipo del trattamento psicoterapeutico, perché, se è necessario proteggere il paziente, è nel contempo opportuno che il terapeuta non diventi troppo ansioso o al contrario indifferente. Una consulenza o una cura articolata con un altro specialista può essere una soluzione valida.

È determinante per l'analista, nei confronti dell'analizzando, valutare in seduta sia i *micro* che i *macro* viraggi (comportamentali, emotivi, sintomatologici) che potrebbero costituire dei segnali di malpratica agita o subita. Come si è più volte ricordato (Paragrafi II, III, V), lo psicoterapeuta dovrebbe essere edotto *sull'opportunità di un'associazione farmacologica*; egli dovrebbe altresì conoscere la propria capacità di modulare la *distanza*, la *scansione temporale* delle sedute, il proprio e l'altrui *grado di coinvolgimento* emotivo [25, 26, 100].

Tali problemi sono pertinenti alle più generali dinamiche del *controatteggiamento*, che appaiono indispensabili non solo per l'analista impegnato in una psicoterapia, ma anche in misura diversa per gli altri operatori sanitari coinvolti in una creativa relazione d'aiuto psicologica [133].

Un rapporto analitico può diventare iatrogeno pure nel momento in cui sorgono difficoltà da parte del terapeuta nel regolare *differenti correnti identificatorie di*

*transfert* [37]. Egli dovrebbe consapevolmente immedesimarsi nel paziente a vari livelli operativi a seconda degli aspetti clinici e dinamico-strutturali. Il terapeuta adleriano nel tendere alla comprensione di ciò che il cliente pensa e prova per lui in una “identificazione transindividuale” [25, 26], può rimobilizzare i propri *conflitti*, i quali se non riconosciuti ed elaborati lo inducono ad attribuire inconsapevolmente al paziente bisogni e paure personali, capovolgendo così il rapporto che diventa da terapeutico iatrogeno, con un rafforzamento sia delle *resistenze* del paziente che delle *controresistenze* del terapeuta [25, 26, 27, 28, 80, 92, 95, 109].

Si dovrebbero cogliere le manifestazioni delle malpratiche e cercare le adeguate correzioni, mediante:

- supervisioni individuali dei casi clinici ed utilizzazione di gruppi eterocentri di discussione;
- riconsiderazione degli indicatori di previsione (Paragrafo IV) specie in rapporto al controtransfert;
- focalizzazione di eventuali resistenze del paziente non sufficientemente valutate.

### B3) *Prevenzione terziaria*

Si occupa, sempre nell’ambito dell’interazione terapeuta-paziente (Paragrafo VII, Tab. 4), dell’anticipazione di eventuali ricadute circa la malpratica e gli errori iatrogeni.

- a) Dalla parte del *Paziente*, si possono verificare [92]: anaclitismo con richieste di *analisi interminabile* (da non confondersi con una psicoterapia di accompagnamento); paura esagerata della perdita, anche da transfert ipererotizzato; regressioni maligne; tendenza al suicidio; modalità *versus* organizzazioni parafiliche mascherate (es. bovarismo); idealizzazione persistente dell’analista; autosabotaggio. La mancanza di *coping* e di *compliance* può portare a disadattamenti [47]; in alcuni casi essa è legata a fenomeni di *stress da psicoterapia* e ad un *drop-out tardivo*.

Sul *piano dinamico-motivazionale* si sottolineano ancora talune tra le più frequenti caratteristiche, già accennate a proposito della prevenzione secondaria:

- perdita di fiducia nell’analista con rottura dell’alleanza terapeutica;
- notevoli resistenze al trattamento con timori relativi all’emergere di materiale psicologico conscio ed inconscio e di smascheramento delle finzioni;
- paura di un coinvolgimento emotivo con innamoramento regressivizzante da parte del paziente;
- precedenti “messe in atto” durante la psicoterapia: assenze, attacchi verbali, mancanza di cooperazione, silenzi prolungati;

- intrusione di parenti ed anche di colleghi nel corso di psicoterapia (discredito, dileggio, ostilità *versus* l'analista);
  - impossibilità di reggere il costo della cura senza avere il coraggio di verbalizzarlo col proprio terapeuta, ed aumento quindi della frustrazione e dell'aggressività.
- b) Dalla parte del *Terapeuta* la prevenzione terziaria si estende a tematiche ed a contesti diversi. Si possono verificare: violazioni del *setting* [49], cura "per bisogno di essere curati", interferenze controtransferali, agiti erotizzati ed aggressivi [30, 31, 32], relazione sessuale durante l'analisi con danno al paziente, contro-resistenza al distacco. Anche altre relazioni fuori dal setting (di lavoro, di amicizia) possono essere considerate malpratiche quando vi sono *movimenti di tipo manipolatorio*, come ad esempio un'interruzione dell'analisi per intraprendere un rapporto sessuale (danno potenziale all'ex paziente) [49].

Rischi da errori tecnici isolati possono diventare strutturali nel percorso della cura: talora per una *caduta di stile psicoterapeutico*, dovuto a transitori o permanenti stati di deterioramento in seguito a malattie, perdite affettive o economiche, cambiamenti di status, etc. [41].

Possono emergere atteggiamenti e agiti controtransferali, derivanti da incertezze, da "debolezze" esistenziali con ipercompensazioni negative, dal riemergere di conflitti irrisolti, da un coinvolgimento troppo "attivo" o troppo "passivo". I movimenti relazionali inadeguati possono esitare in malpratiche anche come potenziali "controresistenze" [109], mentre un trattamento psicoterapeutico dovrebbe basarsi su: sicurezza, efficacia, appropriatezza.

Le evenienze in cui si ravvisano *collusioni e/o intimità iatrogene* [96] sino a *relazioni patologizzanti*, in genere, sono l'espressione di situazioni sporadiche, ma, qualora si replichino, recidivano più frequentemente in uno stesso terapeuta e con diversi pazienti. In questi casi, qualora si ravvisi l'impossibilità di "bonificare" tali psicoterapie [34], si deve ricorrere a consulenze e supervisioni, nonché agli appositi ordinamenti istituzionali, specie quando possa sorgere una specifica responsabilità sotto forma di malpratica e di danno iatrogeno (Paragrafi III e VI).

Una delle situazioni che possono succedere non infrequentemente allo psicoterapeuta in corso di trattamento, specie se effettuato in ambito istituzionale, è il *Burn-out*. Con questo termine [18, 41] si intende un processo psicosociale i cui precursori personologici vengono co-determinati dalla partecipazione attiva del soggetto agli eventi con i quali interagisce. Il *Burn-out* non è di per se stesso una malpratica in psicoterapia, ma una *particolare forma di autoiatrogenia*, con un rischio di bruciare la stessa relazione terapeutica per causa del curante: a questo

punto può diventare una *malpratica versus* il paziente, anche nella *misura del coinvolgimento interpersonale* [34].

Nella relazione di aiuto (*helping profession*), è implicito un mandato tra operatore e utente, che racchiude sia le capacità professionali che quelle personali. Si può realizzare una situazione di *burn-out* che, come già detto, indica il “patologico cedimento psicofisico” dell’operatore dei servizi socio-sanitari, che realizza progressivamente un senso di malumore, irritazione, svuotamento, delusione, impotenza, conflitto coi pazienti e con le istituzioni [84, 69, 70].

Anche in determinate situazioni psicoterapeutiche con soggetti molto gravi o logoranti vi sono fattori relativi al *burn-out* come *risultato iatrogeno da stress professionale* [1, 69, 70] che possono procurare al curante ansia, depressione, ostilità verso il paziente, anche mascherate e quindi maggiormente iatrogene; controresistenze (appuntamento mancati, ritardi nelle sedute), rifiuto di continuare l’attività psicoterapeutica, etc.

Le situazioni che portano al *burn-out* possono essere negativamente rinforzate da fattori inerenti alla stessa psicoterapia: complessità del ruolo, isolamento, impegni eccessivi, aspetti personologici riemergenti, menomazione delle capacità professionali [41], impellenti impegni per programmazione nella carriera, etc.

Gli atteggiamenti impropri e talora lesivi, dovrebbero essere recuperabili attraverso una profilassi terziaria con un *aiuto rivolto al curante* (oltreché ben s’intende anche al *paziente*) [41]. Le supervisioni al riguardo non dovrebbero essere finzionali; nella relazione terapeutica in crisi, l’analista dovrebbe avere il coraggio di accogliere una discussione personale almeno sulla propria casistica, e tutti quanti gli analisti dovrebbero trovare concordemente le modalità di comunicazione al riguardo, con aggiornamenti e confronti programmati, scandite lungo il loro percorso [49].

Possono, infatti, emergere malpratiche e rischi iatrogeni che coinvolgono molti livelli di *responsabilità terapeutica* [17]:

- in relazione all’eventuale danno per il paziente, dovuto come si è in precedenza sottolineato, all’occultamento di menomazioni delle capacità psichiche, fisiche e professionali (da parte del terapeuta) [41];
- in collusioni della coppia terapeuta/paziente [107] che possono sfociare in rapporti di intimità (eticamente e deontologicamente scorretti).

Inoltre, gli approcci sia al curante che al curato devono presentarsi sempre come aderenti alla concreta situazione umana, esistenziale e culturale [135], tenuto conto dei limiti e degli ostacoli che la caratterizzano. È opportuno, infine, che lo psicoterapeuta abbia una *polizza assicurativa* specifica professionale che lo tuteli circa eventuali risarcimenti di danno.

#### B4) *Prevenzione quaternaria*

Essa corrisponde alla *Riabilitazione* ed alla *Destigmatizzazione* sia del paziente sia del terapeuta:

- a) Dalla parte del *Paziente*, i vari tipi di intervento rientrano in un vasto movimento (simile a quello utilizzabile in psichiatria) che in generale soccorre i soggetti che abbiano sofferto di malpratiche nel corso di psicoterapia e che vivano con dolore e vergogna i danni subiti a causa dei loro psicoterapeuti [1, 57, 75]. Ciò succede specialmente nei misusi sessuali prolungati in cui le vittime si sono sentite umiliate in corso di psicoterapia. Questa situazione che è non infrequentemente frutto di una *relazione psicoterapeutica malata*, spesso non viene denunciata per timore di non essere creduti o di essere stigmatizzati.
- b) Dalla parte del *Terapeuta*, i compiti della prevenzione quaternaria si focalizzano su un analista che è stato smascherato e sanzionato per malpratiche e per danni iatrogeni arrecati al paziente. Egli in genere mobilita rancore verso i colleghi, vergogna riguardo ai clienti e mortificazione per il proprio operato. Questo specialista dovrebbe essere supportato dai colleghi, non solo a livello di supervisione ma anche di chiarificazione, sino ad una eventuale *rianalisi*. Vi dovrebbero essere, a seconda della Società Psicoterapeutica di appartenenza e del contesto socio-culturale in cui sono state effettuate tali malpratiche, speciali “programmi” e/o tirocini di riabilitazione e di destigmatizzazione del terapeuta coinvolto.

Determinati avvertimenti *versus* gli psicoterapeuti (ad esempio la sospensione) dovrebbero essere tenuti in conto in via provvisoria dalle Società e dagli Istituti adleriani. Essi dovrebbero essere sanzionati cautelativamente soltanto qualora le indicazioni ed i suggerimenti delle Commissioni incaricate ad *hoc* non dovessero essere seguiti dagli interessati. Sarebbe infatti davvero paradossale [41] che coloro i quali sono preposti alla formazione di una professione, che promuove lo sviluppo della personalità di ogni individuo, negassero il valore della *riabilitazione* e della concomitante *destigmatizzazione* a colleghi in difficoltà che abbiano malpraticato in corso di psicoterapia. Se tuttavia tali sforzi risultassero vani, correrebbe l'obbligo di segnalazione “in primis” agli Ordini Professionali onde scongiurare non solo il rischio di seri provvedimenti disciplinari e/o medico-legali, ma ancor di più per proteggere in generale i pazienti.

#### C) *Commenti*

Come si può rilevare le tematiche riguardanti la *iatrogenesi in generale* e la *malpratica* comprendono un'area complessa ed interattiva (tra curanti e curati) in cui



si registrano gli effetti collaterali di taluni farmaci, l'impatto etico-deontologico, la responsabilità medico-legale.

Circa i *quattro tipi di prevenzione*, dovrebbe esservi non solo una educazione permanente per lo psicoterapeuta analista, ma anche una programmazione socio-sanitaria atta a non favorire un *utero plastico* [45] come nicchia pianificata e burocratizzata psicoterapeutica, quale atto preventivo di una *pseudo-terapia totale*. Se non sempre si giunge ad un *recupero della salute* certamente si deve offrire un supporto bio-psico-sociologicamente valido ed autentico.

Sarebbe quindi opportuno che gli psicoterapeuti adleriani si formassero in una consapevole competenza sia *nei confronti dei pazienti sia nei confronti del loro stesso status-ruolo nel contesto di una nuova identità professionale* [22, 30]. *Le strategie dell'incoraggiamento* ed il riferimento al *sentimento sociale* sono strumenti necessari per giungere ad una *reciproca salvaguardia* e ad una *buona pratica complessiva*.

#### VIII. *Considerazioni critiche*

Lo psicoterapeuta adleriano orientato dinamicamente presenta caratteristiche formative con tirocini emotivi, professionali e culturali, che sono volti ad eventuali modificazioni della teoria del *setting*, dell'evoluzione psicopatologica, clinica e culturale [25, 61, 72, 115, 134].

Uno dei principi generali in psicoterapia è che mentre è doveroso prendersi cura del paziente nel modo più congruo, talora è illusorio credere di poter "guarire" tutti i pazienti. Tale *equivoco* deve essere chiarito già in fase diagnostico-prognostica: sebbene, ovviamente, sia auspicabile una "guarigione del Sé". Nell'ambito del modello teorico-pratico della Psicologia Individuale e nell'ottica di una *epistemologia post-moderna* [9, 10], le teorie psicologico-dinamiche devono essere rivisitate con attenzione, rispetto al modello di riferimento utilizzato, giacché possono scaturirne modalità operative, anche innovative, onde salvaguardare i pazienti da malpratiche e da eventuali danni iatrogeni (Paragrafo VII).

Questi sono spesso legati ad improprio utilizzo delle tecniche, a scorrettezze deontologiche, alla particolare tipologia dei rapporti interpersonali. Le difficoltà riguardano i numerosi aspetti aspecifici e specifici della psicoterapia, nonché l'articolazione della stessa con cure farmacologiche [12] in patologie complesse [62, 63, 65] o con altri trattamenti (quali il counseling, gli interventi di psicopedagogia correttiva, etc.), oppure ancora con l'utilizzo in contesti diversi ed in culture differenti [13, 65, 121].

Per fronteggiare questi rischi, la formazione dello psicoterapeuta adleriano [25, 28, 78, 80, 108], deve anche porsi criticamente di fronte ad altri modelli teorico-pratici [79, 80] aggiornando le caratteristiche analitiche, il training personale, l'addestramento didattico e le supervisioni personali.

In taluni contesti istituzionali, oltre alla "rete", effettuata con più psicoterapeuti [71, 105], bisogna favorire un buon rapporto di questi con gli altri operatori sanitari (medici, infermieri, assistenti sociali, etc.) sia attraverso gruppi di discussione dei casi, che attraverso una coeducazione formativa con obiettivi comuni.

In ogni trattamento psicologico ad orientamento dinamico, è molto frequente l'emergere nel paziente di un intenso investimento emotivo per il suo analista (*atteggiamento transferale*), ma spetta a quest'ultimo accogliere, confrontare, interpretare e maturare tali movimenti psicologici, senza lasciarsi coinvolgere né a livello di narcisismo, né a livello interpersonale, né sul piano della realtà (*controatteggiamento terapeutico*) [27, 34]. È quindi necessario evitare i giochi della seduzione, le collusioni emotive, la sessualità agita.

Molti studiosi e analisti hanno discusso l'amore controtransferale, le trasgressioni dell'analista, l'esperienza dell' "amore impossibile", il desiderio e la passione tra terapeuta e paziente [21, 34, 49, 81]. In molti casi il discorso amoroso ed il rapporto transferale sono raccolti sotto un'unica area che invece dovrebbe avere collocazione e significati distinti. Si dovrebbe peraltro considerare il potente effetto non solo degli aspetti proiettivi del paziente sull'analista inteso come schermo, ma pure l'importanza ed il significato della persona reale del terapeuta, l'intensità dei coinvolgimenti emotivi, i tipi d'investimento psicologico che possono variare durante il percorso analitico, l'uso di interventi non interpretativi etc. Tutto ciò procede spesso "come se" si camminasse sull'*orlo di un abisso* [31], e per non cadere nello stesso, *metafora della iatrogenia e malpratica* in psicoterapia, tra il terapeuta e ciascuno dei suoi pazienti si dovrebbe sviluppare un "linguaggio unico ed irripetibile" attraverso una strategia dell'incoraggiamento ed un aumento del sentimento sociale [81].

Negli ultimi decenni i comportamenti terapeutici incongrui, inadeguati o non corretti da parte degli psicoterapeuti sono stati più frequenti e di maggiore entità: non solo dovuti a errori, sfruttamenti, deterioramenti professionali [2, 33, 41], ma pure a problemi legati alle *new-psychotherapies* e specie alla *psychotherapy-cult* [44, 111, 112, 136]. Queste ultime, che sono spesso *psicoterapie abusive*, basate su settarismi neo-tribalistici, su fasulli *insegnamenti di vita*, costituiscono anche rischi di dolo professionale (Paragrafo I).

Dalla rilevazione di casi di rapporti impropri tra terapeuta e cliente, si è potuto constatare che sui pazienti in genere, le conseguenze delle malpratiche sono state

assai serie (Paragrafo V, VI, VII) e che spesso circolarmente si instaurano contro-resistenze negative e dannose [40]. Qualora si parta dal costrutto che gli atteggiamenti/controatteggiamenti fra paziente e psicoterapeuta dovrebbero essere espressione di un'empatia intensa, duratura e basata sul sentimento sociale, le malpratiche troverebbero allora una base inautentica nel desiderio di confidenza, di amicizia, di legami interpersonali extra-analitici, di richieste compensatorie negative, talora correlate a frustrazioni, a evitamenti, a rivincite o ad "agiti" sessuali [138]. Pure un certo tipo di esercizio del *potere* farebbe capo ad esperienze arcaiche riattivate non solo nel corso della terapia con pazienti [44], ma anche nell'ambito della didattica.

Le dimensioni della fenomenica inerenti alla iatrogenia ed alla malpratica in psicoterapia possono avere caratteristiche estensive (genericamente professionali) o specifiche (ad esempio violazione del setting). Sia i terapeuti che operano nel privato che quelli legati alle istituzioni, rispondono spesso alle loro malpratiche (spesso occultate) con indignazione o diniego. Nel doloroso smascheramento di queste è necessario effettuare fra lo psicoterapeuta ed un consulente un'opera di *chiarificazione* giacché è frequente che la comunicazione passi piuttosto attraverso le "confidenze" dei pazienti ad altri professionisti, che non attraverso esplicite denunce. Mentre è necessario distinguere fra lamentele e malpratiche effettive, è utile affrontare queste ultime in modo sistematico, attraverso i vari tipi di prevenzione e d'intervento (Paragrafo VII, Tabella 4).

Già nel corso della formazione tra didatta ed allievo il rapporto può venire inquinato, dalle *reticenze di quest'ultimo* su temi delicati, per il timore che i contenuti psicologici rivelati possano essere supervisionati e rivolti contro di lui, in un successivo percorso analitico [44, 111, 112]: ciononostante si deve avere una grande lealtà al riguardo. Sarebbe, infatti, questa una *malpratica a priori* da parte del futuro psicoterapeuta/analista, che potrebbe ripercuotersi su un *rischio iatrogeno a posteriori*.

La psicoterapia anche didattica dovrebbe peraltro sempre essere un luogo interpersonale "iperprotetto" ove l'allievo possa autenticamente proporsi [76], fatta eccezione per i casi a rilevanza medico-legale (Paragrafo VI: Esempi). In tutto l'iter formativo, nella supervisione e pure nel corso della *vita privata e professionale* dello psicoterapeuta [41], ove questi nodi vengano al pettine, essi vanno affrontati, discussi e risolti in scienza e coscienza.

In *conclusione* viene rivolta una raccomandazione alle Società di Psicologia Individuale, alle Scuole, agli Istituti di formazione, al Collegio dei Didatti, che elaborino delle procedure e delle regolamentazioni volte ai futuri analisti, agli psicoterapeuti ed a tutti gli operatori delle relazioni psicologiche d'aiuto adleriani, sia di carattere preventivo, sia di intervento quando ritenuto necessario, attra-

verso l'informazione e la formazione permanente, analogamente a quanto proposto circa le attività professionalizzate che richiedano competenze di tipo sanitario. Gli attuali programmi formativi in psicoterapia, specie di tipo analitico [25, 26, 47, 49, 78, 79, 83, 98, 99] esigono infatti, nei modi e nei tempi indicati anche dal Consiglio dei Didatti SIPI, aggiornamenti clinici, discussioni di casi, supervisioni ricorrenti e pure continue rielaborazioni al riguardo.

Considerati gli ambiti di ricerca e di intervento adleriani è necessario anche prevedere percorsi formativi rispetto ad altre specifiche attività (*counseling*, psicopedagogia, psico-socio-riabilitazione) che non sono ancora riconosciute ed accreditate chiaramente presso appositi Albi Professionali, sebbene siano accolte presso le Società in ambito Internazionale e Nazionale. In questi contesti operativi, ormai multiculturali, sarebbe necessario valutare e prevenire eventuali malpratiche con apposite regolamentazioni.

La Psicologia Individuale Comparata è immersa in una complessità, nella quale sono situabili le aree degli interventi e delle ricerche sulla iatrogenia e malpratica che, a seconda degli *status-ruolo* degli operatori, delle particolari richieste dell'individuo e del contesto socio-culturale, dovrebbero rifarsi a criteri di particolare competenza, radicata in comuni e basali riferimenti etici [78].

## Bibliografia

1. AA.VV. (2000), *Dal pregiudizio alla cittadinanza. Il contributo delle neuroscienze delle scienze umane e delle politiche sociali alla salute mentale*, Atti del XLII Congresso della S.I.P., C.S.E., Torino.
2. ADLER, A. (1904), *Der Arzt als Erzieher*, tr. it. Il medico come educatore, *Riv. Psicol. Indiv.*, 53: 15-24.
3. ADLER, A. (1907), *Studie über Minderwertigkeit von Organen*, Urban & Schwarzenberg, Vienna.
4. ADLER, A. (1912), *Über den nervösen Charakter*, tr. it. *Il temperamento nervoso*, Astrolabio, Roma 1971.
5. ADLER, A. (1920), *Praxis und Theorie der Individualpsychologie*, tr. it. *La Psicologia Individuale*, Newton Compton, Roma 1992.
6. ADLER, A. (1926), *Menschenkenntnis*, tr. it. *La conoscenza dell'uomo nella Psicologia Individuale*, Newton Compton, Roma 1994.
7. ADLER, A. (1933), *Der Sinn des Lebens*, tr. it. *Il senso della vita*, De Agostini, Novara 1990.

8. ANSBACHER, H. L., ANSBACHER, R. R. (1956), *The Individual Psychology of Alfred Adler*, tr. it. *La psicologia individuale di Alfred Adler*, Martinelli, Firenze 1997.
9. ARNÒ, G. M. (1998), La validità del modello teorico in *Psicologia Individuale*, in AA.VV. (1999), *Atti 7° Congr. Naz. SIPI, «Il complesso di inferiorità della psicoterapia»*, Torino, 23-24 ottobre 1998.
10. BADER, M. J. (1998), Postmodern Epistemology: the Problem of Validation and the Retreat from Therapeutics in Psychoanalysis, tr. it. *Epistemologia post-moderna, Gli Argonauti*, 1999, 82: 189-220.
11. BALINT, M. (1957), *The Doctor, His Patient and the Illness*, tr. it. *Medico, paziente e malattia*, Feltrinelli, Milano 1961.
12. BARBATO, G., MUSCETTOLA, G. (2004), Nuovi psicofarmaci e nuova iatrogenicità, *Ital. Journ. of Psychopath.*, Suppl., 10: 81.
13. BARTOCCI, G. (2004), Culture e modelli psicoterapeutici: analisi e verifica in un'ottica transculturale, *Ital. Journ. of Psychopath.*, Suppl., 10: 48.
14. BARTOCCI, G., FRIGHI, L., ROVERA, G. G., LALLI, N., DI FONZO, T. (1998), Cohabiting with Magic and Religion in Italy, in OKPAKU, S. O. (a cura di), *Clinical Methods in Transcultural Psychiatry*, APP, Washington, D.C.
15. BELLAK, L., SMALL, L. (1965), *Emergency Psychotherapy and Brief Psychotherapy*, tr. it. *Psicoterapia d'urgenza e psicoterapia breve*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma 1983.
16. BOWLBY, J. (1980), *Attachment and Loss*, tr. it. *Attaccamento e perdita*, Boringhieri, Torino 1983.
17. CATANESI, R., GRECO, O. (1999), Responsabilità Professionale, in PANCHERI, G., CASSANO, G. B. (a cura di), *Trattato Italiano di Psichiatria*, Masson, Milano, 128: 3995-4011.
18. CHERNISS, C. (1980), *Staff Burnout: Job Stress in The Human Services*, tr. it. *La sindrome del burn-out*, CST, Torino 1983.
19. CONTE, H. R., KARASU, T. B. (1990), Malpractice in Psychotherapy: An Overview, *American Journal of Psychotherapy*, XLIV, 1: 232-245.
20. CURCI, P., GALEAZZI, G. M., SECCHI, C. (2003), *La sindrome delle molestie assilanti (Stalking)*, Bollati Boringhieri, Torino.
21. CREMERIUS, J. (1985), *Il mestiere dell'analista*, Boringhieri, Torino.
22. DEL FAVERO, A., PATOIA, L. (2000), Iatropatologia, voce dell'*Enciclopedia Italiana Treccani*, App. 1, Roma: 828-833.
23. DREIKURS, R. (1967), *Psychodynamics, Psychotherapy and Counseling Collected Papers*, Alfred Alfred Institut, Chicago.
24. FASSINO, S. (1991), Funzioni psicoterapeutiche dell'anamnesi, in ROVERA, G. G. (a cura di, 1993), *Anamnesi e psicoterapia*, C.S.E., Torino: 55-66.
25. FASSINO, S. (2002), *Verso una nuova identità dello psichiatra*, C.S.E., Torino.
26. FERRERO, A. (1995), *Insula dulcamara*, C.S.E., Torino.
27. FERRIGNO, G. (2000), Il controtransfert fra impotenza e onnipotenza, *Atti 7° Congr. Naz. SIPI, «Il complesso di inferiorità della Psicoterapia»*, Torino, 23-24 ottobre 1998.
28. FERRIGNO, G. (2001), L'analisi e la psicoterapia psicodinamica secondo il modello adleriano, *Riv. Psicol. Indiv.*, 49: 15-20.
29. FORNARI, U. (2001), *Aspetti del Consenso in Psichiatria Clinica e Forense*, C. S. E., Torino.

30. GABBARD, G. O. (1994), Sexual Excitement and Countertransference Love in the Analyst, tr. it. Eccitamento sessuale e amore controtransferale dell'analista, *Gli Argonauti*, 1995, 67: 271-293.
31. GABBARD, G. O., LESTER, E. P. (1995), *Boundaries and Boundary Violations*, tr. it. Violazioni del Setting, Cortina, Milano 1999.
32. GABBARD, G., POPEK, S. (1986), Sexual Intimacies after Termination: Clinical, Ethical and Aspect, *Ind. Practitioner*, 8: 21-16.
33. GARETY, P. A. (2003), The Future of Psychological Therapies for Psychosis, *World Psychiatry*, W. P. A., 31: 147-152.
34. GILL, M. M. (1983), The Interpersonal Paradigm and the Degree of the Therapist's Involvement, tr. it. Il paradigma interpersonale e la misura del coinvolgimento del terapeuta, *Psicoterapia e scienze umane*, XXIX, 3, 1995: 5-44.
35. GILSON, M. G. (2000), *Trattato di psicoterapia breve integrata*, Dialogos, Bergamo.
36. GIUSTI, E., MONTANARI, C., MONTANARELLA, G. (1995), *Manuale di psicoterapia integrata verso un eclettismo clinicometodologico*, Angeli, Milano.
37. GODFRIND, D. (1993), *Le deux courants du transfert*, tr. it. *Le due correnti di transfert*, C.S.E., Torino 1997.
38. GORER, G. (1965), *Death Grief and Mourning*, Doubleday, New York.
39. GRECO, O., CATANESI, R. (1990), *La responsabilità professionale della psichiatria*, Piccin, Padova.
40. GREENSON, R. R. (1972), *The Technique and Practice of Psychoanalysis*, tr. it. *Tecnica e Pratica Psicoanalitica*, Feltrinelli, Milano 1974.
41. GUY, J. D. (1987), *The Personal Life of Psychotherapists*, tr. it. *La vita privata e professionale dello psicoterapeuta*, in ROVERA, G. G., SCARSO, G. (a cura di, 1994), C.S.E., Torino.
42. HERMAN, J. L. ET ALII (1978), Psychiatrist-Patient Sexual Contact: Result of a National Survey Psychiatrists Attitudes, *Am. Journ. of Psych.*, II, 144: 164-171.
43. HITTLESON, H. (1970), *Environmental Psychology* Holt, Rinehart and Wilson, New York.
44. HOCHMAN, J. (2003), Iatrogenic Symptoms Associated with a Therapy Cult: Examination of an Extinct "New Psychotherapy with Respect to Psychiatric Deterioration", *Pub Med, Indexed for Medline*: 1-2.
45. ILLICH, I. (1969), *Libérer l'avenir*, Du Seuil, Paris 1971.
46. ILLICH, I. (1976), *Limits to Medicine: Medical Nemesis. The Expropriation of Health*, tr. it. *Nemesi medica. L'espropriazione della salute*, Mondadori, Milano 1977.
47. IVEY, A. A., IVEY, M. B., SIMEK-MORGAN, L. (1966), *Counseling and Psychotherapy a Multicultural Perspective*, A Viacom Company, Boston.
48. JILEK, W. G. (1982), *Indian Healing. Shamanic Ceremonialism in the Pacific Northwest Today*, Hancock House Pub Fourth Pr., LTD, Blaine 1992.
49. KERNBERG, O. F. (2003), Raccomandazione per alcune innovazioni urgenti nella formazione psicoanalitica, *Gli Argonauti*, 97: 85-99.
50. KLERMAN, G. L. (1990), The Psychiatry Patient's Right to Effective Treatment: Implication of Osheroff in Chestnut Lodge, *Am. Journ. of Psych.*, 147, 4: 409-418.
51. KLERMAN, G. L., WEISSMAN, M. M., MARKOWITZ, J. (1994), in GARFIELD, S. L., BERGIN, A. E. (a cura di), *Medication and Psychotherapy, Handbook of Psychotherapy and Behavior Change: an Empirical Analysis*, Wiley and Sons, New York: 732-782.

52. KRÜTTKE RÜPING, M. (1990), Transfert, controtransfert e resistenza, in AA.VV. Aspetti generali del processo analitico, *Indiv. Psych. Dossier*, SAIGA, Torino, 1: 77-100.
53. LALLI, N., GIACCHETTI, N. (1994), Collaborazione e resistenza nella relazione terapeutica, *Attualità in Psicologia*, IX, 2-3: 35-42.
54. LALLI, N., GIACCHETTI, N. (1994), La Malpractice in Psicoterapia, *Attualità in Psicologia*, IX, 2-3: 43-55.
55. LANGS, R. (1974), *The Technique of Psychotherapy*, tr. it. *La tecnica della psicoterapia psicoanalitica*, Boringhieri, Torino 1979.
56. LECALDANO, E. (2002), *Dizionario di Bioetica*, Laterza, Roma-Bari.
57. LECIC-TOSEVSKI, D., CHRISTODOULOU, G. N., HOSMAN, G., JENKINS, R., NEWTON, D., RAJKUMARS, S., SCHMOLKE, M. (2002), Consensus Statement on Psychiatric Prevention, *The Section's News Letter*, W. P. A., 6, 8-9: 6-8.
58. LEFLEY, H. P., SANDOVAC, M. C., CHARLES, C. L. (1998), Tradizional Healing Systems in a Multicultural Setting, in OPKAKU, S. O. (a cura di), *Cultural Methods in Transcultural Psychiatry*, Am. Psych. Press, Washington D.C., 5: 88-110.
59. LESTER, D. (1972), Voodoo Death: Some New Thoughts on an Old Phenomenon, *American Anthropologist*, 74, 6: 380-390.
60. LEWIS, M., MILLER, S. M. (a cura di, 1990), *Developmental Psychopathology*, Plenum Press, New York, London.
61. LINGIARDI, V., GAZZILLO, F. (2003), Quale setting per la posta elettronica?, *Psicotech*, Angeli, 1-2: 7-45.
62. LIPSITT, D. R. (1996), Psicoterapia, in RUNDELL, J. R., WISE, M. G. (a cura di), tr. it. *La psichiatria nella pratica medica* (ROVERA, G. G., a cura di), C.S.E., Torino 1999: 1013-1038.
63. LITTMAN, A. B., KETTERER, M. W. (1996), Medicina comportamentale, in RUNDELL, J. R., WISE, M. G. (a cura di), *Textbook of Consultation Liaison Psychiatry*, tr. it. *La psichiatria nella pratica medica* (ROVERA, G. G., a cura di), C.S.E., Torino 1999: 1039-1971.
64. MADDOX, C. (1999), Transfert, distorsione paratattica e terapia adleriana, *Riv. Psicol. Indiv.*, 46: 43-56.
65. MARSICANO, S. (a cura di, 1995), *I nuovi pazienti della psicoanalisi*, Angeli, Milano.
66. MASLACH, C., SCHAUFELY, W. B. (1993), Historical and Conceptual Development of Burn-Out, in MASLACH, C., SCHAUFELY, W. B., MAREK, T. (a cura di), *Professional Burn-Out: Recent Developments in Theory and Research*, Taylor and Francis, Washington: 1-16.
67. MASLOW, A. (1951), *Motivation and Personality*, tr. it. *Motivazione e personalità*, Armando, Roma 1973.
68. MASTERS, W. H., JOHNSON, V. E. (1970), *Human Sexual Inadequacy*, tr. it. *Patologia e terapia del rapporto coniugale*, Feltrinelli, Milano 1971.
69. MATHENY, K. B., GFROERER, C. A., HARRIS, K. (2000), Work Stress, Burnout and Coping and the Turn of the Century: an Individual Psychology Perspective, *The Journ. of I. P.*, 56, 1: 74-87.
70. MATHENY, K. B., RIORDAN, R. I. (1992), *Stress and Strategies for Lifestyle Management*, St. Un. Bus. Press, Atlanta.
71. MAZZONE, M. (1999), La psicoterapia nel contesto dei servizi psichiatrici territoriali.

- li, *Atti 7° Congr. Naz. SIPI, «Il complesso di inferiorità della psicoterapia»*, Torino, 23-24 ottobre 1998.
72. MIGONE, P. (2003), La psicoterapia con internet, *Psicoterapia e scienze umane*, XXXVII, 4: 57-74.
73. MILL, J. M., SULLIVAN, G., ETH, S. (1987), Protecting Third Parties: A Decade After Tarasoff, *Amer. Journ. of Psychiatry*, 144, 1: 68-74.
74. MONTALTO, B. (1984), Primi lineamenti della responsabilità professionale degli psicoterapeuti ad indirizzo psicoanalitico, *Riv. It. Med. Leg.*, VI: 1050-1069.
75. MUNIZZA, C. (a cura di, 2003), *Salute mentale. Problemi e percorsi di Tutela*, CSR., Torino.
76. NOLL, J. O. (1976), The Psychotherapist and Informed Consent, *Amer. Journ. of Psychiatry*, 133, 12: 1451-1453.
77. OPKAKU, S. O. (a cura di, 1998), *Cultural Methods in Transcultural Psychiatry*, Am. Psych. Press, Washington, D.C.
78. PAGANI, P. L. (1998), I problemi etici della psicoterapia, *Riv. Psicol. Indiv.*, 44: 23-41.
79. PAGANI, P. L. (2000), Discorso sulla Psicologia Individuale e sull'Eclettismo, *Riv. Psicol. Indiv.*, XXVIII, 48: 21-40.
80. PAGANI, P. L. (2001), L'evoluzione dei concetti di "psicoterapia" e di "analisi" nella Psicologia Individuale Italiana, *Riv. Psicol. Indiv.*, 49: 5-14.
81. PAGANI, P. L., FERRIGNO, G. (1999), Transfert e controtransfer nel setting adleriano, *Riv. Psicol. Indiv.*, 46: 27-42.
82. PANCHERI, P., PANCHERI, L., MARCONI, P. L., KOTZALIDIS, G. P., BRUGNOLI, R. (1991), Un nuovo farmaco ansiolitico: il placebo, in ROVERA, G. G., FASSINO, S., MUNNO, D. (a cura di), *Psicopatologia e farmaci*, C.S.E., Torino: 49-58.
83. PARENTI, F. (1984), *Adler dopo Adler*, Istituto Alfred Adler, Milano.
84. PELLEGRINO, F. (2000), *La sindrome del burnout*, C.S.E., Torino.
85. PETRELLA, F. (1997), Intervento farmacologico vs. intervento psicologico: la questione dell'integrazione, in FURLAN, P. M. (a cura di), *Psicoterapia e Psicofarmaci*, C.S.E., Torino: 3-18.
86. PONCE, D. E. (1998), Cultural Epistemology and Value Orientations, in OPKAKU, O. (a cura di), *Clinical Methods in Transcultural Psychiatry*, Am. Psych. Press, Washington, D.C., II, 4: 69-87.
87. PORTIGLIATTI BARBOS, M. (1988), La responsabilità professionale dell'operatore di salute mentale, *Atti Gen. Tutela della S. M.*, 18-19: 55-94.
88. POWERS, R. L. (1997), Cult, Cultur and Cultivation: The Contributions of Individual Psychology, *Ind. Psychol.*, Univ. Texas Press Austin, 53, 1: 9-20.
89. RACALBUTO, A. (2003), Il setting psicoanalitico e la persona dell'analista, *Gli Argonauti*, 99: 295-313.
90. RAMSEY, P. (1974), The Indignity of "Death With Dignity", *Hastings Center Studies*, V: 47-62.
91. RICHARD, H. (1997), Psychoanalyse et Postmodernité, *Psychotherapies*, XVII, 4: 223-234.
92. ROSSI, R., VOLTERRA, V., FELE, P. (1999), Danni iatrogeni in Psicoterapia, in PANCHERI, P., CASSANO, G. B. (a cura di), *Trattato Italiano di Psichiatria*, Ed. II, III, Masson, Milano, 105: 3501-3521.
93. ROVERA, G. G. (1970), Aspetti prescrittivi in psicoterapia, in AA.VV., *VIII Congr. Int. Psicoter. medica*, Milano, Acta, Minerva Medica, Torino: 1-4.



94. ROVERA, G. G. (1978), Die Individual Psychologie ein offenes Modell, *Beitr. Ind. Psychol.*, 1: 157-172.
95. ROVERA, G. G. (1982), Transmotivazione: proposta per una strategia dell'incoraggiamento, *Riv. Psicol. Indiv.*, 17-18: 28-50.
96. ROVERA, G. G. (1984), La zona cuscinetto: aspetti del problema della distanza nel fobico, in ROSSI, R., PETRELLA, F. (a cura di), *Psicoterapia delle fobie*, Massazza - Sinchetto, Torino.
97. ROVERA, G. G. (1984), Paradox and Double Bind, *Beitr. Ind. Psych.*, 3: 66-70.
98. ROVERA, G. G. (1984), Problèmes de formation en psychothérapie, *Psychothérapies*, 12: 65-72.
99. ROVERA, G. G. (1988), Riflessioni sulla formatività in Psicologia Individuale, in ROVERA, G. G., FASSINO, S., FERRERO, A. (a cura di), L'esperienza analitica: Collettività ed Individuo, *Ind. Psychol. Dossier*, SAIGA, I: 93-129.
100. ROVERA, G. G. (1990), Aspetti analitici della regressione, in AA.VV., Aspetti generali del processo analitico, *Ind. Psych. Dossier*, SAIGA, II: 61-75.
101. ROVERA, G. G. (1993), Presentazione, in FURLAN, P. M. (a cura di), *Tempo e psicoterapia*, Atti XXVII Congr. Naz. SIPM, CSE, Torino, 1996: XIV-XVI.
102. ROVERA, G. G. (1994), Formazione del Sé e Patologia Borderline, *Atque*, 9: 127-140.
103. ROVERA, G. G. (1996), Disturbi della personalità, Voce dell'*Enciclopedia delle scienze sociali*, Enciclopedia Italiana Treccani, Roma, VI: 561-566.
104. ROVERA, G. G. (1997), La validità del consenso informato nella persona con disturbi psichici, in FORNARI, U. (a cura di), *Il consenso informato in Psichiatria*, C.S.E., Torino, 3: 33-42.
105. ROVERA, G. G. (1997), Terapie articolate e articolazione fra terapeuti, in FURLAN, P. M. (a cura di), *Psicoterapia e Psicofarmaci*, C.S.E., Torino: 209-212.
106. ROVERA, G. G. (1998), Integrazione fra farmacoterapia e psicoterapia nel trattamento della Depressione, in MUNIZZA, C. (a cura di), *La multidimensionalità nel disturbo depressivo*, S.I.P., Acta, Torino, 5: 10-15.
107. ROVERA, G. G. (1999), La Collusione di Coppia, in COCIGLIO G., FONTANA D., MASSOBRIO, ROVERA, G. G. (a cura di), *La Coppia*, Angeli, Milano, I, VI: 481-492.
108. ROVERA, G. G. (1999), Psicologia Individuale, in CASSANO, G. B., PANCHERI, P. (a cura di), *Trattato Italiano di Psichiatria*, Masson, Milano, III, 107: 3529-3537.
109. ROVERA, G. G. (2000), La resistenza in psicoterapia, *Universo del Corpo*, Voce dell'Enciclopedia Italiana Treccani, Roma, V: 305-307.
110. ROVERA, G. G. (2002), Das Netzwerk Modell in der Individual Psychologie ans Erkenntnistheoretische sichts, in ZAPOTOCZKY, H. G., FISCHNOT, P. T. (Hrsg), *Psychiatrie der Lebensschnitte*, Springer, Wien, New York: 77-96.
111. ROVERA, G. G. (2003), Il Complesso di Adamo ed Eva: tra natura e cultura, «*Psicologia e Neuroscienze: nuove frontiere*», Atti 8° Conv. Naz. SIPI, Milano.
112. ROVERA, G. G. (2004), I significati dei valori nella psychotherapy-cult, *Psichiatri oggi*, VI, I: 14.
113. ROVERA, G. G. (a cura di, 1984), *L'Approccio transculturale in Psichiatria*, Convegno S.I.P.T., ACTA, Sinchetto e Massazza, Torino.
114. ROVERA, G. G. (a cura di, 1999), *Tradizione e cambiamento. Prospettiva in Psicologia Individuale*, C.S.E., Torino.

115. ROVERA, G. G. (a cura di, 2004), La neo-primavera del diavolo: guarigioni miracolose, esorcismi e clima culturale, *Ital. Journ. of Psychopath.*, Suppl., 10, III: 172-174.
116. ROVERA, G. G., FASSINO, S. (1984), La sub-cultura e lo stile di vita del paziente e dell'analista come variabili interdipendenti nella relazione psicoterapeutica, in AA.VV., *Modelli e tecniche in Psicoterapia*, C.S.E., Torino: 331-341.
117. ROVERA, G. G., FASSINO, S., MUNNO, D. (a cura di, 1991), *Psicopatologia e Farmaci: Interazioni somatiche, psicologiche e sociali*, C.S.E., Torino.
118. ROVERA, G. G., FERRERO, A. (1979), Notazioni critiche sul concetto di interpretazione in psicoterapia, in ROVERA, G. G. (a cura di), *Il sistema aperto della Individual Psicologia*, Quaderni Riv. Psicol. Indiv. Cortina, Torino.
119. ROVERA, G. G., GATTI, A. (1982), Considerazioni psicopatologiche ed applicazioni cliniche in tema di strategie dell'incoraggiamento, *Rass. Ig. Mentale*, IV, 1-4: 105-132.
120. ROVERA, G. G., SCARSO, G., FASSINO, S., MUNNO, D. (1983), Doppio legame e messaggio paradossale in psicoterapia, in ROSSI, R. (a cura di), *Linguaggio e comunicazione in psicoterapia*, Massazza e Sinchetto, Torino.
121. RUNDELL, J. R., WISE, M. G. (a cura di, 1996), *Textbook of Consultation - Liaison Psychiatry*, tr. it. *La psichiatria nella pratica medica* (ROVERA, G. G., a cura di), C.S.E., Torino 1998.
122. SARAVAL, A. (a cura di, 1989), *La seduzione*, Cortina, Milano.
123. SCAMPATI, F., FERRANINI, L., PELOSO, P. M. (2004), Il suicidio può essere anche un errore terapeutico?, *Ital. Journ. of Psychopath.*, Suppl., 10, III: 150.
124. SCHMIDT, R. (1995), *Kansalität, Finalität und Freiheit. Perspective der Individual psychologie*, Reinhardt Verlag, Munchen, Basel.
125. SEIDEL, V. (1985), Regression al therapeutisches Agens in der I. P. Therapie, *Breit., Indiv. Psychol.*, 6: 90-99.
126. SHULMAN, B. H. (1973), *Contributions to Individual Psychology*, Alfred Adler Institute, Chicago.
127. SHULMAN, B. H. (1984), *Essay in Schizophrenia*, Alfred Adler Institute, Chicago.
128. SPERRY, L. (1989), Contemporary Approaches to Brief Psychotherapy: a Comparative Analysis, *J. Indiv. Psychol.*, 45: 3-25.
129. SPINSANTI, S. (1991), La bioetica clinica per un nuovo rapporto medico-paziente, *Biomedical Inf.*, Fidia, Padova, 8, 4/5: 15-17.
130. STONE, A. A. (1990), Law, Science and Psychiatric Malpractice: A Response to Klerman's Indictment of Psychoanalytic Psychiatry, *Amer. Journ. of Psychiatry*, 147, 4: 419-427.
131. TATARELLI, R., POMPILI, M., MANCINELLI, I. (2004), L'errore in psicoterapia, *It. Journ. of Psychopath. Suppl.*, 10, III: 150.
132. TETTAMANZI, D. (2002), *Dizionario di Bioetica*, Piemme, Casale Monferrato.
133. TORRE, E. (a cura di, 1999), *La creatività nelle relazioni di aiuto*, Isabel, Gessate.
134. TREVI, M. (1986), *Metafore del Simbolo*, Cortina, Milano.
135. TSENG, W. SH. (2001), *Handbook of Cultural Psychiatry*, tr. it. *Manuale di Psichiatria Culturale* (BARTOCCI, G., a cura di), C.I.C., Roma 2003.
136. VOLTAGGIO, F. (1992), *L'arte della guarigione nelle culture umane*, Bollati Boringhieri, Torino.
137. WEIL, F. (1993), The Right of the Mental Patient to Be Medically Informed, *Med. and Law*, 12, 6/7/8: 681-686.

138. WELLDON, E. V. (1988), *Mother, Madonna, Whore: The Idealization and Denigration of Motherhood*, tr. it. *Madre, Madonna, Prostituta* (ROVERA, G. G. ET ALII, a cura di), C. S. E., Torino 1995.

Gian Giacomo Rovera  
Corso Einaudi, 28  
I-10129 Torino  
E-mail: ggrovera@hotmail.com

## Psicopatologia e famiglia

SECONDO FASSINO, FEDERICO AMIANTO, ANNALISA BRUSTOLIN,  
STEFANIA BERGESE, MARIA BOLGIANI

*Summary* – PSYCHOPATHOLOGY AND FAMILY. A disturbed familiar environment plays a relevant role in the pathogenesis, maintenance and therapeutic approach to many psychiatric disorders arising mainly in early ages, such as anorexia, bulimia and borderline personality organization. Not only mothers, but also fathers of anorectic, bulimic and borderline patients express significant fragility of temperament and character traits. ED families often show alterations in parental relationships, that are particularly pathogenic during adolescence. In BDP-affected patients, growing processes may be impaired by lean parental cooperativeness. Temperament and character traits also display a significant role on psychogenic infertility. From these considerations, it derives that an adequate psycho-educational approach, involving counselling and eventually psychotherapy to present or future parents, seems to be useful to reduce or modify the dynamics causing parenthood's psychopathology, as some character traits may undergo a certain degree of evolution also in adulthood.

*Keywords:* PARENTHOOD, ANOREXIA-BULIMIA, INFERTILITY

La complessità della cultura occidentale presenta marcate ripercussioni sulla maturazione e sull'esperienza della funzione genitoriale. I disturbi del comportamento alimentare, i disturbi borderline di personalità, le tossicodipendenze, emblematica espressione di patologia della famiglia, sono radicati nelle fasi evolutive della personalità [37] e sembrano rappresentare una via finale comune riparativa, ma perversa, all'angoscia da disidentità. L'atteggiamento dei genitori, conseguente alla delusione per la patologia del figlio, ma anche la loro ostilità più o meno consapevole ed i loro problemi psicopatologici personali precedenti o conseguenti a quelli del figlio, sono spesso determinanti per il buon esito delle cure [24, 50].

### I. *Psicologia e psicopatologia della genitorialità*

Un recente studio apparso su *Science* offre un modello sociale semplificato per studiare le dinamiche della genitorialità nella specie umana. Esso riporta sedici anni di osservazioni etologiche sulle famiglie di babuini della savana africana ed evidenzia come le cure parentali ed il contesto sociale in cui queste vengono offerte risultino determinanti per lo sviluppo e la sopravvivenza fino a un anno dei cuccioli di questi primati [52].

La famiglia è l'organismo sociale più necessario per la maturazione dell'individuo poiché rappresenta un mondo di significati che si manifesta con le sembianze di un progetto [14]. Il bambino utilizza i genitori come supporto e modello per plasmare e orientare il proprio Sé. Esso comprenderà le rappresentazioni conscie e inconscie di se stesso come "Persona" che riproducono il dialogo, verbale e non, con i genitori e tra i genitori. Infatti, la costellazione familiare [1], in comunicazione biunivoca con quella sociale, è interiorizzata dal bambino in un'epoca nella quale non ha né il linguaggio né i concetti adeguati e le sue registrazioni inconscie ("i genitori interni") sono attive a lungo nel plasmare la personalità [3, 18].

Spesso il desiderio del bambino è distinto dal desiderio di gravidanza. Certe gravidanze non hanno altra finalità che verificare il buon funzionamento del corpo. Coscientemente la generatività dell'individuo si esprime nel desiderio e nella progettazione di sé come genitore. Sul piano del cosciente desiderare, progettare è l'espressione della generatività dell'individuo, è situarsi come genitore: allevare il proprio bambino come hanno fatto i propri genitori, con il fantasma di produrre, sagomare, forgiare un nuovo essere, somigliante o differente da se stessi, secondo la stima di sé e la qualità delle proprie identificazioni parentali. È anche sorpassare il proprio destino, attivare il "plasma germinale immortale". Già Platone riteneva che la capacità di generare fosse una particella d'immortalità della creatura mortale.

Sul piano inconscio questo desiderio consegue ad una doppia identificazione: materna e paterna. Lo sviluppo psichico femminile è basato sulla percezione, presente fin dall'infanzia, di poter generare, conseguente al confronto col corpo della madre. Nella gravidanza e nell'allattamento una donna prolunga la propria madre e si identifica con lei. L'identificazione paterna, per la teoria freudiana, nella donna vedrebbe il bambino come il sostituto del pene mancante [27].

L'Individualpsicologia adleriana con le sue concezioni sulla protesta virile ha deletteralizzato questa impostazione rigidamente sessuale e biologica, estendendo il concetto al vissuto di mancanza, d'inferiorità rispetto ad un modello idealizzato fittizio (ermafroditico) del Sé. La "volontà di potenza", una delle due istan-

ze fondamentali del Sé, onnipotente nell'immaginario inconscio del bambino, armonicamente mediata nell'adulto maturo dal *sentimento sociale*, ne richiederebbe una compensazione attraverso la gravidanza [3].

Il termine genitore indica, quindi, colui che sente la mancanza, l'incompletezza dell'essere, del Sé. Implica la sessualità (da *sectus*, cioè diviso, incompleto) come motivazione, ma non si esaurisce in questa. Essere genitori può nascondere un'esigenza di immortalità, l'obbligo nei confronti dei propri genitori di perpetuare il patrimonio genetico familiare. Può derivare da un sentimento di scarsa autostima che la sterilità accentua come ferita sull'identità sessuale e sull'immagine di sé dovuta allo stretto legame che da sempre c'è stato tra fertilità e virilità e tra maternità e femminilità. Può conseguire all'ansia di sentirsi disistimati socialmente, soprattutto dalla famiglia e dagli amici [26].

I complessi rapporti natura-cultura regolano l'espressività psicologica e sociale di aspetti biologici "forti", quali la fertilità della donna, le strutture anatomiche femminili concave di "accoglimento", quelle maschili convesse di "proposizione". Il codice materno su cui si modella il Sé del soggetto è ancora riferito, nella nostra cultura, alla categoria dell'appartenenza dei legami relazionali, della protezione e della continuità affettiva, espressione di dipendenza; il codice paterno è riferito all'esplorazione fuori della continuità affettiva, all'affermazione personale, alla realtà sociale, espressione di autonomia.

Il "diventare genitore" comporta altresì l'elaborazione di cambiamenti, di perdite e di angosce collegate alle vicissitudini della realtà esterna e del mondo interno come nell'elaborazione di un lutto [27]. Accettare di perdere alcuni aspetti di Sé perché il figlio diventi se stesso è una delle più elevate espressioni del Sé Creativo. Il Sé Creativo per Adler motiva una composizione, mediazione tra le istanze del sentimento sociale ("fare per/con gli altri") e della volontà di autoaffermazione ("con crescita dell'autostima").

Già prima della nascita il feto sviluppa funzioni percettive e un'attività psichica che si strutturano in relazione a quelle materne. Perché un feto e un neonato possano accedere al pensiero è necessario che la madre, fantasticando ed amando il bambino durante la gestazione, crei per lui un "contenitore di pensieri" e "pensi" i suoi primi pensieri. Così anche per la nutrizione: il bambino arriva ad alimentarsi in modo autonomo dopo essere stato alimentato dal sangue e poi dal latte materni: nutrimenti "prodotti" dalla madre. Il processo empatico è una complessa capacità percettiva caratterizzata, per la madre, dal ricevere la comunicazione del figlio e tradurre le sue emozioni, le sue parole e i suoi simboli nei significati "suoi propri". È uno degli aspetti più raffinati del sentimento sociale e implica sperimentare il processo ed il contenuto della coscienza del figlio [17]. La dedizione al figlio non si limita a nozioni di puericultura o di psicopedagogia evolu-

tiva, ma è impegno a non venire meno all'amore per lui, chiunque egli sia. È un'alleanza affettiva profonda, viscerale.

È frutto di specifiche identificazioni reciproche, empatiche, intenzionali ed inconse consentite da meccanismi regressivi parziali. Esse hanno l'effetto di consentire al figlio un cammino dalla *dipendenza* all'*autonomia* con crescita dell'autostima, ottenuta mediante collaudi creativi: tra l'appartenere e il cooperare è indispensabile un riconoscimento del Sé – originale e irripetibile – del figlio e un accoglimento transmotivante. Il cammino dalla *dipendenza* all'*autonomia* si avvale del processo di incoraggiamento e di una frustrazione ottimale che moduli protezione ed autonomia, distanza e vicinanza emotiva [10]. I genitori sono interiorizzati, durante la fase di identificazione o fase specchio, e diventano i precursori degli "schemi" inconsci di pensiero e di emozione. La modulazione tra *vicinanza protettiva* e *distanza autonomizzante* è necessaria perché il figlio si collaudi come individuo fornito di specifiche identità e creatività.

La trasformazione socioculturale della famiglia attuale incide sulla formazione dei nuovi individui. Paradossalmente un certo tipo di perseguimento del benessere genera patologie degli individui e della famiglia. Una cultura relazionale fonderebbe il benessere familiare sulla capacità di generare bene relazionale e non sui meri diritti individuali [14].

La crisi della famiglia tradizionale incide sulla formazione dei nuovi individui e quindi dei nuovi genitori. Alcuni fenomeni e tendenze indicano una trasformazione socioculturale della famiglia attuale. L'introduzione del divorzio, l'abrogazione del divieto di propaganda anticoncezionale, la riforma del diritto di famiglia, la legge sull'aborto legale, il decrescere della natalità, il diffondersi del lavoro femminile, della famiglia monogenitoriale e della pluralità dei modelli familiari [14], la crisi delle ideologie e degli assetti politici, la diffusione dei consumi, la diminuzione delle occasioni di lavoro per i giovani, l'invasione e la manipolazione dei flussi informativi, il diffondersi di stili comunicativi intolleranti rappresentano mutamenti culturali recepiti dal Paese, come l'adolescenza e i matrimoni protratti, da cui le gravidanze protratte e i matrimoni di prova.

Da un lato i rapporti tra generazioni sono sempre più gestiti da strutture pubbliche, dall'altro la capacità della famiglia di autoregolarsi sotto il profilo della relazionalità, non sembra sempre sufficiente. A ciò si aggiunge una diminuzione della capacità riparativa delle istituzioni scolastiche e delle agenzie di formazione che in passato compensavano le difficoltà esistenziali familiari [18, 14].

Assetti sociali scissionali e discordanti peggiorano le errate interazioni precoci tra genitori e figli [37]: assai marcata sarebbe la capacità persuasiva acritica occulta della televisione, "cattiva maestra" [44] nel favorire e diffondere stili di vita fon-

dati sul “tutto subito”, sulla mancanza di misura, sull’intolleranza, sulla violenza, sull’apparenza, su un’illusoria facilità del vivere, sulla dissociazione, scissione tra metodi e obiettivi esistenziali, sulla trasgressione.

Le condizioni socioeconomiche sembrano mettere in crisi e trasformare la famiglia, deputata ancora oggi a formare alla base la struttura di personalità. La competizione esasperata per il benessere economico rende difficili amicizie, matrimoni e rapporti genitori-figli profondi e duraturi. Il movimento di liberazione della donna ha inoltre prodotto una mascolinizzazione unilaterale, dove la donna ha spesso rinnegato la propria femminilità, ed il proprio sentimento materno, per esaltare le sue “qualità maschili”. Le madri inserite al contempo in ambienti di lavoro extra ed intrafamiliari sono spesso conflittualizzate, affacciate, sole [36].

Con la trasformazione della società sono state espulse dalla sfera familiare molte funzioni riconducibili al potere tradizionalmente legato al concetto di padre. I giovani perdono il confronto verticale con l’autorità: familiare, istituzionale, aziendale [11]. Il prolungamento adolescenziale, la “famiglia lunga”, la ritardata assunzione di *status-ruoli* adulti ne rappresenterebbero alcuni dei più vistosi effetti [18].

La crisi della famiglia tradizionale incide sulla formazione dei nuovi individui e quindi dei “nuovi genitori”. Si fanno incerte le identità familiari, per cui diventa più forte il bisogno di sapere che cosa ci si può aspettare dai propri familiari e le persone sono forzate a ridefinire continuamente chi sono [24]. Un numero crescente di stili di vita e di forme di convivenze reclamano oggi il diritto di essere trattati come famiglia per il fatto di adottare alcune – mai tutte – modalità del codice simbolico della famiglia: è il fenomeno della “pluralizzazione delle forme familiari” [14].

Ma le famiglie attuali sono ancora in grado di generare famiglie, e quindi genitori *compiuti*? Padri separati, madri separate, padri risposati, madri risposate, madri sole, padri soli, coppie senza figli, con molti figli, con figli naturali, in provetta, figli di separati, figli di genitori biologici, genitori sconosciuti: come si può governare una simile morfogenesi della famiglia? Il *Settimo rapporto CISF sulla famiglia in Italia* [14] a proposito della frammentazione della famiglia, evidenzia almeno due modi ben diversi per orientare la morfogenesi della famiglia attuale: il potere statale centrale indirizza la famiglia in termini di neutralità etica; oppure lo Stato favorisce le associazioni di famiglie e le delega a promuovere una semantica di qualificazione etica per cui il bambino non è solo un semplice individuo ma soggetto di una trama generazionale fra ascendenti e discendenti. Nella famiglia c’è un preciso complesso di diritti-doveri fra coniugi-genitori che è un bene comune della società, mentre nei patti di coppia, largamente discrezionali, sussistono al proposito molti “vuoti” sui figli, che necessitano di ulteriori regole da parte dello Stato [14].



Emerge con evidenza dalle osservazioni antropologico-sessuologiche il cambiamento radicale di prospettiva della vita di coppia e di famiglia. Tale cambiamento è caratterizzato, per un verso, dalla sostituzione del modello di famiglia genitoriale educante con quello centrato sulla coppia coniugale amorosa e, per altro verso, dal riconoscimento che soltanto il diventare genitori rappresenta un vero e proprio rito di passaggio ad uno stato nuovo, connotato da maturità psicologica e da successo sociale, dunque da stabilità e istituzionalizzazione.

La realtà urbana contemporanea è ormai costituita da un numero limitato di figli, concepiti da genitori già avanti nell'età. Infatti, l'economia domestica non è più basata, come quella rurale di un tempo, sulla forza-lavoro. Il consumismo e la limitata possibilità lavorativa, che richiedono ormai lunghi anni di studio, hanno creato una società basata su nuclei familiari ristretti e non più giovani [40]. I figli rimangono un bene prezioso ma soprattutto costoso. La nascita di un figlio è quasi sempre ponderata nell'ottica di valori di realizzazione personale e/o di coppia, di libertà di scelta, di qualità della vita [41]. Si nota uno spostamento dall'ottica della responsabilità a quella del desiderio e piacere: un figlio deve nascere solo se è voluto, ovvero se è considerato un bene per l'individuo e può soddisfare delle aspettative genitoriali. Questo principio spiega anche come, se un figlio è desiderato e non arriva, la sterilità produce una profonda ferita dovuta alla mancata realizzazione. Le due nuove figure estreme sono così gli "sterili per scelta" e i "genitori ad ogni costo" [40].

Le "patologie" della genitorialità si estendono dalla normale compiutezza imperfetta del *Sé Genitoriale*, alle manifestazioni nevrotiche, all'incompiutezza della personalità genitoriale, alla depressione ed alla patologia psicotica. Per la madre in un primo tempo deve svilupparsi la capacità di stabilire un "rapporto a due" e in un secondo tempo la capacità di inserirvi un terzo; per il padre la capacità di essere il terzo, prima esterno, poi interno a questa relazione. Per entrambi l'accoglimento del bambino reale rispetto a quello ideale è un processo fondamentale per la sua sanità psicologica. Nella famiglia odierna [14] spesso i genitori sono più impegnati per i propri bisogni che per quelli emotivi dei figli. Genitori assenti, permissivi ma esigenti, che viziano e non amano, oppure presenti e distratti, che usano il bambino per i propri bisogni sono specchi talora non solo vuoti ma anche deformanti e inducono "genitori interni" disarmonici e confusivi disturbanti i processi maturativi dell'identità del *Sé* del figlio [37, 42]. Su tale disturbo strutturale di maturazione potrebbero successivamente agire quei fattori biopsicologici che attivano il rischio di tossicodipendenze, disturbi del comportamento alimentare, disturbi di personalità narcisistici o borderline così diffusi negli ultimi anni tra i giovani delle società avanzate.

L'approccio clinico deve, da un lato, considerare l'esigenza di mantenere una relazione tra i genitori e al contempo la necessità di organizzare, favorire una

separazione utile ad una sana identità di ciascun membro della triade [45]. È necessario differenziare ogni spazio del padre e della madre, affinché il figlio a sua volta possa sviluppare il Sé generativo (le strutture psicobiologiche della generatività) verso il Sé genitoriale.

Poussin [45] in riferimento ad una ricerca clinica *sul campo*, in un centro di aiuto per bambini figli di genitori separati, fonda il senso attuale della funzione genitoriale per i genitori e i figli non solo dal punto di vista della funzione materna e della funzione paterna, ma nella sua globalità. Il modello psicologico della funzione materna di nutrimento e quello etologico dell'attaccamento sono visti come funzionali a un approccio clinico che consideri l'esigenza di mantenere una relazione tra i genitori e al contempo la necessità di organizzare, favorire una separazione utile a una sana identità di ciascun membro della triade. Occorre differenziare ogni spazio del padre e della madre affinché il figlio a sua volta possa sviluppare il *Sé generativo* verso il *Sé Genitoriale* ed eventualmente poter diventare genitore. Infatti, il significato che si può attribuire al fatto di avere dei genitori rimanda immediatamente al significato che si può dare al diventare noi genitori. L'articolazione tra bisogni dei genitori e bisogni del figlio produce effetti interattivi sulla piena maturazione degli uni e dell'altro: da una parte la funzione genitoriale per i genitori agisce in riferimento al desiderio di un figlio, al suo sviluppo, all'assenza di un figlio; dall'altra parte la funzione genitoriale per i figli riguarda i compiti dei genitori, le attese nei loro confronti, lo sviluppo del Sé, e gli effetti su loro stessi dei fallimenti della funzione genitoriale. Il prototipo di ogni relazione è, infatti, l'esperienza primaria, apparentiva, deludente, entusiasmante o dolorosa ma comunque significativa, di rapporto con i nostri genitori.

L'esercizio corretto della paternità e della maternità è per i figli, ma anche per i genitori, essenziale al processo di identificazione: maschile e femminile sono dimensioni biopsicologiche costitutive di ogni soggetto, uomo o donna, che devono trovare un'armonica composizione e alternanza per la crescita maturativa del Sé [24]. La situazione di complessità propria di questo nostro tempo non può non avere ripercussioni profonde anche sull'esperienza di padre e di madre.

Si riscontra pertanto nelle società avanzate una diffusa difficoltà alla maturazione della funzione genitoriale. Alcune patologie, come disturbi del comportamento alimentare, disturbi borderline di personalità, tossicodipendenze, sono radicate nelle fasi evolutive della personalità e sono rese complesse per la difficoltà della transizione dalla *dipendenza* all'*autonomia*. Questi disturbi in costante diffusione [37] sembrano caratterizzati dallo stesso denominatore di rappresentare una via finale comune riparativa, ma controproducente e distorta, all'angoscia da disidentità.

## II. *Psicopatologia familiare nei disturbi del comportamento alimentare (DCA)*

Anoressia e Bulimia Nervosa sono stati considerati disturbi “sindromici” ovvero “via finale comune” di elementi biologici, psicologici, familiari e socio-culturali [29]. Fin dal 1974 Minuchin [38] ha messo in luce la tipica modalità relazionale delle famiglie di soggetti affetti da DCA (invischiamento, scarsa definizione dei ruoli, iperprotezione, etc.). Alcune osservazioni hanno focalizzato l’attenzione sulle caratteristiche individuali materne, altre su quelle paterne. La maggior parte ha, comunque, rilevato disfunzioni delle relazioni interpersonali nell’ambito del sistema familiare [21, 25].

Alcuni studi retrospettivi sull’anoressia che hanno individuato relazioni distanti, carenze nell’espressione dell’affetto e dei sentimenti tra le pazienti e i genitori, hanno descritto tre diversi stili di rapporti nell’ambito familiare: stile chiuso e dipendente, stile disorganizzato, stile misto ben funzionante [56].

Nei genitori di soggetti con DCA esiste una maggiore vulnerabilità a numerosi disturbi mentali. La presenza di tratti ossessivi in uno od entrambi i genitori sembra essere un fattore di rischio specifico di AN per le loro figlie [34, 56].

Ci sarebbero maggiori livelli d’ipercoinvolgimento e sintomi psichiatrici nei parenti delle anoressiche, ma non in quelli delle pazienti bulimiche, mentre familiari di donne con bulimia sono frequentemente affetti da disturbi dell’umore, anoressia e bulimia, abuso di sostanze e disturbo ossessivo-compulsivo [55, 56]. Inoltre il funzionamento familiare si correla anche al buon esito terapeutico che produce a sua volta un miglioramento nel funzionamento familiare [16, 61].

Al momento sono pochi gli studi sulla personalità dei genitori, e sulle loro eventuali alterazioni patologiche effettuati con gli stessi strumenti utilizzati per descrivere la personalità delle figlie. Gli studi sulla personalità di pazienti e genitori rappresentano una promettente area di ricerca, sia per la prevenzione che la cura, soprattutto da quando è disponibile uno strumento di valutazione della personalità che consente di differenziare temperamento e carattere, come il TCI inventario diagnostico dimensionale della personalità [12, 13]: il carattere, infatti, rappresenta il settore della personalità che si sviluppa in riferimento alle interazioni relazionali a partire dai primi anni di vita, ma con rimodellamenti in ogni età.

Il TCI di Cloninger [12, 13] è lo strumento che ha dato il contributo maggiore in questo tipo di studi [21, 25]. Esso rileva quattro dimensioni temperamentali: ricerca della novità, evitamento del danno, dipendenza dal riconoscimento, persistenza, e tre del carattere: autodirettività, cooperatività, autotrascendenza. Le ragazze anoressiche presentano una “triade temperamentale” costituita da *alto evitamento del danno, bassa ricerca di novità, alta persistenza* [19, 20, 21, 33]

cui si associa la *bassa autodirettività nel carattere* [9, 22]. Il temperamento delle pazienti bulimiche si caratterizza per un alto *Evitamento del danno* [22, 33], per un'*Autodirettività inferiore a quella delle ragazze anoressiche* [9, 22].

L'alto *Evitamento del danno* è una predisposizione in parte geneticamente trasmessa [13], a reagire con livelli elevati di *stress*, ansia e depressione agli stimoli ambientali potenzialmente dannosi. Le pazienti anoressiche, come le bulimiche, mostrano una suscettibilità particolarmente elevata a situazioni ambientali, e quindi anche familiari, stressanti. La bassa ricerca della *Novità* che indica scarsa attività esploratoria, frugalità e adattamento alla *routine* e l'alta persistenza che implica rigidità, ipercontrollo, ossessività, capacità di resistere alle frustrazioni, in una parola una patologica forza di volontà espressa sintomatologicamente nel disturbo dell'alimentazione, sono invece tratti tipici della paziente anoressica. La bassa *Autodirettività* indica una *generica immaturità del carattere* [58] e pertanto una maggiore suscettibilità a esprimere un disturbo di personalità propria di entrambi i DCA.

Emerge, quindi, l'importanza di studiare l'ipotesi di una relazione complessa tra gli elementi della personalità delle ragazze anoressiche e bulimiche – caratterizzata da alcuni tratti temperamentali e caratteriali comuni – ed elementi della personalità dei familiari, eventualmente in parte connessi allo sviluppo del Disturbo Alimentare: oltre all'importanza degli interventi di prevenzione nei soggetti a rischio, genitori e figlie, è cruciale il significato di tali acquisizioni ai fini degli interventi terapeutici, specie per limitare l'azione dei cosiddetti fattori perpetuanti, responsabili della cronicizzazione di questi disturbi.

All'analisi discriminante col TCI la famiglia dell'anoressica come pure quella della bulimica risultano fortemente caratterizzate (discriminazione al 98%) rispetto alle famiglie controllo ed in particolare i padri e le figlie sono meglio caratterizzati rispetto alle madri.

Quantunque gran parte della letteratura consideri le madri delle anoressiche "patogenetiche" [8], esse come pure quelle delle ragazze bulimiche si discostano dai controlli solo per una dimensione: una più bassa *Autodirettività* [23, 24]. Questa denota una scarsa capacità a darsi e a perseguire obiettivi ed una maggiore fragilità caratteriale con tendenza alla critica, all'irresponsabilità, all'inaffidabilità e al bisogno di una "guida" più matura [12]. In entrambi i disturbi l'"immaturità" materna lascia prevedere un'importante difficoltà ed instabilità relazionale madre-figlia derivata dalla sottostante struttura di personalità. A causa di tale modello instabile ed inaffidabile per la strutturazione del carattere, nella figlia si forma una personalità altrettanto immatura ed instabile tanto da non permettere un'adeguata gestione dell'elevato *Evitamento del danno*. La correlazione positiva tra l'HA della madre e quello della figlia evidenzia una

possibile origine genetico-ereditaria [57] della vulnerabilità temperamentale della paziente bulimica. Sebbene la madre della paziente non esprima un HA significativamente superiore a quella dei controlli, tale tratto sottosoglia potrebbe esprimersi a livelli patologici nelle figlie a causa di una concomitante trasmissione sottosoglia del tratto da parte dei padri.

Molteplici sono le differenze dei padri delle ragazze anoressiche che presentano alti *Evitamento del danno* e *dipendenza dal riconoscimento*, bassa *persistenza* – dimensioni temperamentali – oltre ad una bassa *Autodirettività* [20]. I profili temperamentali dei padri delle pazienti bulimiche mostrano un'unica differenza significativa rispetto a quelli dei controlli: appaiono meno *persistenti* dei padri di ragazze non affette da ED.

Nel complesso, più della madre, i padri sembrano “portatori” di una vulnerabilità temperamentale che li priva di perseveranza e stabilità di fronte alla frustrazione (bassa persistenza). Tale *deficit*, anch'esso motivo di scarsa affidabilità del riferimento genitoriale, può costituire un forte ostacolo all'instaurarsi di una relazione padre-figlia fruibile nel processo di formazione dell'identità. Alla bassa persistenza consegue, infatti, un facile cedimento del padre di fronte alle difficoltà relazionali dovute all'instabilità della figlia stessa.

La bassa SD caratteristica di tutta la famiglia indica una pervasiva immaturità e fragilità di tutti i membri che è stata considerata un fattore di rischio per la suscettibilità ai “*social messages pertaining to the ideology of slenderness*” [30]. I padri osservati sono privi di quegli elementi di perseveranza e stabilità di fronte alla frustrazione (bassa persistenza) che sono tipici delle figlie e delle madri. Questi aspetti suggeriscono l'ipotesi che le madri ricoprono verso le figlie una “funzione” vicariante, rispetto ai padri. Padri immaturi e dipendenti e madri fragili, coinvolti in un rapporto di coppia “omogamica” (partner con analoghe problematiche inconse irrisolte e/o analoga labilità emotiva) [51] sottolineata dalla correlazione tra i rispettivi tratti caratteriali (autodirettività e cooperatività) conducono a mancanza di definizione di ruoli e di trasmissione di sicurezza. Un più stretto legame vicariante madre-figlia rinforza nelle figlie anoressiche comportamenti rigidi e fortemente assertivi (alta *Persistenza*), ed in quelle bulimiche comportamenti autoaggressivi ed impulsivi compensativi della “debolezza familiare” e della scarsa conoscenza e accettazione personale.

Padri maggiormente disturbati e madri fragili conducono a due problematiche nei rapporti con la figlia: a) la mancanza di definizione di ruoli e di trasmissione di sicurezza che si intreccia a carenze temperamentali (alto *Evitamento del danno*, bassa *ricerca di Novità*) e caratteriali (bassa *Autodirettività* ed alta *persistenza* delle figlie anoressiche) b) un più stretto legame (le correlazioni) madre-figlia alimenta nuclei patologici temperamentali e rinforza nelle figlie stesse comporta-

menti rigidi e fortemente assertivi, compensativi della “debolezza familiare” (alta *persistenza*) e della scarsa conoscenza e accettazione personale.

### III. Genitori e dinamiche familiari nel disturbo borderline di personalità e nelle tossicodipendenze

La complessità della patologia borderline si rivela nell’eziologia, nella diagnosi e nella terapia. Le ipotesi eziologiche sul disturbo borderline di personalità, BPD, sono numerose e differenti tra loro, ma molti autori concordano sul fatto che non esista un singolo agente eziologico attendibile.

Il confronto tra le diverse teorie eziologiche riporta alla luce il dibattito fra innato e acquisito e in quale misura il disturbo di personalità sia frutto di una predisposizione genetica, delle esperienze relazionali ambientali e dell’interazione dinamica tra i due aspetti [35].

Studi genetici sulla famiglia avallano l’ipotesi per cui il disturbo borderline di personalità rientrerebbe nei disturbi dell’impulsività con prevalenza significativamente superiore nei familiari [53, 62]. Tuttavia si trova una bassa prevalenza di BPD nelle coppie di omozigoti [59] e nelle adozioni [7]. Gli studi genetici, non hanno finora definito l’entità della trasmissione genetica sia del disturbo *in toto*, che dei tratti di personalità del BPD.

Fin dall’elaborazione del concetto di Personalità Borderline un grande peso eziologico è stato attribuito alle relazioni genitoriali ed alle condizioni familiari. Kernberg [32] sostiene che i pazienti borderline esprimano problemi nella fase di separazione-individuazione dalla madre a causa di un disturbo nella disponibilità emozionale della madre, dovuto ad un eccesso d’aggressività del bambino o a problematiche della madre nella funzione genitoriale, o ad una combinazione di entrambi i fattori.

G. Adler [2] basandosi sul modello del *deficit* o dell’“insufficienza” notò che il bambino, verso il diciottesimo mese di vita, dovrebbe essere normalmente in grado di costruirsi un’immagine interna della madre anche durante la sua assenza fisica. Al contrario, il bambino che svilupperà il disturbo di personalità borderline, avrebbe invece un *deficit* di questa “memoria evocativa”: in situazioni di stress o di intenso transfert tenderebbe a regredire, fino a perdere la capacità di richiamare alla memoria le figure importanti del suo mondo.

Altri autori hanno rilevato un “controllo anaffettivo” da parte di entrambi i genitori che falliscono nel dare un supporto emozionale e al tempo stesso ostacolano la separazione dei loro figli [63]. Per molti autori, i genitori del paziente con BPD

sono assiduamente impegnati nella soddisfazione dei propri bisogni, piuttosto che in quelli emotivi dei figli o, comunque, presentano una dinamica affetto-controllo disturbata [54]. L'instabilità del Sé materno generativo di madri abbandonate dai mariti crea schemi educazionali confusivi [17, 54] con l'alternarsi di atteggiamenti vizianti e rifiutanti [46], che gli rimandano un'immagine del Sé inaffidabile, con compromissione dell'autostima.

Tutti i modelli sono stati criticati soprattutto sulla base della più recente ipotesi patogenetica del trauma infantile. Anche in questo caso, tuttavia, la famiglia riveste un ruolo fondamentale. La ricerca empirica ha largamente sostenuto l'ipotesi che molti pazienti borderline abbiano subito reali violenze durante l'infanzia dai genitori o da persone che si prendevano cura di loro. La prevalenza degli abusi sessuali infantili dei pazienti diagnosticati come borderline è di notevole importanza. L'84% dei pazienti con BPD riferisce una qualche esperienza di abuso da parte di entrambi i genitori prima dei diciotto anni [62].

Gli assetti sociali che peggiorano le errate interazioni precoci tra genitori e figli [42] come l'aumento rilevante di separazioni coniugali, divorzio e secondi matrimoni [39], l'abbandono della progettualità e dell'unità e dell'integrazione [14], e la diminuita efficacia di istituzioni (scuola, oratori, associazioni, etc.) che compensavano le problematiche relazionali [37] possono costituire fattori di modernizzazione favorenti il disturbo. La famiglia, infatti, subisce l'influsso culturale dell'abbandono della progettualità e quindi anche dell'unità e dell'integrazione, per orientarsi sull'oggi e sulle differenze individuali [14]. Ne deriva una visione multiprospettica, una continua problematizzazione dell'identità per cui le persone sono forzate a ridefinire continuamente chi sono [14]. Il legame genitoriale patologico non è di per sé causa di BPD, ma senza dubbio è considerato un grave fattore di rischio per il disturbo di personalità.

Un considerevole numero di studi sostiene l'associazione tra un disturbo di personalità e tossicodipendenza [31]. La presenza di un grave disturbo di personalità sembra differenziare i soggetti che fanno uso sporadico da coloro che abusano costantemente di sostanze [60]. Kandel e coll. [31] hanno riscontrato che le relazioni deteriorate con i genitori, assieme alla depressione, sono fattori predittivi altamente significativi per l'eventuale abuso di droghe da parte di soggetti in età giovanile, mentre non lo sono le variabili sociodemografiche. Per queste ragioni le problematiche familiari dei soggetti tossicodipendenti appaiono simili a quelle dei soggetti con DPB.

Utilizzando il *Temperament and Character Inventory* [12], sono state confrontate le personalità di soggetti con disturbo borderline di personalità affetti da tossicodipendenza con quello dei propri genitori [25]. I figli mostrano un profilo borderline tipico [12, 13, 58]: alta Ricerca della Novità e basse Dipendenza

dal Riconoscimento, Autodirettività, Cooperatività. I padri mostrano una Ricerca della Novità più elevata e Persistenza, Autodirettività e Cooperatività più basse rispetto ai controlli. Le madri una minore Autodirettività. L'alta Ricerca della Novità condivisa tra padri e figli indica un temperamento impulsivo, esplorativo, intollerante della frustrazione e della routine, facilmente predisposto alla rabbia [12]. I bassi punteggi di Dipendenza dal Riconoscimento dei soggetti borderline sottolineano la difficoltà nel percepire pensieri ed emozioni altrui denotando indifferenza e distanza nelle relazioni sociali. La bassa Persistenza paterna indica una bassa resistenza alla frustrazione che, accentuata dalla alta NS, può, come per le famiglie dei DCA, rinforzare la fragilità dell'intero sistema familiare, rendendo difficile mantenere saldi progetti di vita o strategie di convivenza, e superare le inevitabili difficoltà relazionali. L'assetto familiare appare disturbato e freddo mettendo in secondo piano l'emotività ed i sentimenti dei componenti. Poiché le dimensioni del temperamento sono geneticamente trasmissibili [13] soprattutto l'impulsività elevata appare influenzata da tratti ereditari.

La bassa Autodirettività evidenzia una fragilità estrema del carattere dei soggetti borderline come pure dei loro familiari che risultano poco maturi, distruttivi, autocritici, incapaci di definire e perseguire mete prefissate e molto impulsivi. Tale tratto, come nelle famiglie dei DCA, è responsabile di distorte relazioni familiari [3, 18] in quanto gli stessi genitori risultano altamente disturbati e disturbanti [49]. La bassa Cooperatività è indice di egocentrismo, intolleranza, incapacità di prestare aiuto e di relazionarsi agli altri sia per i pazienti che per i genitori [51]. Genitori così poco cooperativi influenzano negativamente i processi maturativi dei propri figli [35, 49] offrendo un modello relazionale distorto e creando una relazione genitoriale non empatica e supportiva.

Ulteriori approfondite ricerche sono necessarie per chiarire i processi biopsicosociali della genitorialità, intesa anche come attitudine della personalità a diventare e essere genitore. I disturbi psicopatologici del Sé generativo, desiderio e progetto di un figlio [42], funzione che giunge a maturità nello stadio evolutivo psicosociale della generatività, centrale e fondamentale per la piena attuazione dell'identità personale devono ancora essere in gran parte studiati. Desiderare un figlio è necessario, ma non basta per diventare genitori: il Sé generativo è precursore del Sé genitoriale. La genitorialità, come nella vicenda biblica di Abramo padre di Isacco, comporta una personalità ben strutturata e fiduciosa di elaborare preventivamente il lutto della *perdita* dello stesso: per avere un figlio, per allevarlo, bisogna essere capaci di perderlo!

Nello studio preliminare di Fassino e colleghi [51] condotto con SCID-II e TCI sulle famiglie di soggetti eroinodipendenti affetti da DP spesso multipli (50% cluster B, 22% cluster A, 7% cluster C, 7% altri disturbi), i genitori manifesta-



vano altrettanti disturbi (nell'83% dei genitori) sebbene di clusters differenti. Il 50% delle madri apparteneva al cluster C, il 14% al cluster A, il 7% al cluster B. Al contrario, i padri manifestavano, in modo più simile ai figli, nel 50% dei casi un profilo appartenente al cluster B, il 19% al cluster A ed il 24% al cluster C.

Madri e padri rivelano bassa *Persistenza*, alto *Evitamento del Danno* e bassa *Autotrascendenza*, in modo simile a quanto riscontrato in precedenza per i genitori dei pazienti Borderline. I padri denotano, inoltre, una bassa *dipendenza dal riconoscimento* che ostacolerebbe la loro partecipazione comunicativa alla diade madre-figlio, determinando un'esclusione emotiva [42]. Nell'insieme queste dimensioni denotano persone centrate su se stesse, poco disponibili ad impegnarsi nel rapporto con gli altri, soprattutto quello genitoriale. Inoltre, questi genitori si mostrano incapaci di perseguire i propri compiti in modo costante e non ambivalente. Essi appaiono come persone poco affidabili e incapaci di offrire sostegno che richiedono invece narcisisticamente agli altri.

Alcuni importanti contributi, precursori eventuali di aspetti terapeutici, potrebbero derivare in futuro dagli studi sui meccanismi perturbanti del desiderio, del progetto e di un figlio, che potrebbero indurre scissione tra il desiderio di gravidanza e desiderio di maternità, tra generatività e genitorialità negli aspetti biopsicologici sia individuali che di coppia. L'approccio della psichiatria di collegamento ai problemi della sterilità può rappresentare un'area clinica già attualmente percorribile.

#### IV. *Aspetti psicopatologici della personalità nell'infertilità psicogena: psicopatologia della generatività?*

Gli aspetti psicologici correlati all'infertilità umana sono stati ampiamente studiati [4, 47]. Sia per l'uomo che per la donna la consapevolezza della propria capacità riproduttiva è un elemento fondante l'immagine di sé [15]. Oggi la coppia tende a ritardare il momento della gravidanza, mantenendo apparentemente intatta la fiducia nelle proprie capacità riproduttive. Quando si presenta la necessità di dover fronteggiare il problema dell'impossibilità a concepire, ciò diventa talora psicologicamente intollerabile. La perdita di controllo sulle capacità riproduttive rappresenta un potente attacco alla propria immagine corporea e alla grandiosità narcisistica individuale, producendo spesso una grave crisi personale [43].

Nell'infertilità non voluta, dovuta a fattori organici le manifestazioni più frequenti che si possono riscontrare sono ansia, depressione, mancanza di fiducia in se stessi, grave stress psicologico, crisi della relazione di coppia, separazione, divorzio [43]. L'infertilità sembra, inoltre, arrecare importanti disturbi della sfera sessuale: nel maschio diminuzione della *libido*, disfunzione erettile, aneiaculazione, eiaculazione precoce o ritardata, anorgasmia e oligospermia; nella

femmina vaginismo e dispareunia. Alcuni studi evidenziano tuttavia che il legame di coppia, e in particolare la comunicazione e la vicinanza, possono essere rinforzati dall'infertilità, in quanto sono consolidate le forze di coesione interna.

È stata avanzata l'ipotesi di un'infertilità d'origine psicosomatica, causata da fattori psicologici preesistenti, che avrebbe basi fisiopatologiche complesse costituite da alterazioni ormonali, alterazioni funzionali e/o secretorie e incapacità a portare a termine la gravidanza. Tra queste ultime, all'ipercontrattilità uterina è universalmente riconosciuta una possibile base psicogena [48]. L'incapacità di avere un figlio con tale meccanismo si può riscontrare sia nella donna che nell'uomo, in relazione al ruolo assunto all'interno della coppia.

Inoltre, il concetto di infertilità inspiegata e d'infertilità psicogena non sono del tutto sovrapponibili, rivelandosi in alcuni casi l'infertilità inspiegata non di origine psicogena. Inoltre molti "danni biologici" e patologie organiche possono avere all'origine sofisticati processi psiconeuroendocrinologici e psiconeurometabolici. Per cui è attualmente ancora impossibile dirimere un'annosa questione: se la psicopatologia sia causa dell'infertilità in molti casi o se ne sia una conseguenza, e quindi un epifenomeno.

Non vi sarebbero differenze psicopatologiche significative nelle coppie infertili rispetto a quelle fertili [6] ma si può ritenere che siano a livello di personalità espressa come tendenza alla riservatezza, all'introversione, alla diffidenza, all'ansia, ad un'eccessiva e talvolta immotivata preoccupazione per persone o cose, a un attaccamento alle proprie idee, a una scarsa disponibilità e flessibilità, ed a un'eccessiva attenzione agli aspetti formali. In ogni caso sintomi depressivi e di *stress* psicologico sono così comuni nelle coppie infertili da raggiungere una prevalenza doppia rispetto alla popolazione generale [48].

Il modello psicobiologico di Cloninger [13] è stato impiegato per valutare le componenti temperamentali (derivate geneticamente e biologicamente) e caratteriali (acquisite attraverso l'esperienza, l'educazione, la cultura) della personalità delle coppie infertili [23].

In questa ricerca 290 soggetti (145 coppie) rivoltisi ad un Servizio pubblico per un problema d'infertilità, sono stati valutati attraverso la somministrazione del *Temperament and Character Inventory* (TCI) [13]. I soggetti, sottoposti a tutte le procedure diagnostiche *standard* per l'accertamento delle cause dell'infertilità, sono stati suddivisi in tre gruppi (infertilità organica, infertilità non organica, infertilità di dubbia origine) confrontati tra di loro.

Considerate le coppie infertili nel loro insieme, senza differenziare tra le cause d'infertilità, si evidenzia nella personalità solo una caratteristica del carattere costituita

da una minore Cooperatività rispetto alle donne con figli. Tale aspetto è rinforzato e chiarito dalla presenza di una Cooperatività significativamente inferiore nelle donne con infertilità funzionale rispetto a quelle con infertilità di tipo organico.

La flessibilità nelle relazioni interpersonali che caratterizza i soggetti con alta o media Cooperatività sembra favorire la possibilità di raggiungere un nuovo equilibrio di fronte a esperienze potenzialmente destabilizzanti [12, 13]. La bassa Cooperatività delle donne con infertilità di tipo funzionale può indicare una generica difficoltà ad affrontare il forte cambiamento dell'assetto intrapsichico e relazionale che la gravidanza e la successiva nascita di un figlio implicano.

Gli aspetti egocentri della personalità implicano una difficoltà all'investimento emotivo sui bisogni dell'altro [12]. Tale *deficit* caratteriale potrebbe generare un conflitto tra il rifiuto inconscio della maternità ed il desiderio conscio della stessa [5]. D'altro canto, lo stesso tratto potrebbe essere responsabile di una maggiore difficoltà a stabilire una relazione paritaria e serena ed un sufficiente affiatamento con il partner.

Entrambi i fattori potrebbero pertanto interagire come concause della ridotta fertilità. Anche l'Autodirettività è significativamente inferiore nelle donne affette da infertilità funzionale. Esse appaiono, quindi, caratterizzate da una bassa maturità e bassa autoaccettazione, scarso senso di responsabilità e maggiori fragilità e tendenza alla critica [12, 58]. Possiedono un principio di organizzazione interna più fragile e ciò le rende meno capaci di definire e perseguire obiettivi liberamente scelti [12, 13] per cui la stessa maternità verrebbe percepita più o meno consapevolmente come una prova verso la quale esse si sentono impreparate e inadeguate.

Sia le donne che gli uomini appartenenti al gruppo dell'infertilità funzionale evidenziano un *Evitamento del Danno* superiore ai soggetti con infertilità organica. Gli individui con questo tratto temperamentale sono molto passivi, timorosi, insicuri, affaticabili e propensi a reagire con alti livelli d'ansia e depressione ad eventi stressanti [12, 13].

D'altro canto la bassa Ricerca della Novità, dimensione temperamentale che esprime le tendenze esploratorie nei confronti dell'ambiente e la necessità di modificare costantemente le abitudini dell'individuo, è responsabile di bassa attività esploratoria, scarsa capacità di iniziativa ed incapacità di adattamento alla novità ed ai cambiamenti ed amplifica quindi l'evitamento del danno negli uomini infertili [13]. L'atteggiamento sistematico scarsamente innovativo e "creativo" del modo con cui questi soggetti affronterebbero il mondo, implicito in tale assetto temperamentale, potrebbe quindi implicare un minor bisogno generativo ed una accentuazione dell'ansia connessa alla paternità negli uomini affetti da infertilità funzionale.

L'associazione con un basso *Evitamento del Danno* costituirebbe un rinforzo reciproco dei due tratti con una conseguente amplificazione delle conseguenze cliniche [12]. Indipendentemente dal sesso i soggetti con infertilità funzionale mostrano quindi una maggiore tendenza a inibire il proprio comportamento in relazione a stimoli dannosi. La maggiore tendenza a subire lo *stress* e la minore iniziativa potrebbe ostacolare il comportamento sessuale (frequenza, numero, durata, partecipazione emotiva, soddisfazione dei rapporti sessuali). D'altra parte questi soggetti pur desiderando diventare genitori potrebbero percepire inconsapevolmente il futuro bambino come fonte di eccessive preoccupazioni, quindi potenzialmente pericoloso e "ostile", capace di minare gli equilibri intrapsichici individuali e relazionali della coppia [5].

L'infertilità "psicogena" consegue, quindi, all'interazione sinergica dei fattori temperamentali di entrambi i partner con i concomitanti deficit caratteriali. Le dinamiche relazionali favorite da tale interazione agevolerebbero una situazione psicobiologica "di coppia" sfavorevole alla procreazione. I risultati evidenziano come le differenze temperamentali e caratteriali tra le coppie infertili nel loro insieme e coppie fertili siano molto meno significative di quelle riscontrate tra le coppie con infertilità organica e funzionale. Pur necessitando di essere confermati da ulteriori studi, questi dati sottolineano come la presenza di peculiari tratti del temperamento e del carattere potrebbe influire sulla fertilità dei soggetti affetti da infertilità "funzionale".

Tale condizione oltre che alla peculiare situazione personologica di uno soltanto dei due partners, più verosimilmente consegue all'interazione sinergica di fattori temperamentali di entrambi i *partners* con i concomitanti deficit caratteriali. È pertanto plausibile che siano le stesse dinamiche relazionali favorite da tale interazione ad agevolare una situazione psicobiologica "di coppia" sfavorevole alla procreazione.

Le acquisizioni delle neuroscienze circa gli effetti dei comportamenti sui sistemi biologici cerebrali, come quelli che evidenziano gli effetti della psicoterapia [28] supportano l'ipotesi che la modifica di certi comportamenti potrebbe variare l'assetto di sistemi neuroendocrini e neurometabolici minimi che, al momento sconosciuti, sarebbero comunque coinvolti nel processo d'infertilità inspiegata attraverso i meccanismi psicobiologici di *stress*. Ulteriori approfondimenti dovrebbero essere mirati a chiarire se e come i suddetti tratti di personalità, probabilmente in concomitanza con *stressors* esterni, possano essere fattori predisponenti o veri e propri fattori eziopatogenetici di quel gruppo di infertilità definite "psicogene".

Approfondite ricerche sono necessarie per chiarire i processi biopsicosociali della genitorialità, intesa anche come attitudine della personalità, a diventare ed essere genitore. I disturbi psicopatologici del Sé generativo, desiderio e progetto di un figlio [42] devono ancora essere in gran parte studiati.

### V. Implicazioni terapeutiche

L'esplorazione della personalità permette di conoscere il ruolo che le coppie genitoriali esercitano su figli affetti da DCA, DP Borderline e tossicodipendenza, o sulla propria fertilità. Ciò risulta utile ai fini del coinvolgimento nella terapia multidimensionale, *a rete* [50, 51] per i problemi di fertilità o dei propri figli, pur essendo necessario valutare il rischio di favorire intempestivamente una responsabilizzazione colpevolizzante dei genitori ed accrescere iatrogenicamente le resistenze al trattamento.

Nei soggetti con DCA o disturbi borderline di personalità, è stato evidenziato un miglioramento più rapido quando è trattato anche almeno uno dei genitori [28]. Nella psicoterapia individuale dei figli una più chiara conoscenza da parte del terapeuta dei tratti temperamentali e caratteriali dei loro genitori, ottenuta attraverso la somministrazione del TCI, integra i ritratti interiorizzati dei genitori espressi dai pazienti. Ciò consente al terapeuta di aiutare i figli a costruire relazioni meno patologiche e permette l'allestimento di progetti terapeutici che ne considerino la peculiare interazione patologica con la personalità dei genitori.

Le alterazioni della personalità dei padri e delle madri dei pazienti indicano un intervento terapeutico specifico per i genitori, compatibile con gli interventi terapeutici per i figli. Nei servizi pubblici sempre più frequentemente sono utilizzati gruppi terapeutici omogenei di genitori come interventi *di rete* in concomitanza alla psicoterapia dei figli.

Lo studio della personalità all'interno del percorso diagnostico e terapeutico dell'infertilità può fornire elementi predittivi utili a identificarne fattori personalologici predisponenti. Il temperamento è la componente della personalità più strettamente correlata a funzioni biologiche soprattutto, ma non esclusivamente, neurotrasmettitoriali [12, 13].

I tratti del carattere sono sistemi di relazione con il mondo esterno [58] basati su "autoconcetti" formulati in interazione dinamica con la realtà attraverso un continuo processo di sviluppo e maturazione [13]. Al fine di modulare entrambi i tratti potrebbe risultare efficace anche un intervento di tipo psicofarmacologico eventualmente associato al supporto psicoterapeutico. I tratti del carattere hanno ampie possibilità di evoluzione anche in età adulta. In tutte le famiglie considerate è necessario focalizzare l'attenzione sui blocchi evolutivi dell'*Autodirettività*. D'altro canto la *Cooperatività* assume un ruolo estremamente significativo nelle dinamiche familiari dei pazienti Borderline e nelle donne infertili. Possibili obiettivi terapeutici sulla coppia genitoriale sarebbero il miglioramento della consapevolezza sugli aspetti conflittuali intrapsichici e relazionali della maternità/paternità dei due partner ed una migliore gestione

dell'ansia ad essi secondaria con la modulazione anche farmacologica dei tratti temperamentali al fine di ridurre i possibili effetti neurobiologici dello *stress* relazionale.

### Bibliografia

1. ADLER, A. (1920), *Praxis und Theorie der Individualpsychologie*, tr. it. *La Psicologia Individuale*, Newton Compton, Roma 1970.
2. ADLER, G. (1985), *Borderline Psychopathology and Its Treatment*, Jason Aronson, New York.
3. ANSBACHER, H. L., ANSBACHER, R. R. (1956), *The Individual Psychology of Alfred Adler*, tr. it. *La Psicologia Individuale di Alfred Adler*, Martinelli, Firenze 1997.
4. ARDENTI, R., CAMPARI, C., AGAZZI, L., LA SALA, G. B. (1999), Anxiety and Perceptive Functioning of Infertile Women During In-vitro Fertilization: Exploratory Survey of an Italian Sample, *Hum Reprod*, 14: 3126-32.
5. AUHAGEN STEPHANOS, U. (1991), *Wenn die Seele nein sagt. Vom Mythos der unfruchtbarkeit*, tr. it. *La maternità negata*, Bollati Boringhieri, Torino 1993.
6. BERG, M. L., CROSBY, R. D., WONDERLICH, S. A., HAWLEY, D. (2000), Relationship of Temperament and Perceptions of Nonshared Environment in Bulimia Nervosa, *International Journal of Eating Disorders*, 28: 148-154.
7. BOHMAN, M. (1981), The Interaction of Heredity and Childhood Environment: Some Adoption Studies, *J. Child Psychol. Psychiatry*, 22: 195-200.
8. BRUCH, H. (1978), *The Golden Cage*, The Harvard University, Cambridge.
9. BULIK, C. M., SULLIVAN, P. F. (1999), Temperament, Character and Suicide Attempts in Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa and Major Depression, *Acta psychiatrica scandinavica*, 100: 27-32.
10. CARMAGNANI, R., DANIELI, M. (1998), *Radici e Ali*, Ancora, Milano.
11. CENSIS (1992), *L'orizzontalità del mondo giovanile*, Censis, Roma.
12. CLONINGER, C. R., PRZYBECK, T. R., SVRAKIC, D. M., WETZEL, R. (1994), *The Temperament and Character Inventory: a Guide to Its Development and Use*, Washington University School of Medicine, St. Louis.
13. CLONINGER, C. R., SVRAKIC, D. M. (1999), Personality Disorders, in SADOCK, B., SADOCK, V. (a cura di), *Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry (7th edn)*, Lippincott Williams & Wilkins, New York: 1723-1764.
14. DONATI, P. (2001), Famiglia e pluralizzazione degli stili di vita: distinguere tra relazioni familiari e altre relazioni primarie, in DONATI, P. (a cura di), *Identità e varietà dell'essere famiglia. Il fenomeno della pluralizzazione*, San Paolo, Cinisello Balsamo.
15. EDELMANN, R. J., CONNOLLY, K. J. (1986), Psychological Aspects of Infertility, *Br. Med. Psychol.*, 59: 209-219.

16. FAIRBURN, C. G., HARRISON, P. J. (2003), Eating Disorders, *The Lancet*, 361: 407-416.
17. FASSINO, S. (1995), Psicoterapia breve a orientamento individualpsicologico: riflessioni sull'agente terapeutico, *Riv. Psicol. Indiv.*, 38: 43-52.
18. FASSINO, S., ABBATE DAGA, G., AMIANTO, F., LEOMBRUNI, P., BOGGIO, S., ROVERA, G. G. (2002), Temperament and Character Profile of Eating Disorders: a Controlled Study with TCI, *Interational Journal of Eating Disorders*, 32: 412-425.
19. FASSINO, S., ABBATE DAGA, G., AMIANTO, F., LEOMBRUNI, P., FORNAS, B., GARZARO, L., D'AMBROSIO, G. (2001), Outcome Predictors in Anorectic Patients after 6 Months of Multimodal Treatment, *Psychotherapy and Psychosomatics*, 70: 201-208.
20. FASSINO, S., ABBATE DAGA, G., LEOMBRUNI, P., AMIANTO, F., ROVERA, G., ROVERA, G. G. (2001), Temperament and Character in Italian Men with Anorexia Nervosa, *Journal of Nervous and Mental Disease*, 189, 11: 788-794.
21. FASSINO, S., AMIANTO, F., ABBATE DAGA, G., LEOMBRUNI, P., GARZARO, L., LEVI, M., ROVERA, G. G. (2003), Bulimic Family Dynamics: Role of Parent's Personality. A Controlled Study with the Temperament and Character Inventory, *Compr. Psychiatry*, 44: 70-77.
22. FASSINO, S., AMIANTO, F., NOVELLI, A., BOLGIANI, M., BARBIERI, E., LEOMBRUNI, P. (2003), Personality Features of Borderline and Eating Disordered Families, *VIII ISSPD Congress*, Florence, Italy, October 9-12.
23. FASSINO, S., GARZARO, L., PERIS, C., AMIANTO, F., PIERÒ, A., ABBATE DAGA, G., ROVERA, G. G. (2002), Temperament and Character in Couples Affected by Fertility Disorders. A Controlled, Double-Blind Study, *Fertility and Sterility*, 71: 1233-1240.
24. FASSINO, S. (1996), Presentazione dell'edizione italiana, in POUSSIN, G., *Psychologie de la fonction parentale*, tr. it. *Psicologia della funzione genitoriale*, CSE, Torino 1993.
25. FASSINO, S., SVRAKIC, D. R., ABBATE DAGA, G., LEOMBRUNI, P., AMIANTO, F., STANIC, S., ROVERA, G. (2001), Anorectic Family Dynamics: Temperament and Character Data, *Comprehensive Psychiatry*, 43: 114-120.
26. FLAMIGNI, C., MENGARELLI, M. (1994), Adozione versus donazione di gameti. Analisi di un dilemma, *Giornale Sifes*, 1: 91-8.
27. FREUD, S. (1914), Pour introduire le narcissisme, *La Vie Sexuelle*, Paris 1973.
28. GABBARD, G. O. (1994), *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice. The DSM-IV Edition*, American Psychiatric, Washington, DC.
29. GARFINKEL, P. E., GARNER, D. M. (1982), *Anorexia Nervosa: a Multidimensional Perspective*, Brunner/Mazel, New York.
30. GENDALL, K. A., JOYCE, P. R., SULLIVAN, P. F. ET ALII (1998), Personality and Dimensions of Dietary Restraint, *Interational Journal of Eating Disorders*, 24: 371-9.
31. KANDEL, E. R., HUANG, F. Y., DAVIES, M. (2001), Comorbidity between Patterns of Substance Use Dependence and Psychiatric Syndromes, *Drug Alcohol Depend*, 64: 233-241.
32. KERNBERG, O. F. (1967), Borderline Personality Organization, *J. Amer. Psychoan. Assoc.*, 15: 641-685.
33. KLEIFIELD, E. I., SUNDAY, S., HURT, S. ET AL. (1994), The Tridimensional Personality Questionnaire: an Exploration of Personality Traits in Eating Disorders, *J. Psych. Res.*, 28: 413-23.

34. LILENFELD, L. R., KAYE, W. H., GREEN, C. G. (1998), A Controlled Family Study of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa, *Arch. Gen. Psychiatry*, 53: 603-10.
35. LINEHAN, M. M., KOERNER, K. (1993), Una teoria comportamentale del disturbo borderline di personalità, in PARIS, J. (a cura di), *Borderline Personality Disorder. Etiology and Treatment*, tr. it. *Il disturbo borderline di personalità*, Cortina, Milano 1995.
36. MELCHIORRE, V. (1992), *Maschio e femmina. Nuovi padri e nuove madri*, Edizioni Paoline, Cinisello Balsamo.
37. MILLON, T. (1993) La personalità borderline: un'epidemia sociale, in PARIS, J. (a cura di), *Borderline Personality Disorder. Etiology and Treatment*, tr. it. *Il disturbo borderline di personalità. Eziologia e trattamento*, Cortina, Milano 1995.
38. MINUCHIN, S. (1974), *Families and Family Therapy*, Harvard Univ. Press, Cambridge.
39. MOYNIHAN, D. P. (1986), *Family and Nation*, Harcourt Brace Jovanovich, New York.
40. PADIGLIONE, V. (1991), Maternità e paternità: tra continuità e mutamento, *Famiglia Oggi*, 51: 42-52.
41. PIAZZA, M. G. (1994), Il valore dei figli, *Famiglia Oggi*, 1: 8-11.
42. PIETROPOLLI CHARMET, G. (1993), Paternità e maternità: un nuovo contratto, in MELCHIORRE, V. (a cura di), *Maschio-femmina. Nuovi padri e nuove madri*, Edizioni Paoline, Cinisello Balsamo, MI.
43. PINES, D. (1990), Emotional Aspects of Infertility and Its Remedies, *Int. J. Psychoanal.*, 7: 501-8.
44. POPPER, K. R., KONDRY, J. C. (1994), *Cattiva maestra televisione*, Reser, Milano.
45. POUSSIN, G. (1993), *Psychologie de la fonction parentale*, tr. it. *Psicologia della funzione genitoriale*, CSE, Torino 1996.
46. POUSTKA, F., LEHMKUHL, L. (1985), Das individualpsychologie verstandnis von borderline-stoungen. Moglichkeiten und grenzen der Therapie bei Kindern und Jugendlichen, *Z. f. Individpsychol*, 10: 170-183.
47. READ, J. (1999), ABC of Sexual Health: Sexual Problems Associated with Infertility, Pregnancy, and Ageing, *BMJ*, 318 (7183): 587-589.
48. ROTHMAN, D., KAPLAN, D. H., NETTLES, E. (1962), Psychosomatic Infertility, *Am. J. Obstet Gynecol.*, 83: 373-386.
49. ROVERA, G. G., FASSINO, S. (1996) Combined Therapy (Psychotherapy and Fluoxetine) in Borderline Personality Disorder. Clinical Experience, *The Italian Journal of Psychiatry and Behavioural Sciences*, 6: 73-77.
50. ROVERA, G. G., FASSINO, S., FERRERO, A., GATTI, A., SCARSO, G. (1984), Il modello di rete in psichiatria, *Rass. Ipn. Min. Med.*, 75: 1-9.
51. ROVERA, G. G., FASSINO, S., FERRERO, P., LEOMBRUNI, P. (1996), Approccio a rete nei pazienti borderline, in ROVERA, G. G., (a cura di), *Il paziente borderline*, Centro Scientifico Editore, Torino.
52. SILK, J. B., ALBERTS, S. C., ALTMANN, J. (2003), Social Bonds of Female Baboons Enhance Infant Survival, *Science*, 302: 1231-1234.
53. SILVERMAN, J. M., ET ALII (1991), Affective and Impulsive Personality Disorder Traits in the Relatives of Patients with Borderline Personality Disorder, *Am. J. Psychiatry*, 148: 1378-1385.
54. SOLOFF, P. H., MILLWARD, J. W. (1983), Psychiatric Disorders in the Family of Borderline Patients, *Arch. Gen. Psychiatry*, 40: 37-44.



55. STEIN, D., LILENFELD, L. R., PLOTNICOV, K. ET ALII (1999), Familial Aggregation of Eating Disorders: Results from a Controlled Family Study of Bulimia Nervosa, *International Journal of Eating Disorders*, 26: 211-215.
56. STROBER, M., FREEMAN, R., LAMPERT, C, ET ALII (2000), Controlled Family Study of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa: Evidence of Shared Liability and Transmission of Partial Syndromes, *American Journal of Psychiatry*, 157: 393-401.
57. STROBER, M., LAMPERT, C., MOZZEL, W. ET ALII (1990), A Controlled Family Study of Anorexia Nervosa: Evidence of Familial Aggregation and Lack of Shared Transmission with Affective Disorders, *International Journal of Eating Disorders*, 9: 239-53.
58. SVRAKIC, D. M., WHITEHEAD, C., PRZYBECK, T. R., CLONINGER, C. R. (1993), Differential Diagnosis of Personality Disorder by the Seven Factor Model of Temperament and Character, *Arch. Gen. Psychiatry*, 50: 991-99.
59. TORGENSEN, S. (1984), Genetic and Nosological Aspects of Schizotypal and Borderline Personality Disorders: a Twin Study, *Arch. Gen. Psychiatry*, 41: 546-554.
60. TREECE, C., KHANTZIAN, E. J. (1986), Psychodynamic Factors in the Development of Drug Dependence, *Psychiatr. Clin. North Am.*, 9: 399-412.
61. WOODSIDE, D. B., LACKSTROM, J., SHEKTER-WOLFSON, L. ET ALII (1996), Long-Term Follow-up of Patient-Reported Family Functioning in Eating Disorders after Intensive Day Hospital Treatment, *Journal of Psychosomatic Research*, 41: 269-277.
62. ZANARINI, M. C. (2000), Biparental Failure in the Childhood Experiences of Borderline Patients, *J. Personal. Disord.*, 14: 264-273.
63. ZWEIG-FRANK, H., PARIS, J. (1991), Parent's Emotional Neglect and Overprotection According to the Recollections of Patients with Borderline Personality Disorders, *American Journal of Psychiatry*, 148: 648-651.

Secondo Fassino, Federico Amianto, Annalisa Brustolin,  
Stefania Bergese, Maria Bolgiani  
Via Cherasco, 11  
I-10126 Torino  
e-mail: secondo.fassino@unito.it; fassinoedcentre@hotmail.com

## **Giudice-Psicologo: tribunali per i minorenni nella bufera**

GEMMA ROTA SURRA

*Summary* – JUDGE-PSYCHOLOGIST: JUVENILE COURTS IN A STORM OF CONTROVERSY. The various institutions and social service organizations assigned to the care, protection and education of minors, in addition to practically everyone else working in the field, have for some time now been waiting for the emergence of a serious judicial reform. Inevitably, any such reform must take into account the magnitude of change that has taken place within the judicial system itself and over the entire spectrum of civil society since the inception of the Judge-Psychologist category in 1934. The creation of this new professional figure was based on the awareness of the special characteristics inherent in juvenile cases that distinguished them from those of the general population and on the need of a pool of professionals who, with their significant background in humanistic and clinical disciplines, could enrich the decisions of the Ordinary Courts. The proposed reform recently voted down in Parliament provided for the abolition of the existing Juvenile Courts and for their replacement by normal specialized sections housed in Ordinary Courts. This reform represented a genuine assault to the legal and social rights of minors, and would have effectively obliterated 70 years of a continuously evolving juvenile – related culture. It is hoped that the observations contained in this essay will demonstrate not only the continuing efficacy of the category of the Judge-Psychologist, but that in reality, it has become truly indispensable since the presence of these new professional components constitutes an essential critical input, capable of mitigating the rigidities of the law by the diligent application of values and principles harvested from the juvenile culture that has taken shape over the last seven decades.

*Keywords:* JUDGE-PSYCHOLOGIST, JUVENILE COURTS, ADLER

### *I. Premessa*

Varie istituzioni e servizi sono preposti alla cura, alla tutela e all'educazione dei minori, e tutti coloro che operano in questi settori sono da tempo interessati a una riforma giudiziaria *seria*, che tenga conto dei cambiamenti di questi ultimi anni non solo nel mondo della giustizia, ma nell'intera società civile.

La riforma del *Tribunale Minorile* detta “Riforma Castelli”, recentemente bocciata dal voto parlamentare, prevedeva l’abolizione dei *Tribunali per i Minorenni* (organi giudiziari specializzati) e la loro sostituzione con la costituzione di semplici sezioni specializzate presso i Tribunali Ordinari: ciò avrebbe reso impossibile l’effettiva tutela dei minori in tempi rapidi.

La stessa riforma conteneva un vero attacco ai diritti dei minori, avendo assunto un’ottica assolutamente repressiva, riduttiva e in controtendenza rispetto al resto del mondo. Infatti, quando un minore entra in un percorso di giustizia, dovrebbe poterne uscire rafforzato per contemporanei interventi educativi e di sostegno (anche familiare), prescrivibili attualmente nell’ambito delle competenze *civili e penali* del T. M. Con l’approvazione della riforma sarebbe stata interrotta la continuità del processo educativo, perché ai T. M. sarebbe rimasta la sola competenza penale sul minore, con trasferimento di tutte le altre competenze civili ad altro *Organo Giudiziario*.

La riforma fermata alla Camera, proponendosi la razionalizzazione delle competenze (attualmente gli interventi sulla famiglia sono spezzettati in vari uffici giudiziari), conteneva molti elementi critici, annullando di fatto settanta anni di cultura minorile con lo spogliare l’organo giudiziario minorile della preziosa specializzazione attualmente in atto.

Nell’idea di riorganizzazione della giustizia minorile era contenuta, anche, quella di significativa riduzione o eliminazione in quasi tutti gli ambiti giurisdizionali dell’attività dei Componenti Privati, nominati nella Magistratura Onoraria che affianca quella Togata.

La specificità e le difficoltà ad applicare la legge nel caso dei minorenni, sia per la loro tutela sia per la sanzione dei comportamenti illeciti da loro messi in atto, erano così presenti al Legislatore che nel 1934 fu affiancata alla Magistratura Ordinaria la figura del Giudice Onorario, nominato tra coloro che, per dimestichezza con le scienze umane o cliniche, e per attività professionale, avrebbero potuto apportare un contributo interdisciplinare specifico. Nel procedere dell’esperienza si era ritenuto inoltre che un contributo radicato in competenze d’area psicologica, e partecipe di tutto il processo (conoscitivo, istruttorio, decisionale etc.), potesse essere particolarmente utile ad avvicinare la complessità dei comportamenti umani quando essi siano coniugati con gli affetti, così come ad individuare i fattori di rischio nello sviluppo evolutivo del minore.

Il Giudice Minorile, infatti, attualmente non solo è un giudice collegiale e un giudice specializzato, ma è – cosa più significativa – *giudice della persona*, chiamato a rapportarsi direttamente con le persone stesse, a decidere per la loro vita e per quella dei loro figli, intervenendo in situazioni d’elevata complessità e dramma-

ticità, articolando le ragioni delle persone con quelle del diritto in tutte le decisioni che riguardano il preminente interesse delle stesse.

Per questo, molti Giudici Onorari presso i Tribunali per i minorenni sono stati nominati tra coloro che hanno professionalità attinenti alle discipline psicologiche (psicologi, neuropsichiatri infantili, psichiatri, insegnanti), ritenendo il Legislatore che, se queste discipline si articolano e si compenetrano con quelle giuridiche, si emettono provvedimenti o si assumono decisioni che generano la minor sofferenza possibile in coloro cui sono diretti, e il miglior beneficio nel tempo.

Peraltro le difficoltà per chi partecipi di queste due culture – il *Giudice Onorario psicologo*, appunto – sono, in effetti, notevoli, proprio in relazione ai diversi piani su cui intervengono il sapere psicologico e quello giuridico. Con riferimento allo psicologo e al giudice è stato notato che “per il primo”, gli ambiti elettivi sono il pensiero e la parola (la valutazione e l’interpretazione); “per il secondo”, il pensare, il dire, il valutare sono solo propedeutici a un intervento, quello che sarà iscritto nel provvedimento. Ed è piuttosto risaputo che, presso alcuni settori del consesso degli psicologi, il Giudice Onorario psicologo non gode di buona fama, proprio perché ne è contestata (anche aspramente) l’appartenenza o la frequentazione dell’istituzione giudiziaria, e “la commistione” di due saperi apparentemente agli antipodi.

*Intento di questa riflessione, nel momento in cui il ruolo attuale dei componenti privati rischia di essere stravolto, marginalizzato e in qualche settore dell’opinione pubblica persino demonizzato, è dare conto di problematiche e difficoltà specifiche dell’attività giudiziaria minorile, e, in particolare, di quella dei Giudici Onorari nominati tra psicologi e psicoterapeuti.*

## II. Tra giurisdizione e psicologia

In ambito civile, nelle rappresentazioni contrapposte del futuro (quali espresse dalla famiglia, talvolta da più famiglie, dai servizi, spesso più servizi, o anche dal minore stesso se già grandicello), il T. M. deve dirimere il conflitto tra l’interesse del minore e i diversi progetti sostenuti da genitori, nonni, parenti vari, e da operatori che si occupano degli adulti (psichiatria, servizi sociali, servizi per il superamento della tossicodipendenza o dell’alcoolismo), o da operatori dei servizi minorili. Occorre pertanto assumere la decisione che superi le contrapposizioni nell’esclusivo interesse del minore, individuando anche le idonee indicazioni operative a promozione del miglior sviluppo di quei bambini e bambine che si trovano in condizione di rischio psicoevolutivo, ai fini di una loro salvaguardia.

Nell'attività di Volontaria Giurisdizione, talvolta, è espressamente individuata la necessità d'approfondimenti istruttori propedeutici alla decisione camerale, o quella di un'indicazione prognostica sui rischi evolutivi dei minori, sulla recuperabilità della funzione genitoriale o sulla reversibilità di certe situazioni di disagio. Oppure si ritiene utile la valutazione delle emergenze attraverso un confronto diretto con le persone interessate, al di là o a seguito delle relazioni degli operatori dei servizi; ancora, si propone, inoltre, un approfondimento da condurre con l'utilizzo di specifici strumenti psicologici in situazioni particolarmente delicate, quali l'audizione di minori o i colloqui conoscitivi con coppie che abbiano offerto la disponibilità all'adozione. Queste incombenze sono spesso delegate come specifiche a Giudici Onorari d'area "psi".

Gli psicologi, con le specifiche competenze professionali e la peculiare attenzione alla relazione tra le persone, finalizzando la propria attenzione e il proprio sentire alla tutela dei minori o al loro preminente interesse, cercano di definirne il quadro psicologico e le relative problematiche attraverso audizioni d'adulti o degli stessi ragazzini.

Si sottolinea qui che, al di là del percorso teorico e operativo del professionista, «la capacità di cogliere e comprendere le sofferenze altrui dipende soprattutto dal grado di profondità con cui si è rivissuta la sofferenza della propria infanzia» (4, p. 223), il che appartiene, appunto, al personale *training* clinico-formativo del terapeuta.

Peraltro, muovendosi il Componente Privato di formazione psicologica tra giurisdizione e psicologie (le discipline della psiche nella loro molteplicità), meritano considerazione alcune questioni:

- Tra quali confini si muove ("può" muoversi) il *giudice esperto o componente privato*, non volendo accettare acriticamente la cultura giuridica di cui non è padrone, ma della quale, beninteso, non può fare a meno nella sua attività nell'organo giudiziario, non potendo, peraltro, neppure utilizzare appieno i suoi peculiari strumenti proprio per i confini costituiti dal diritto e dal contesto istituzionale in cui opera?

- Ci sono modalità, specifiche degli psicologi, di avvicinamento a realtà così straordinariamente complesse e coinvolgenti come quelle di cui si occupano i giudici minorili, nella continua consapevolezza che i colloqui hanno spesso valenza clinica, ma "non terapeutica"?

- Le "difese", psichiche, mentali, generate dalle angosce depressive conseguenti proprio all'*oggetto dell'operare* del Tribunale per i minorenni, possono diventare ostacolo al procedere *sano* dell'impegno assunto dai componenti privati con la nomina da parte del Consiglio Superiore della Magistratura? E, enfatizzandosi le stesse, arrivare addirittura a coincidere con le "difese istituzionali" (di possibile natura maniacale o di negazione)?

Come ben noto la cultura psicologica nel suo fare recupera le ragioni emotive, mentre la cultura giudiziaria, pur articolando nell'ambito minorile le necessarie garanzie per i vari soggetti interessati con elementi di comprensione e vicinanza alle persone, tende a verificare i fatti spogliati dalle componenti emotive o soggettive. Contemporaneamente la coscienza del *ruolo di Magistrato Minorile* (pur se onorario) richiama la necessità di contenere l'incidenza della soggettività nei processi decisionali o negli atti che li precedono, quali le attività istruttorie e di indagine.

«Un fatto è come un sacco: vuoto, non si regge» (5, p. 50), diceva Pirandello. Ma, allora, ci chiediamo se il Giudice Onorario psicologo (termine usato in questa riflessione per tutti coloro che sono stati nominati *Componenti Privati* per l'appartenenza professionale alle discipline di area psicologico-psichiatrica), dovendo, nella funzione esercitata, tenere ben lontana l'affermazione famosa di Madame de Staël, citata da Borges, «tout comprendre c'est tout pardonner» (2, p. 122), modifichi consapevolmente la sua posizione nel passaggio di stanze (dalla stanza del suo studio o dalla stanza delle sedute di psicoterapia, alla stanza delle audizioni o alle aule delle camere di consiglio).

L'assetto dell'osservazione, diverso per il magistrato di carriera e per il magistrato onorario, è ugualmente specifico e rigoroso; ma per il giudice onorario psicologo che cerca di *comprendere* le vicende di cui si occupa il T. M., il *focus* è particolarmente mirato a cogliere il senso delle correlazioni tra gli eventi, dei rapporti interpersonali e degli aspetti mentali, così come a valorizzare l'articolazione fra prospettive intrapsichiche e relazionali. Egli ha naturalmente la consapevolezza che l'introduzione del soggetto osservante, il giudice, lo psicologo, l'operatore, nella situazione osservata, influenza o modifica il risultato della rilevazione. Talvolta la situazione stessa muta attraverso la restituzione dell'osservazione che, di per sé, può modificare la realtà che il T. M. è chiamato a giudicare: ad esempio, mobilitando l'attivazione di risorse in genitori che sembrano prendere coscienza della sofferenza dei propri figli, o in parenti che si propongono per dare finalmente aiuto ai familiari in difficoltà nell'accudimento dei bambini.

Un ulteriore "paradosso" sembra interpellare direttamente il *Giudice Onorario* psicologo: questo paradosso consiste nel fatto che per operare e *decidere* con la terzietà richiesta al Giudice, occorrerebbe prendere le distanze emotive dalle persone, dalle vicende e dalla condizione dei minori oggetto di tutela, mentre la vicinanza emotiva e l'empatia sono invece specifici e peculiari dello psicologo. Questi, se "prende le distanze", non "lavora", posto che, come sopra detto, la capacità empatica è uno dei principali strumenti dell'osservazione, del riconoscimento e della comprensione delle dinamiche psichiche: quanto appunto richiesto dalla specificità di funzione assegnatagli.

È peraltro ormai a tutti ben chiaro che i possibili distinguo sulla specificità dell'osservazione, oggettiva del giudice togato, soggettiva del giudice onorario, sono *finzionali*, trattandosi sempre di giudici della persona, tutti, comunque, attivati nei vissuti emotivi, e chiamati a rapportarsi con la propria individuale e specifica soggettività ed esperienza emozionale, coinvolti in dinamiche psichiche relevantissime.

Qualche esperto ha descritto giudici minorili (togati e onorari) “in croce” tra le *esigenze inconciliabili* dei dati culturali e giuridici codificati e della soggettività, e il loro lavoro come attività al limite tra varie culture e realtà (antropologiche, etniche, sociali, religiose), continuamente confrontato con molteplicità di sentire e pensare.

Ma proprio nel passaggio da un “pensiero debole” (la psicoterapia con i suoi rinvii alla relatività dei vissuti e delle colpe, alla coniugazione tra mondo interno e mondo esterno) ad un “pensiero forte” (quello della giurisdizione), da un paradigma debole (la psicoterapia) ad un paradigma forte (la giurisdizione), il giudice psicologo introduce nell'area della decisione la *ricchezza del dubbio*, insieme con quella della cultura specifica di cui è portatore.

Pertanto l'adattamento creativo tra diverse chiavi di lettura, interpretando sollecitazioni complesse, non può che migliorare la risposta giudiziaria. E i giudici psicologi allora possono funzionare da cerniera tra istanze psico-sociali e legislative, evitando il riduzionismo tecnico giuridico, così come lo psicologismo esasperato e improduttivo di certi operatori di territorio.

Le modalità di lavoro e di relazione tra componente togata e onoraria in atto nei diversi tribunali minorili sono molto difformi, come è risaputo: al di là del ruolo decisionale camerale – *Camere di Consiglio* per la Volontaria Giurisdizione, per il settore penale, e per tutti gli adempimenti dell'area adottiva – e delle incombenze istruttorie eventualmente assegnategli, il *Giudice Onorario* psicologo talvolta costruisce accordi, ricerca il consenso dei destinatari dei provvedimenti (dirimere il conflitto è intervento forte, ma dietro l'intervento autoritativo occorre appunto costruire il consenso con un'autorevolezza che l'utenza talvolta non riconosce agli operatori di territorio), responsabilizza con l'intento di far crescere le persone, mette a contatto la gente e l'istituzione, risponde a suo specifico modo alla domanda di ascolto per la giustizia.

La straordinaria e per alcuni versi assurda disparità di pensiero, d'impegno e di metodologie di lavoro nei vari tribunali minorili, la variabilità di carico per la componente onoraria secondo il “clima” nel quale si opera, rende ancora attuali le domande che all'inizio degli anni '90 il giudice Occhiogrosso si poneva: si chiedeva, infatti, se i G. O. fossero ancora capaci di andare controcorrente, quan-

do il caso, se fossero sempre attenti al nuovo, se fossero (*ancora?*) afflitti dal timore reverenziale verso il togato, e timorosi di diventare elementi fastidiosi in camera di consiglio e in udienza.

### III. *Spostamenti di prospettiva nelle due posizioni*

Gli spostamenti di prospettiva nelle due posizioni dell'operatore "psi" nominato *Giudice Onorario*, possono essere così esemplificati:

1. Gli interventi civili dei Tribunali Minorili sono interventi di regolamentazione, contenimento, interventi risanatori o riparatori, talvolta anche chirurgici o più mirati ad ottenere nuove forme d'interazione familiare proprio attraverso i suddetti interventi; gli interventi psicoterapeutici mirano a mutamenti strutturali intrapsichici attraverso *insight* e smantellamento delle finzioni del paziente che vuole liberarsene.

2. Se in terapia «la responsabilità della cura è affare del paziente» (1, p. 373), la responsabilità della tutela di soggetti deboli è dell'organo giudiziario, che assume pertanto l'iniziativa, essendo a ciò preposto.

3. «Affinché il trattamento possa approdare ad una conclusione positiva è necessaria la rinuncia alla propria autorità» (*Ibid.*, p. 376), ma solo esercitando la propria autorità il Giudice adempie al suo mandato, anche sanzionatorio.

4. L'impegno a non aver fretta ma a ricercare soluzioni che nascano dal rapporto, come è abituale nella consolidata "cultura dell'ascolto", è difficile da conciliare con il tempo veloce necessario per evitare pregiudizio al minore, anche a fronte dei tempi appunto veloci di crescita di bambini e ragazzi.

Se poi, come evidenziato da Turri «ulteriore fonte di complessità è la particolare tensione che nell'esercizio del ruolo di *giudice della persona*, quale giudice minorile o della famiglia, si produce tra ruolo e persona del giudice stesso» (6, p. 13), le difficoltà per lo psicologo sono accresciute proprio da una professionalità che si sostanzia, per lo più, nella formazione alla psicologia del profondo, con la consuetudine all'ascolto dei propri movimenti psichici interiori, e il tentativo di trovare luoghi e modi d'elaborazione dell'angoscia, senza negarla.

La formazione personale (spesso un lungo *training* individuale e di gruppo), infatti, è la sua ricchezza, ma fornisce nello stesso tempo la coscienza di quanto d'inconsapevole attraversa comunque ogni interpretazione degli eventi su cui i Giudici sono chiamati a pronunciarsi, così come influenza ogni proposizione istruttoria, ed ogni assunzione di posizione decisionale, alla quale decisione gli



Onorari contribuiscono come i *Magistrati Togati*. Gli strumenti che lo psicologo utilizza abitualmente nella propria professione, confrontazione, interpretazione, incoraggiamento, rimandi emotivi, si misurano così con interventi istituzionali autoritativi, ablativi, prescrittivi, coercitivi, che sono appunto l'oggetto dell'operare del Tribunale per i minorenni.

#### IV. Tra identificazione e terzietà

Chi opera in un Tribunale per i minorenni o riesce ad ignorarne l'enorme carica d'angoscia, o la fa sua, utilizzandola come modalità conoscitiva (identificazione operativa, funzionale, temporanea), come strumento per "ricostruire" il bambino attraverso le sue vicende cronologiche e relazionali (identificazione partecipe), per comprendere davvero i contesti in cui deve intervenire (identificazione anche transculturale), e il mondo interno delle persone nel quale va ad incidere (identificazione empatica).

L'identificazione è pertanto lo strumento necessario nel processo di conoscenza, tanto più utile affinché, attraverso l'identificazione creativa, possa attivarsi un lavoro istituzionale tale che non ci sia solo la lettura dei fatti, ma anche l'attenzione a come le persone vivono i fatti (con le dinamiche e le conseguenze che ne derivano a bambini e ragazzi). L'espressione "vedere con i suoi occhi, sentire con le sue orecchie, vibrare con il suo cuore" deve assumere poi un valore tecnico nei provvedimenti che riguardano un bambino.

Varie figure sociali, e in specie gli operatori minorili nella loro attività professionale (didattica, sanitaria, assistenziale, giudiziaria, psicologica), sono chiamati a far fronte a vere e proprie invasioni di dolore mentale; così è per i giudici minorili che sono tenuti a rispondere al compito di valutare gli eventi reali e i comportamenti fattuali, tentando di comprendere contemporaneamente la mente umana e la realtà psichica, i processi relazionali e interattivi degli adulti al fine una tutela dell'infanzia il più possibile sollecita e "illuminata".

Quando la deprivazione socioculturale o relazionale e affettiva, talvolta cognitiva e intellettuale, è conclamata, i giudici minorili, intervenendo in quelle condizioni di disgregazione che comportano necessità d'interventi giudiziari, sono volta a volta empatici, partecipi, immedesimati, "identificati". Sono talvolta persino inconsciamente complici con certi adulti particolarmente provati dalla vita o dagli accadimenti conflittuali (ci sono genitori che implorano: "Fate qualcosa per nostro figlio che si sta rovinando", utenti che chiedono interventi a tutela dei bambini contro il marito, contro la convivente, contro i nonni; e nonni che dicono: "Fate qualcosa per mia figlia, per i suoi bambini, per la situazione"; ci sono genitori distrutti dall'ambivalenza tra desiderio di buona genitorialità e l'impossibilità a viverla).

E s'identificano a volta a volta con l'adulto sofferente e con il bambino più sofferente ancora (identificazione incrociata); con l'adolescente che scappa e con l'adulto che l'ha "costretto" a scappare perché prigioniero lui stesso della sua incapacità genitoriale; con il bambino escluso e con il suo genitore povero di affettività per l'abbandono che lui stesso ha subito nell'infanzia e che ora è incapace di evitare ai propri figli, abbandonandoli a sua volta.

Ma quando un Giudice si "identifica" con gli adulti, non per questo ne legittima i comportamenti: li può comprendere talvolta, spiegarne l'origine psichica e le dinamiche interattive. Poiché la legge è uno strumento di giustizia, di protezione, di riparazione di torti e di punizione di comportamenti illegittimi, egli è lì per adempiere a quanto richiesto dalla legge. Pur nell'umana solidarietà per gli adulti, il giudice minorile deve prioritariamente perseguire l'interesse del minore e attivare la sua posizione di terzietà.

Eppure gli stessi Giudici possono essere coinvolti totalmente, "identificati", soprattutto quando i bambini, che spesso non lo dicono a parole, ma con multi-formi segnali di sofferenza, *urlano*: «Fate qualcosa per noi, per toglierci da quest'inferno».

Talvolta coloro che appartengono all'istituzione giudiziaria respingono l'identificazione in nome di un superiore dettato della legge, nell'esigenza dell'"efficienza operativa" e della conferma dei referenti procedurali e giuridici, talvolta anche per giochi di prestigio culturale, se non di potere. L'identificazione è, invece, una delle modalità del processo d'avvicinamento alle situazioni da valutare, modalità che permette la rappresentazione mentale delle dinamiche endopsichiche e relazionali, così come del sentire di coloro dei quali ci si occupa; e il giudice psicologo è avvezzo a misurarsi con questo processo, a riconoscerlo ed a utilizzarlo.

Mentre in un processo analitico o terapeutico c'è tempo per capire, in T. M. poche audizioni devono mettere in grado di "capire" per partecipare ai momenti decisionali. Pur se il contesto istituzionale rende difficile l'*ascolto* (che per il terapeuta nel suo operare clinico assume valore altamente simbolico e "strutturante"), la formulazione esplicativa in tribunale deve prodursi con estrema rapidità, utilizzando anche osservazioni altrui, come le relazioni psicosociali, le confrontazioni con colleghi variamente attivi per lo stesso caso e con operatori di varie professionalità.

È da rilevare anche l'ulteriore difficoltà del *Giudice Onorario* psicologo che, se come terapeuta nella sua attività professionale s'identifica col paziente e i suoi molteplici vissuti, con rinuncia all'assunzione di un ruolo superiore o autoritario, come giudice si trova in una posizione di superiorità che è agli antipodi della suddetta condizione di aiuto e al suo agire significativo.

L'idea sopravvalutata di giustizia ("lo dice la Legge") persegue l'ideale dell'istituzione giudiziaria che il "far giustizia, appunto applicando la Legge, sia sufficiente": ideale illusorio in una prospettiva, quella umanistica, che evidenzia in primo luogo la sofferenza, peraltro inevitabile, ovviamente, anche a fronte dell'attuazione di una giustizia "giusta".

#### V. Conclusioni

Per tutte le sopraesposte considerazioni appare allora interessante chiedersi se sia *utile al minore, all'utente, all'istituzione la presenza di componenti privati con formazione clinica nell'attività giudiziaria.*

Nell'immaginario collettivo diffuso, poiché la tutela giurisdizionale dei diritti sopravanza, talvolta, quella del cuore, il versante giudiziario è sentito talvolta come "chirurgico", mentre il versante psicologico, che è egualmente, in taluni contesti, svalutato o denegato, è anche invocato come fattore di giustizia per i soggetti più deboli, quali appunto i minori.

Peraltro, operando con formazione "psi" in un Tribunale per minorenni, si prova spesso invece l'angoscia di non riuscire a dare risposte adeguate, non potendo, nell'inquadramento dei drammi di bambini e adolescenti in fascicoli, moduli, procedure, far corrispondere le domande spesso disperate alle "caselle" del T. M., né rispondere tempestivamente alla drammaticità dei problemi, né riparare "in prima persona" alle sofferenze indicibili di cui si viene a conoscenza. Si partecipa anzi a lungaggini amministrative e procedurali, a ritardi operativi per l'insufficienza di risorse umane (personale amministrativo) o assistenziali (operatori e agenzie sociali); e talvolta perfino a decreti di "passaggi di competenza" (che vuol poi dire anche rinvio di soluzioni a drammi di bambini), che non avrebbero più ragione di esistere se, dall'attuale frammentazione di competenze e molteplicità d'istituti giudiziari, si passasse *al più presto* all'istituzione del *Tribunale per La Famiglia.*

Alfred Adler insegnava che siamo guidati dalle "finzioni" e che anche le nostre *mète sono finzionali.* Occorre allora chiedersi insieme ad Hillman [3]:

- Quale *finzione* riparatrice, tutelatrice, onnipotente sta nella decisione giudiziaria?

- La *finzione* della certezza e della sicurezza del diritto va conservata?

Appare necessario che, scoprendo le proprie finzioni, la cultura psicologica dimostri le illusioni salvifiche, e la cultura giudiziaria esca dalla trappola dei propri sistemi dottrinali che comportano talvolta fantasie di onnipotenza (peraltro analoghe al *furor sanandi* psicoterapeutico). Proprio il *mantenere la presenza di*

*componenti privati nei T. M.* può costituire un'importante potenzialità critica, mitigare le rigidità della legge con la riproposizione assidua dei valori che anni di cultura minorile hanno ben elaborato.

Queste caratteristiche possono non essere ben accette all'attuale classe politica, che, stravolgendo la filosofia della giustizia minorile in Italia e di tutte le convenzioni internazionali che il nostro paese ha sottoscritto, persegue una maggior standardizzazione dei processi, e un appiattimento assolutamente miope, che svuota il processo minorile penale, e soprattutto civile, dell'ispirazione umanistica che lo caratterizza attualmente.

È urgente, pertanto, che la classe politica riveda le posizioni espresse nel progetto di riforma già bocciato, che appaiono frutto d'arretramento, di prospettiva adultocentrica e in ultima analisi di debolezza, appropriandosi invece dei valori di centralità del minore ai fini di prevenzione, tutela, recupero socioeducativo di ogni bambino e ragazzo, interagendo conseguentemente con tutte quelle professionalità in grado di collaborare al conseguimento di una vera giustizia.

## Bibliografia

1. ANSBACHER, H., ANSBACHER, R. (1956), *The Individual Psychology of Alfred Adler*, tr. it. *La Psicologia Individuale di Alfred Adler*, Martinelli, Firenze 1997.
2. BORGES, J. L. (1982), *Nueve ensayos dantescos*, Espasa Calpe, Madrid.
3. HILLMAN, J. (1983), *Healing Fiction*, tr. it. *Le storie che curano*, Cortina, Milano 1984.
4. MILLER, A. (1981), *Du sollst nichtmerken: Variationen uberbdas Paradies-Thema*, tr. it. *Il bambino inascoltato*, Bollati Boringhieri, Torino 1989.
5. PIRANDELLO, L. (1921), *Sei personaggi in cerca d'autore*, Newton Compton, Roma 1993
6. TURRI, G. C. (1997), *Minori giustizia n° 3*, Angeli, Milano.

Gemma Rota Surra  
Via Bagetti, 24 bis  
I-10138 Torino

## Il paradosso logico ed esistenziale nel pensiero psicotico

CHIARA OSSOLA

*Summary* – LOGICAL AND EXISTENTIAL PARADOX IN PSYCHOTIC THOUGHT. The intention of the article is to offer a further theoretical-clinical contribution to an argument which, in the sphere of research in psychopathology, has already been discussed in Individual Psychology paradox in schizophrenia. The aim is to synthesise the processes, from the double viewpoint of causal finalism, which also characterise the creation of a lifestyle through clinical examples.

*Keywords:* PARADOX, PSYCHOSIS, THE CREATIVE SELF

*«Lo scopo dell'arte, lo scopo di una vita non può essere che di accrescere l'insieme di libertà e di responsabilità che è in ciascun uomo e nel mondo».*

Albert Camus, 1957, Discours de Suède

### I. Introduzione

Il concetto di *paradosso* è tra quelli che a mio avviso più caratterizzano, da un punto di vista psicodinamico, il pensiero psicotico nel suo complesso, prima di qualsiasi miglior definizione diagnostica. Si definisce *paradossale* ciò che va contro l'aspettativa e caratterizza un'argomentazione che deduce conclusioni contraddittorie da premesse plausibili. La distanza tra l'aspettativa e il messaggio comunicativo e la contraddizione delle conclusioni in base alle premesse costituiscono la forza del *paradosso*. Questa distanza segue una linea di *continuum* e può passare da una completa sintonia tra chi comunica, non solo attraverso ciò che dice ma tramite tutto il suo stile di vita, e il ricevente, ad una totale sconfessione

delle aspettative/rappresentazioni altrui. Se il soggetto è consapevole della paradosalità è probabilmente ancora in grado di muoversi in una realtà coerente, se è inconsapevole significa che ciò che per l'Altro è paradossale, per lui è realtà, una realtà assurda ma vera. «Vero significa vero per il genere umano, vero per gli scopi e le mete degli esseri umani e non c'è altra verità che questa» (3, p. 24).

Il delirio è classicamente riportato, sulla base del suo contenuto, alla categoria dell'errore: una categoria dominata dalla coppia antitetica verità/falsità, che comunque non tiene conto del fatto che le idee false non sempre sono un delirio e che un delirio può essere casualmente vero. Secondo Shneider e Huber invece «il delirio è uno speciale, patologico, modo del credere di cui è più importante cogliere il decorso dell'esperienza vissuta che il suo prodotto» (18, p. 2041). «Il disvelamento, la nuova conoscenza di una realtà che può essere attinta dal delirante al di là degli abituali e consensuali schemi di senso sembra attingere ad un orizzonte oltremondano, aprire dei varchi attraverso i quali si affacciano messaggi che provengono da un altro mondo e che hanno la caratteristica dell'autoreferenzialità» (16, p. 61).

«Il concetto di finzione è centrale in Psicologia Individuale perché ad esso non sono solamente correlati i meccanismi di formazione degli schemi cognitivi, ma anche quelli della formazione del simbolo» (9, p. 77). «Il paradosso dello schizofrenico è che il suo mondo interiore appare ricco di simboli, ma in realtà è privo di capacità simbolica, il simbolo è l'oggetto simbolizzato» (12, p. 48).

«Il disturbo della simbolizzazione sembra fondato nel coesistere di una perdita di quei simboli comuni che permettono l'inserimento nella comunità umana attraverso la validazione consensuale, e di una nuova creatività simboleggiante, che nell'autismo neologistico cerca invano uno sbocco verso le situazioni limite dell'esistenza» (6, p. 174). Perciò, si assiste a una netta prevaricazione della soggettività a detrimento dell'intersoggettività-oggettività.

«Lo schizofrenico è l'individuo più *distante* dai suoi simili, poiché si rifugia in propri e continuamente variabili dinamismi che distorcono la logica comune, soggettivizzano assurdamente l'affettività, piegano il comportamento a manierismi senza schemi coerenti o lo frenano con una statuaria immobilità» (13, p. 72).

«Con l'invenzione del delirio il delirante si consegna una volta per sempre ad un unico tema per così dire atemporale, da cui non riesce a sottrarsi ed al cui senso si riportano, quasi per un'ineluttabile necessità, tutte le successive esperienze cui accede. Sopraffatta dal mondo la presenza ne risulta prigioniera; sembra, infatti, che per essa non accada più niente di veramente nuovo, che tutto quanto succede e viene esperito si proponga e giri invariabilmente nel senso del vecchio» (16, p. 62).

Il paziente schizofrenico è il più genuino difensore dell'irrazionalità. Gli uomini, e persino gli antichi filosofi, trascurano l'importanza della logica comune, che è invece un fattore di collegamento fra tutti noi, perché non può essere contraddetta. Gli individui mossi da ciò che io chiamo "complesso d'inferiorità", si lasciano invece andare e sostituiscono alla logica la loro vanità frustrata [4].

Individuare l'essenza del delirio vuol dire rifarsi ad un'immanente possibilità della mente umana: questo speciale modo del credere, così dolorosamente allo scoperto nella mente dello schizofrenico, non è tuttavia suo esclusivo appannaggio, e l'impatto soggettivo di alienità deriva più dalla sproporzione tra *l'altezza dell'esperienza e la base della persona* [16].

Possiamo ipotizzare che la dimensione dell'*altezza dell'esperienza* rispetto alla *base della persona* abbia origine da un processo compensatorio e, in taluni casi, ipercompensatorio. Il lavoro intende presentare i processi, nella duplice ottica del finalismo causale, d'articolazione di uno stile di vita fondato su "distanze paradossali".

## II. Componente psicobiologica

Adler partì proprio dalla componente somatica per formulare il concetto di dinamica compensatoria che permette di passare da un vissuto di *minus* a uno di *plus*, determinando un movimento e una distanza tra una condizione di partenza e una d'arrivo. Talora è tale il vissuto d'inferiorità da diventare *complesso* e l'individuo può ricorrere a un'attività ipercompensatrice per mantenere una certa sicurezza. Allo scopo di colmare il disagio l'individuo cerca compenso costruendo un'immagine solipsistica di sé e del mondo. Pertanto resta così divaricato nella duplicità contraddittoria dell'immagine di sé.

Riprendendo l'ipotesi di correlazione somato-psichica di Adler: «Nel 1907, nel mio libro *La compensazione psichica dello stato d'inferiorità degli organi*, ho evidenziato che le anomalie costituzionali ereditarie non devono essere semplicemente considerate l'origine del processo di degenerazione, ma anche la causa d'attività compensatrici e ipercompensatrici e di fenomeni di correlazione significativi, ai quali l'attività psichica contribuisce per una quota essenziale» (2, p. 49). Le "anomalie costituzionali ereditarie" potrebbero essere dunque fattori di vulnerabilità ma anche la causa prima di un sentimento d'inferiorità. «Secondo Benedetti i sintomi mostrano, in senso dinamico, una polarità difensiva, orientata alle cause, ed una di *coping*, orientata finalisticamente. La patologia è quindi per una parte correlata alla "coping reaction" del paziente. Quest'ultima non designa solo un fenomeno cognitivo, ma va intesa, psicodinamicamente, come il processo di mentalizzazione degli eventi biologici» (10, p. 24).

### III. *Componente psicosociale*

L'attenzione esclusiva alle componenti individuali di personalità, estratte dal contesto relazionale, rischia di limitare la comprensione dell'evoluzione schizofrenica. Parenti e Pagani hanno proposto una teoria individualpsicologica della schizofrenia che hanno definito *teoria del legame multiplo*. Alcuni soggetti, in età infantile, riceverebbero dall'ambiente familiare, e talvolta anche extra-familiare, sequenze di comunicazioni contraddittorie: un'ingiunzione primaria, seguita da un'ingiunzione secondaria in conflitto con la prima, che la inattiva. La vittima resterebbe chiusa in un cerchio d'incoerenza, senza la possibilità di uscirne. Da qui deriverebbe il panico per l'impossibilità di trovare comunicazioni coerenti che rispondano a messaggi di cui uno nega l'altro. Oltre ai messaggi contraddittori rispetto alle punizioni, è possibile presupporre anche comunicazioni inconciliabili riguardanti i binomi "incoraggiamento-scoraggiamento" e "amore-rifiuto o indifferenza". Il bambino non programma, non solo per non essere punito, ma più ancora per essere apprezzato [13].

L'interiorizzazione di dinamiche familiari disaggregate o paradossali si correla con un danneggiamento ibrido del Sé [17]. «Il Sé-Stile di Vita ibrido è connotato da una comunicazione intrapsichica distorta, in cui l'eccesso d'aggressività (ipercompensazione della volontà di potenza) sembra vicariare narcisisticamente il danno che deriva dalla qualità evanescente del coinvolgimento affettivo o dal franco terrore per la relazione (riduzione del sentimento sociale). [...] L'ibridazione conduce, come tentativo disperato per difendere la psiche dal tentativo altrui di impadronirsene, all'alienazione e alla scissione» (9, pp. 80-81).

Il bambino riceve questo tipo di messaggi da persone che gestiscono maggior potere di lui. «L'irrazionalità, dunque, gli si presenta come prerogativa di potere, che si riassume nella libertà incredibile di non seguire la logica. La non logicità della schizofrenia si prospetta, in questa luce, come una supercompensazione che rende più drastiche le incoerenze osservate negli adulti» (13, p. 73).

Ancora, un doppio legame può formarsi da caratteristiche opposte che coesistono nell'individuo stesso. Si strutturano così binomi auto-conflittuali: sono gradevole-sono sgradevole; sono bravo-sono incapace; sono forte-sono debole. Dalla situazione scaturisce una crisi nell'autovalutazione e, di conseguenza finalisticamente, l'impossibilità di mettere a punto programmi logici e credibili. Così il sentirsi, assieme o in alternanza, capace o incapace di appagare la propria volontà di potenza non aiuta a rendere coerente il fine ultimo e induce talvolta un impiego *paradossale* dell'irrazionalità come fonte di valore privata, narcisistica, antisociale [13].



#### IV. Componente psicodinamica

Secondo Adler ogni individuo, a partire dalle proprie potenzialità e soprattutto dalla valutazione che ne fa, fissa un ideale da perseguire e perciò una meta da raggiungere; allora certi «quadri prenderebbero corpo come compensazione di precedenti, *esasperati* ideali di superiorità, frustrati dall'ambiente sino ad accentuare al massimo il complesso d'inferiorità. Non resta allora al malato che rifiutare anche la razionalità comune, poiché lungo la sua linea, egli non intravede più alcuna prospettiva di affermazione. [...] Di qui il ricorso all'irrazionalità, giustificato soggettivamente dall'assenza di prospettive che il malato ha incontrato lungo la strada del senso comune. Il delirio è un processo privato, che non tenta neppure di farsi strada, di essere davvero convincente nei confronti di chi è logico» (*Ibid.*, p. 74). «Per quel che concerne l'idea delirante, questa è il prodotto del potere dell'idea dominante e soddisfa lo scopo: scaricare il soggetto dalla sua responsabilità, rafforzare con la distanza, il sentimento della personalità. Un esame logico dell'idea delirante, strappata alle sue connessioni, non può facilmente attaccarla, dato che essa occupa, in quanto *modus dicendi et vivendi*, il suo ruolo nel sistema delle relazioni del malato dato che quest'ultimo fa a meno della logica e della cooperazione che legano noi tutti» (2, p. 214).

Gli obiettivi dell'ideale esasperato pongono i soggetti di fronte a tali difficoltà da rendere inutile il senso comune, poiché questo sarebbe incapace di risolverle. Ne deriva ancora un blocco dell'approccio alla realtà. La conclusione logica ed inevitabile, di una tale linea di vita è l'isolamento di un paziente in una clinica psichiatrica [4].

A proposito di neutralizzare la realtà e rendere impotente il senso comune:

*Lena, 63 anni, è giunta a partorire 350 figli: di fronte al mio stupore mi "tranquillizza" sul fatto che si tratti sempre di parto indolore, più che altro è la cura di cotanta figliolanza che pesa...*

Si tratta ovviamente di un ruolo materno impossibile da gestire, ma che rende anche vano ogni tentativo d'aiuto da parte altrui. In questa convinzione delirante sono presenti:

- un sentimento di insufficienza nei confronti del tema maternità;
- impegno nell'astrazione a scopo compensatorio;
- disprezzo della realtà;
- sollevamento della coscienza di sé e *scopo fittizio* di superiorità.

«Certe forme di schizofrenia propongono invece una regressione più profonda nel passato, a fasi che precedono il fantasticare articolato. In questi casi la finalità del

paziente potrebbe essere il ritorno a una pura potenzialità, non disponibile per un collaudo neppure mediante l'immaginazione costruita» (13, p. 75).

La persona ricerca più che mai un punto fisso al quale aggrapparsi e lo trova in un'idea che si configura, in quel momento, come la migliore soluzione possibile. In questo modo è possibile trovare una chiave di lettura di ciò che la circonda: quelle esperienze tra loro slegate che suscitano perplessità possono essere ricondotte ad un unico denominatore, dietro di esse si può scorgere un unico disegno che le rende elementi coerenti di un sistema che tende a farsi sempre più logicamente serrato. «Il processo paranoico è in sostanza uno stile che affonda le radici nella personalità di ogni essere umano e che partecipa a gran parte delle attività creative dell'uomo, dall'elaborazione di teorie in ambito scientifico, dall'edificazione di una fede o di un sistema di credenze mistico-religiose fino allo sviluppo di un delirio» (15, p. 86).

Appare qui sorprendente l'analogia con i concetti adleriani. La meta, teorica e funzionale, dovrebbe avere solo una funzione orientativa, tuttavia talvolta è tale l'insicurezza rispetto alla realtà, che il soggetto sente l'esigenza di rifugiarsi in una realtà compensatoria che è la *reifificazione della finzione*. Il nevrotico e lo psicotico si cristallizzano su una fantasia direttrice, mentre l'uomo sano considera il suo principio direttivo come mezzo per donargli un orientamento approssimativo, che deve servirgli soltanto come mezzo. Le nevrosi e le psicosi devono essere interpretate come mezzi di salvaguardia del valore e dell'integrità personale [2].

I sintomi della psicosi mirano in qualche modo al raggiungimento della sicurezza dell'Io soggettivo e del sentimento di personalità di fronte alle minacce. «Il meccanismo cui si riferisce ipoteticamente Adler è quello secondo cui la tensione tra i bisogni dell'esistenza reale e quelli del mondo immaginario porterebbero lo psicotico al tentativo di tradurre in realtà la finzione» (8, p. 34). L'individuo allora trasforma la finzione in *dogma*, ciò che *vorrebbe essere* "a prescindere da ciò che non è" diventa "ciò che è". L'idea delirante appare allora «l'affermazione disperata di esistenza nella non-esistenza [...] il tentativo di un sé frantumato di ricomporsi, nel contesto di una qualche identità, frantumando il mondo logico e consensuale» (6, p. 96).

L'effetto *paradosso* nasce dalla divaricazione e dalla trasformazione tra ciò che l'individuo vorrebbe essere e ciò che è.

*Un paziente che è ricoverato da anni in un Centro di riabilitazione psichiatrica, senza occupazione, con rapporti familiari e sociali conflittuali mi ha chiesto: «Dottoressa, quanto mi potrebbe costare il mondo?», «Scusi, cosa intende?», «Intendo comprarlo».*

Questa convinzione contiene in sé l'origine della sofferenza, ma è anche disvelante e creativa, e non passa inosservata all'interlocutore. In due battute quest'uomo ci ha forse detto quanto è fragile il suo Sé-stile di vita, e che nella sua ottica per padroneggiare la realtà deve esserne padrone. Egli non vede altra possibilità che svuotare di valore la realtà che non gli appartiene. Tuttavia nel momento in cui egli s'innalza a padrone del mondo, il mondo perde il suo valore. Uno schizofrenico preferirebbe essere lontano da aspirazioni convenzionali: intende distruggere il mondo così come è e rifarlo più consono ai suoi desideri [19].

*Dario, 65 anni, è l'incaricato di reparto per l'aggiornamento del calendario componibile che si trova appeso in salone. A fine Novembre il calendario si è fermato e la motivazione è stata questa: «Dicembre è un po' troppo freddo per i miei gusti!».*

In questo caso, Dario si è sorprendentemente appropriato del tempo. L'immagine delle proprie qualità è quasi sempre uno dei fattori fondamentali del delirio. Nell'immagine di sé rientra il modo di avvertire tutta la propria entità psicofisica: anche «la distorsione dell'immagine del proprio corpo può rivestire il ruolo di una *paradossale* supercompensazione, che innalza la "diversità", esasperandola, facendola divenire un elemento di assurda valorizzazione» (4, p. 17).

*Quando abbiamo proposto a Maria, 38 anni, una dieta ipocalorica, a causa dell'eccessivo aumento ponderale, lei è stata disposta a riconoscere che i Kg erano tanti, tuttavia ben distribuiti sui suoi due metri d'altezza.*

#### V. Il pupo siciliano: un caso

*M. è un uomo di 39 anni, ricoverato in un reparto di lungodegenza psichiatrica da oltre un decennio. D'origini meridionali, cresciuto in una famiglia numerosa e socio-culturalmente povera. Non possediamo molti dati anamnestici e la storia che conosciamo è quanto mai inattendibile e a tratti contraddittoria: è la storia che il paziente racconta. L'unico familiare con cui abbiamo contatti è un fratello, peraltro molto sfuggente ed evasivo. Entrambi i genitori sono morti. M. presenta difficoltà in molte aree: cura di sé e del proprio spazio, occupazione, rapporti personali e sociali, comportamenti inadeguati e aggressività eterodiretta.*

«Dal momento che la risultante dell'organizzazione psicotica di personalità non consente una stabile differenziazione tra il Sé e ciò che è Altro-da-Sé, il paziente schizofrenico non è stabilmente in grado di relazionarsi con altri: le interazioni, per quanto coinvolgenti, rimangono in parte "pseudo-relazionali". La dissoluzione dei confini dell'identità, infatti, tende a produrre atteggiamenti fusionali di dipendenza oppure una distanza incomunicabile» (10, p. 25).

*Quando sono arrivata in reparto dicevano che M. era cattivo, anche antipatico e brutto, ma prima di tutto cattivo. Attaccava urlando quelli che “passavano di lì” e agli insulti frapponeva risate come quelle di chi ha appena fatto un patto col diavolo. A questo si aggiungevano provocazioni sessuali (gesti col corpo e in particolare con la lingua) alle donne.*

«Per lo schizofrenico gli altri sono ostili, estranei e nemici. Oppure al massimo è gente con cui non vale la pena di avere rapporti e l'isolamento è una protezione contro le relazioni frustranti. [...] Prendersi cura del paziente rappresenta l'incontro, talora drammatico, con l'aggressività e la distruttività» (7, p. 51). Esse configurano la reazione a vissuti di minaccia e l'ostilità è legata al bisogno di rivendicare la propria potenza. «L'autopercezione della propria vulnerabilità [...] genera nel paziente spinte aggressive verso il mondo sociale che lo ferisce e verso il proprio sé vulnerabile; le risposte negative dell'ambiente aumentano la vulnerabilità e la disintegrazione psichica...Il terapeuta deve essere in grado di esperire l'aggressività del suo paziente come la forza vitale che sta dietro il volto del demone» (6, p. 130).

*Nonostante tutto, aveva richiamato la mia attenzione un gesto che, sebbene banale nella nostra quotidianità, mi era parso unico ed eccezionale in quella realtà così fumosa e disattenta: «Ti dà fastidio se fumo?».*

«Il rafforzamento del senso sociale deve partire da un qualsiasi rudimento ancora presente, entrarvi in contatto, rafforzarlo, fornendo l'esperienza della cooperazione nella terapia; successivamente l'analista dovrà far confluire il sentimento sociale, nuovamente ridestato, anche verso gli altri. Adler considera questo procedere come la tardiva assunzione della funzione materna» (5, p. 363).

*Di solito nei colloqui con i pazienti di questo reparto non c'era spazio per me (per i miei bisogni), a malapena esisteva fisicamente.*

«La Psicologia Individuale concorda con la Psicoanalisi nel rimarcare come nella schizofrenia l'oggetto della relazione sarebbe esperito in modo frammentato e narcisistico. A fronte dell'esperienza di situazioni e vissuti registrati come umilianti, l'ideale della personalità, amplificato sino alla rassomiglianza con il divino, si costituirebbe come unico punto di riferimento definitivo per lo schizofrenico, sempre ammesso che l'attivazione di una simile configurazione psicologica riesca nel difficile intento di dominare la scissione psichica» (8, p. 44).

*M. però, mentre riversava un monologo dai contenuti a me incomprensibili e di cui cercavo perlomeno di cogliere il vissuto emotivo, aveva aperto uno spiraglio alla mia esistenza lì, in quel momento, con lui. Il nostro rapporto (terapeutico anche se poco strutturato) aveva preso avvio da lì. Un altro processo fondamen-*

*tale nel rapporto terapeutico credo sia stato il rendermi compartecipe di una sua allucinazione: un inquietante pupo siciliano (richiamo alle sue origini). M. teneva talmente a distanza le persone che forse nessuno aveva potuto neanche pensare la sua allucinazione; addirittura per farmela capire/provare me l'aveva mimata. Il pupo siciliano rimaneva spaventoso ma, se non altro, M. era un po' meno solo di fronte a lui. Vedere cose orrende fa paura, il fatto che gli altri ne neghino l'esistenza, anche solo rifiutandosi di prenderle in considerazione, è ancora più terrorizzante.*

Ferrero [8] sottolinea l'importanza dell'incoraggiamento manifestato attraverso un accoglimento attento che possa ridurre il terrore senza soffocare l'individualità creativa. «Il terapeuta non svaluta ma accetta di sentire l'orrore del delirio. [...] Ciò trasmette empaticamente al paziente che anche lui potrà fare questo. È il primo elemento per fondare un nuovo nucleo di comunicazione logico-affettiva, con più partecipative attribuzioni di senso» (7, p. 53).

«Io credo allora che dobbiamo riflettere sul fatto che un importante motivo di attaccamento dei pazienti alla loro psicosi è costituito dal fatto che essa costituisce il tramite per tentare di comunicare una vera esperienza di vita vissuta. [...] Il prevalere della "logica privata" del pensiero psicotico non nega l'estremo bisogno di contatto sia con la realtà che con la propria fantasia, peraltro cortocircuitate nelle allucinazioni e nei deliri. Il termine logica privata risulta equivoco in quanto la comunicazione psicotica è comunque riferita anche all'Altro, ad un interlocutore molto amato e molto temuto, ma è anche evocativo del fatto che sovente è solo così che l'individuo riesce a raggiungere un relativo equilibrio» (8, p. 39).

*Una delle convinzioni deliranti più radicate nel pensiero di M. consisteva nel sostenere che appena morti si rinasce. «Non cambia nulla, sei sempre tu, muori e rinasci, muori e rinasci, all'infinito. Finita questa vita, io rinasco, non c'è dubbio, e anche tu, dottoressa!».*

«Penso che la marcatissima fragilità dell'autostima dei pazienti psicotici più gravi sia rappresentata spesso attraverso il *paradosso* di vivere la morte. Esso si esprime nell'immobilità temporale in cui si sclerotizzano in genere i progetti degli schizofrenici: dietro la grandiosità del delirio di vivere l'eternità si nasconde dunque l'angoscia immutabile di non aver scampo da una sorta di morte psicologica» (*Ibid.*, p. 42).

*Naturalmente l'idea non poteva essere contraddetta, e soprattutto delusa, e quindi mi limitavo al silenzio assenso. Tuttavia col tempo mi sono permessa un cenno di dubbio con l'espressione del viso. E di seguito un'ipotesi: forse poteva esserci un'altra possibilità. Alla fine lui la pensava ancora come prima ma accettava (senza inveire come faceva ogni volta che gli si presentava una realtà diversa*

*dalla sua) il fatto che io la pensassi diversamente. Quindi non c'era solo il mio corpo a cui poteva dar fastidio il fumo, ma c'era anche la mia mente che aveva un'idea diversa dalla sua. Sulla scorta di un'ipotesi alternativa è stato poi possibile proporre una realtà alternativa: quella di realizzare qualcosa per sé in "questa vita". M. ha accettato di essere seguito da una psicopedagoga per un programma di alfabetizzazione. È stato sorprendente osservarlo alle prese con i compiti coinvolgendo anche gli infermieri in disquisizioni sulle doppie.*

Il linguaggio e la struttura disgregata del pensiero sembrano lo specchio del disgregarsi delle possibilità di comunicare con l'Altro, così come di ritrovare una coerente immagine di sé. Talora emergono le modalità espressive di un sentimento sociale di tipo arcaico: il rapporto si connota secondo le modalità simbiotiche del rapporto uno a uno, riuscendo in qualche modo a ripristinare un nucleo d'identità, che potrebbe permettere al paziente di sviluppare una capacità di reinserimento sociale [2].

*Parallelamente ha maggiormente investito su un aspetto fino ad allora trascurato, l'igiene personale. M. possiede ora una borsina con prodotti d'igiene personali (non quelli comuni in dotazione al reparto). Quest'ultimo aspetto non deve essere sottovalutato; uno dei rischi maggiori dei reparti di lungodegenza psichiatrica è la "omologazione", la totale perdita d'individualizzazione. Attualmente M. è ancora convinto di essere il figlio di Marilyn Monroe e sostiene di aver conosciuto personalmente E. T. ma un medico che l'ha rivisto a distanza di un paio d'anni ci ha detto: «Me lo ricordavo più antipatico... adesso mi pare più simpatico!». Qualcosa è cambiato: esiste un Altro meno minaccioso, con cui è possibile una cooperazione.*

Ciò ha particolare importanza in quanto «Il Sentimento Sociale nelle sue componenti oggettuali e processuali è un'istanza aggregante le strutture-funzioni intrapsichiche, l'aggressività distruttiva, espressione della Volontà di Potenza, al di sopra di una certa soglia, negli psicotici, agisce come istanza disaggregante ed anticoesiva il Sé-stile di vita» (7, p. 49).

«Il senso d'identità esige che esistano altri da cui si possa essere riconosciuti, e che il loro riconoscimento si congiunga col proprio autoriconoscimento. Non è possibile conservare la propria salute mentale se si cerca di essere separati da tutti gli altri. Un simile modo di vivere presuppone la capacità di conservare la propria realtà personale per mezzo di un'identità fondamentalmente autistica. Presuppone in sostanza che sia possibile essere umani senza bisogno di un rapporto dialettico con gli altri. Sembrerebbe che lo scopo di una manovra simile sia unicamente la difesa di una "identità intima" dalla distruzione che s'immagina possa venire dall'esterno, difesa consistente nell'eliminare tutte le possibilità d'accesso diretto dall'esterno». (11, p. 143).

## VI. Conclusioni e osservazioni sul trattamento

«Se li osserviamo (uomini) allora scopriamo che ciascuno di essi ha dato un suo individuale significato alla vita. Ciascuno di essi si comporta come se si basasse su una determinata interpretazione della vita, e in tutte le loro azioni c'è una valutazione implicita del mondo e di se stessi. Ci sono tanti significati dati alla vita quanti sono gli esseri umani e, come abbiamo suggerito, forse ognuno di questi contiene un margine variabile d'errore. Nessuno è in possesso del significato assoluto della vita; e si può sostenere che qualsiasi significato che sia anche minimamente utilizzabile non può essere definito completamente sbagliato. Tutti i significati sono varietà comprese entro questi due limiti» (3, p. 23).

In questo passo Adler esalta il principio di soggettività intesa come capacità creativa dell'uomo di estrarre dal «mucchio formicolante di fantasticherie suscitate da un'immaginazione libera e stravagante, quella forma particolare che si armonizza con l'idea guida, con lo stato d'animo e il progetto predominanti» (15, p. 87). In tutti i processi creativi (*artistico, scientifico, delirante*) si può pensare che il risultato cui si tende sia il medesimo. Da un sentimento di *confusione, dubbio, spaesamento* si tende a ricercare l'*armonia, l'ordine e la certezza*. Del resto è noto il significato di rassicurazione che assume in psicopatologia la formulazione di un'idea delirante. Il delirio assume un significato restitutivo nel senso che rappresenta un nuovo, diverso modo di rapportarsi alla realtà, di dare ad essa un senso, anche se univocamente e rigidamente determinato.

Nonostante la “comunione d'intenti” tra processi creativi, resta da definire il “margine d'errore”. Al pensiero psicotico si connette la dimensione dell'attaccamento ostinato ad un unico invariabile sistema di riferimento, che si libera di ciò che rimanda al dubbio, all'incertezza, alla pluralità dei punti di vista: ogni evento è riconducibile al medesimo schema interpretativo. La persona crea un'immagine di sé che tende a coltivare in silenzio, fidando nella forza delle proprie convinzioni. Al delirio si connette la dimensione della segretezza, della privatizzazione di ciò che è percepito, della costruzione di un sistema di riferimento che costituisce un linguaggio privato non condivisibile da una comunità. Egli mira a una conoscenza totale che sottende un'esigenza di controllo totalitario e onnipotente e che prende il sopravvento sull'incompiutezza e parzialità. Quella che per gli altri resta un'idea regolativa, per lui diviene una realtà, prendendo il via una linea di tendenza volta ad abolire ogni possibile divario tra teoria e realtà. Si configura allora un sistema chiuso che non risente delle informazioni di ritorno dall'ambiente. L'iperdogmatismo, la segretezza, l'impossibilità di riorientare la propria visione del mondo, la preclusione all'incertezza, la totale corrispondenza tra teorie e realtà sono caratteristiche proprie di questo tipo di pensiero [15].

Il pensiero psicotico possiede un senso/significato privato ed è privo di un senso/significato condiviso. Elementi per noi apparentemente privi di relazione possono però divenire tessere di un mosaico in cui s'incastano perfettamente. Nel delirio è come se il soggetto vedesse qualcosa che sfugge agli altri, come se il suo sguardo superasse la realtà sensibile cogliendo nascoste connessioni tra gli oggetti e inserendoli in una rete solo per lui significativa.

Dobbiamo evidentemente cominciare ad accogliere il significato privato e conddividerlo, per permettere alla relazione di continuare. «Il terapeuta deve attraversare l'esperienza psicotica insieme con il paziente, questo è il presupposto affinché essi possano ambedue uscire dall'incontro arricchiti affettivamente e cognitivamente. La relazione con il paziente non è solo un'interazione, una transazione, un transfert e un controtransfert ma è anche un'interiorizzazione di ciascun partner nell'altro. Ma per accettare questo pericoloso processo, il terapeuta deve essere profondamente motivato, deve cioè avere un assetto interno che gli conferisca "personalità terapeutica" intesa come una personalità fondata su un'intenzione d'amore. Ciò comporta inevitabilmente che nella relazione terapeuta-paziente, dominata dall'asimmetria, si creino legami o ponti affettivi che tendono a rendere simmetrico il rapporto. La simmetria comporta reciprocità come caratteristica fondamentale dell'incontro terapeutico. L'elemento fondante questa reciprocità è il momento in cui comunichiamo quello che la sua esistenza, le sue storie, le sue emozioni hanno *significato* per noi» (12, pp. 50-51).

Quindi parto dal paradosso che il paziente porta come comunicazione disvelante ma cercherò di restituirgli *un possibile* senso in vece di un non senso; forse così giungerà a scegliere una soluzione meno paradossale. Se il paziente sarà riuscito a prendere fiducia crederà ad una realtà meno distruttiva e accetterà di muoversi in un senso condiviso, piuttosto che nell'assurdo tanto rassicurante quanto alienante. «Ciò deve essere effettuato senza perseguire un completo allineamento del paziente con lo standard ambientale, ma dimostrandogli che si può essere "diversi" e forse superiori e nel contempo compartecipare emotivamente con i propri simili. Il rapporto con l'analista dovrebbe rappresentare una prima esperienza disinibente, che serva poi da ponte per contatti più allargati» (14, pp. 18-19).

«Si sono spesso attuate nei terapeuti *identificazioni creative*, queste consentono all'analista di percepire la potenzialità del Sé creativo del paziente... Tali identificazioni attivano l'agente terapeutico e consentono talora di scoprire nei sintomi schizofrenici, oltre alla funzione difensiva, anche dei segnali espressivo-creativi. La tendenza dello schizofrenico all'isolamento, i bisogni di onnipotenza ("inanimata e creatrice" come dice Racamier), l'esaltazione della realtà fantastica interna non-consensuale, il bisogno d'imprevedibilità e arbitrarietà che caratterizzano i codici degli psicotici, possono essere impiegati come materiale non di scarto, ma invece costruttivo per l'attivazione delle risorse residue [...]. L'attività creativa,



anche quella piccola, trasformativa di situazioni parziali e quotidiane, sembra prefigurare una compensazione positiva e consensuale contro la minaccia profonda di catastrofe che incombe sull'individuo schizofrenico: minaccia di trovare il mondo privo di significati» (7, p. 55).

Ci si deve ragionevolmente attendere che i pazienti si oppongano al cambiamento, d'altra parte non si può forzare sconsideratamente l'equilibrio patologico. «Il suo stile di vita reclama in modo categorico che egli fallisca per colpa d'altri, che la sua responsabilità personale non sia in causa, od anche che una banalità fatale impedisca il suo trionfo. Nella misura delle proprie possibilità l'individuo contribuisce a mantenere le sue illusioni, e tutta la sua vita è così attraversata dalla corrente che tranquillizza, che narcotizza, che culla l'autovalutazione della *menzogna vitale*. Ogni tentativo terapeutico ed ogni prova malaccorta di mostrare la verità al malato, strappa il paziente dalla culla della sua irresponsabilità e deve tener conto di una resistenza feroce» (2, pp. 210-211).

«L'attività di pensare coerentemente un progetto deve vicariare la frammentazione dello schizofrenico, che non è in grado di fare altrettanto» (10, p. 25). I terapeuti devono allora procedere con cautela per non lasciare il paziente in balia dell'assenza di senso: senza più un senso privato "vicariante" e ancora senza un senso condiviso.

## Bibliografia

1. ADLER, A. (1912), *Über den nervösen Charakter*, tr. it. *Il temperamento nervoso*, Astrolabio, Roma 1971.
2. ADLER, A. (1921), *Praxis und Theorie der Individualpsychologie*, tr. it. *La Psicologia Individuale*, Newton Compton, Roma 1970.
3. ADLER, A. (1931), *What Life Should Mean to You*, tr. it. *Cosa la vita dovrebbe significare per voi*, Newton Compton, Roma 1976.
4. ADLER, A., ANSBACHER, H. L., PARENTI, F., PAGANI, P. L. (1982) *Adler e Nijinski, da un incontro: ipotesi sulla schizofrenia con uno scritto inedito di A. Adler "La prefazione al Diario di Vaslav Nijinski"*, Quaderni della Rivista di Psicologia Individuale, Milano.
5. ANSBACHER, H. L., ANSBACHER, R. R. (1956), *The Individual Psychology of Alfred Adler*, tr. it. *La Psicologia Individuale di Alfred Adler*, Martinelli, Firenze 1997.
6. BENEDETTI, G. (1991), *Paziente e terapeuta nell'esperienza psicotica*, Bollati Boringhieri, Torino.

7. FASSINO, S. (1993), Il sentimento di minaccia negli schizofrenici: implicanze per la strategia terapeutica, *Riv. Psicol. Indiv.*, 33: 49-57.
8. FERRERO, A. (1995), *Insula Dulcamara. Studi di psicologia e psichiatria dinamica*, CSE, Torino.
9. FERRERO, A. (1998), Ermafroditismo psichico, in SANFILIPPO, B. (a cura di), *Itinerari adleriani*, Angeli, Milano.
10. FERRERO, A. (2003), "Trattamento psicodinamico adleriano multimodale (APMT) nella presa in carico residenziale dei pazienti psicotici", 9° *Convegno Nazionale SIPI, «Psicologia Individuale e Neuroscienze: nuove frontiere»*, 14 novembre, Milano.
11. LAING, R. D. (1959), *The Divided Self*, tr. it. *L'Io Diviso: studio di psichiatria esistenziale*, Biblioteca Einaudi, Torino 1969.
12. MANCIA, M. (1995), *Percorsi*, Bollati Boringhieri, Torino.
13. PARENTI, F. (1983), *La Psicologia Individuale dopo Adler*, Astrolabio, Roma.
14. PARENTI, F., PAGANI, P. L. (1986), *Psichiatria dinamica*, Centro Scientifico Torinese, Torino.
15. ROSSI MONTI, M. (1989), *Fisiologia e patologia della scoperta*, in *Rivista di Psicologia*, 1: 85-96.
16. ROSSI MONTI, M. (1991), Il delirio tra scoperta e rivelazione, *Atque: materiali tra filosofia e psicoterapia*, 3: 55-66.
17. ROVERA, G. G. (1996), La Hybris del paziente borderline, in ROVERA, G. G. (a cura di), *Il paziente borderline*, CSE, Torino: 3-26.
18. SCHNEIDER, K., HUBER, G. (1975), Deliri, in *Enciclopedia Medica USES*, Firenze: 2041-2071.
19. SHULMAN, B. H. (1984), *Essays in Schizophrenia*, Adler Institute, Chicago.

Ossola Chiara  
Via Monsignor P. Panzetti, 2  
I-20078 San Colombano al Lambro (MI)

## Arte e Cultura

### Stile di vita patologico e perversione sessuale attraverso la lettura del film “La pianista”\*

CRISTINA IORIO

*Summary* – THE PATHOLOGICAL LIFE-STYLE AND THE SEXUAL PERVERSION THROUGH THE READING OF “LA PIANISTE”. In the town of Vienna, at present time, “La pianiste” speaks about Erika, a piano teacher who shares her life between an inflexible public image and a private life of perversions. The character is analysed according to the adlerian point of view.

*Keywords:* LIFE-STYLE, PERVERSION, MOVIE

*«Il crepuscolo dello spirito ...  
l'attimo prima in cui si sa bene che si sta  
per perdere la ragione  
ma si tenta il tutto per tutto ...  
ecco il momento in cui sappiamo cosa  
significa  
la perdita di se stessi,  
un attimo prima di lasciarsi andare  
completamente».*

(La pianiste, 2001)

#### I. Stile di vita deviante e autocoerenza

Lo stile di vita è, come concetto cardine della *Psicologia Individuale Comparata*, «l'impronta soggettiva di ogni individuo, costituita dalla risultante di tratti com-

\* *La pianista*, (titolo originale *La pianiste*, 2001), Austria/Francia, regia di Michael Haneke.

*portamentali, orientamento del pensiero, affetti ed emozioni, articolati al servizio di finalità prevalenti»* (10, p. 25). Attraverso di esso s'identifica, in tutta la sua complessità e irripetibilità, l'unità psichica Uomo.

L'analisi dello *stile di vita* non solo esprime l'impronta soggettiva, comportamentale e finalistica di ogni personalità, ma è orientata all'inquadramento della meta prevalente, verso cui s'indirizza tutta la vita psichica dell'individuo. Lo stile di vita si consolida attraverso un graduale processo di selezione e di adattamento dinamico per mezzo del quale ogni soggetto provvede a far proprie tutte le scelte d'azione, emotive e razionali, utili al raggiungimento della meta finale.

Il campo d'indagine più immediato per l'analisi di uno *stile di vita* è, sicuramente, il comportamento: la mimica, la gestualità, gli sguardi, l'eloquio, l'abbigliamento, le azioni quotidiane, le modalità reattive alle varie situazioni offrono un compendio delle mete conscie o inconscie. L'accesso graduale e analitico al mondo interno degli schemi finzionali soggettivi d'appercezione e alla sfera dell'affettività e delle emozioni completa l'osservazione dell'individuo unico e indivisibile.

Ogni attività umana si basa su una *forza dinamica di base* che spinge da una posizione di *minus* a una di *plus*, da un sentimento d'inferiorità ad uno di superiorità: «*Il valore dinamico dei movimenti mentali, emotivi ed attitudinali si trova nella loro direzione verso una meta [...]. Solo in questo modo possiamo comprendere i movimenti diretti alla meta come sforzi per assicurarsi ciò che egli interpreta, a torto o a ragione, come successo o come il modo di superare una situazione di minus e raggiungere una situazione di plus»* (3, p. 12).

Ogni soggetto persegue una meta di superiorità personale e unica, elaborata in base al significato che egli attribuisce alla vita. Ciò che caratterizza uno *stile di vita deviante* (il bambino problema, il nevrotico, l'alcolista, il delinquente e il perverso sessuale) è un accresciuto *sentimento d'inferiorità* che si accompagna a un deficitario *sentimento sociale*, il tutto diretto al perseguimento di un *fine ultimo fittizio*, di «*una particolare meta prevalente, posta sotto il dominio delle espressioni antisociali della volontà di potenza e destinata a scavare una maggiore distanza tra l'individuo e i suoi simili»* (10, p. 19).

Anche in situazioni devianti e patologiche l'individuo si “muove” coerentemente con la posizione di *superiorità* prefissata. In tal modo lo stesso sintomo, funzionale e strettamente interrelato alla meta da raggiungere, è difficilmente smantellabile [7].

Nella patologia e nella devianza rientrano tutti i processi psicologici e gli aspetti comportamentali che aumentano la *distanza* dell'individuo dai suoi simili, il che

comporta un allontanamento dalla "logica comune", un'alterazione della realtà e la compromissione della capacità del singolo di stabilire relazioni interpersonali armoniche.

## II. *Tra sessualità armonica e sessualità deviante*

L'amore implica un coinvolgimento sessuale e affettivo-emotivo che enfatizza e protrae nel tempo il desiderio di legarsi a un partner, sino a mobilitare meccanismi d'attacco e difesa contro eventuali interferenze esterne [13]. All'interno di una coppia la sessualità, intesa anche come incontro profondo di due mondi e di due *stili di vita* diversi, ha un significato relazionale. La relazione affettivo-sessuale più appagante è quella che permette uno scambio armonico basato sulla compartecipazione emotiva. Spesso, invece, nella sessualità deviante si evidenziano interferenze soggettive, più o meno radicate, che inficiano l'*empatia* tra i partner creando una profonda disarmonia.

*«Il più delle volte la patologia sessuale risulta un espediente per autolimitarsi il terreno d'azione, altre volte uno strumento di lotta che mina la relazione [...]. La sessualità agisce quindi come soldato dello stile di vita, divenendone nel contempo espressione veritiera»* (15, p. 133).

## III. *Le perversioni sessuali*

«La distinzione tra *amore* e *perversione* è contenuta nel modo di vivere il proprio desiderio come *apertura* o come *chiusura* verso l'altro. [...] Perverso è quel desiderio che non desidera l'altro ma se stesso, che non diventa veicolo di trascendenza, ma oggetto della propria immanenza. [...] Il desiderio è passione. Passione è *patire* l'altro, è soffrire la vertigine che la mia possibilità di trascendermi dipende dalla libertà dell'altro. Per questo la passione si accompagna al turbamento [...] confuso presentimento che l'altro può disporre di me, può accogliere così come può rifiutare. [...] Chi non vuol correre questo rischio conosce l'amore non come un *nuovo modo d'essere*, ma come la ripetizione di un *antico modo d'aver*. [...] Il carnefice incontra l'altro per affermare la propria intrascendibilità; [...] riproduce incessantemente lo schema vuoto del desiderio che non si trascende nella carne dell'altro ma che nella carne trascesa dell'altro assapora la propria solitudine. [...] Il corpo del carnefice si limita a distruggere il mondo. [...] Perverso è ogni amore che si vive senza reciprocità. [...] Tutte le perversioni, nella misura in cui sottraggono all'altro la sua soggettività, per ridurlo alla pura opacità della sua carne, giocano con la morte, dove la soggettività si estingue e il corpo si raggela» (9, p. 244).

Le perversioni sessuali sono «*modalità distorte di esercizio dell'attività sessuale in cui si avverte l'intenzione di ledere un partner reale o immaginario*» (13, p. 205); vanno, quindi, distinte dalle deviazioni sessuali, che pur essendo atipiche, non assumono caratteristiche di lesività. Le perversioni sono caratterizzate o dalla sostituzione del partner o dall'abnorme modalità con cui è perseguito il piacere.

Le caratteristiche essenziali di una parafilia [8] sono gli impulsi sessuali, le fantasie o i comportamenti sessualmente eccitanti che possono riguardare la sofferenza o l'umiliazione di se stessi o del partner. Per alcuni di questi pazienti gli stimoli parafilici sono indispensabili per l'eccitazione e non possono mancare nell'attività sessuale. Oltre ad essere lesivi per il partner o per se stessi tali comportamenti causano un disagio clinicamente significativo e la compromissione dell'area relazionale-sociale [6].

La Psicologia Individuale ha individuato alcuni elementi comuni che compaiono in quasi tutte le perversioni sessuali, primo tra tutti l'incapacità di intrattenere relazioni erotiche paritarie secondo schemi di condivisione comuni. Ne consegue un'inevitabile distanza generata da un *sentimento/complesso d'inferiorità* in cui la *volontà di potenza* cerca una linea di compenso innaturale. Molte perversioni, ad esempio, sostituiscono la figura del partner attivo (partecipe e coinvolto) con un soggetto oggettivato fino all'estrema distanza del voyeurismo; altre, come il sadismo e il masochismo, modificano sostanzialmente il comportamento accentuando le espressioni aggressive o passive e seguendo una meta inconscia, prevaricante o autoprotettiva, comunque finalizzata al bisogno d'autoaffermazione.

La *perversione* esprime un disadattamento interpersonale che vede fortemente limitato il sentimento sociale [2]. Lo *stile di vita* del perverso crea inevitabilmente una *distanza* che è allontanamento dall'altro, dagli schemi comuni e dalla vita, indebolimento del sentimento sociale e della compartecipazione emotiva [14].

#### IV. Il masochismo

Il masochismo è una perversione sessuale che lega il raggiungimento del piacere a una sofferenza o a un'umiliazione, reale o immaginata, del soggetto. Per Adler è espressione «*del forte complesso di inferiorità e delle sue compensazioni fuorviate*» (2, p. 71). Il masochista, che si distingue per l'esagerata ammissione della propria debolezza, dirige la linea compensatrice verso l'*alto* esattamente come il sadico. Di fatto, la sintomatologia di questo paziente è dominata da una meta personale di superiorità: «*Tu devi fare ciò che io voglio che tu faccia*» (7, p. 480).

«*Il masochista dà ordini al partner, di cui, a dispetto della debolezza che lo affligge, si sente superiore*» (4, p. 107) e nello stesso tempo esclude la possibilità di

una sconfitta relazionale. In questo senso il partner è costretto a subire l’influenza del masochista, dividendo con lui un ruolo asociale spesso ripugnante.

Andando oltre se stesso il masochista trasgredisce, superando e cancellando la norma ma tale comportamento diviene di fatto una rassicurazione; in effetti, lo scopo del masochista è di evitare la relazione amorosa intesa come esperienza di profonda condivisione e coinvolgimento in cui necessariamente le distanze si perdono.

Tale tendenza all’esclusione e all’isolamento si manifesta sia nella relazione con il partner come *soggetto d’amore oggettivato* sia nelle relazioni sociali, il tutto accompagnato da una forte tendenza al comportamento critico e dispregiativo nei confronti del prossimo. Ne consegue una linea di compenso che si dirige verso l’astiosità, che si esprime sotto forma di accusa e di condanna nei confronti delle sottomissioni subite.

Le ipotesi della genesi di questa perversione portano inevitabilmente a una soggettiva quanto inesorabile condizione d’inferiorità percepita ed erotizzata attraverso il sintomo, che è investito di piacere così da divenire finzionalmente sopportabile [12]. Allo stesso tempo, attraverso una sorta di “masochismo morale”, la sofferenza autoprovocata tenta, mediante l’espiazione, di esorcizzare un senso di colpa inconscio e incoffessato: il soggetto entra fantasmaticamente e contemporaneamente nel ruolo della vittima e del persecutore attraverso il gioco finzionale dell’“identificazione ora con l’aggressore ora col perseguitato” [11].

#### V. “La pianista”: il film

Ambientato nella Vienna contemporanea, “La pianista” racconta la storia di Erika, un’insegnante di pianoforte del conservatorio, il cui stile di vita è influenzato da un rapporto morboso con una madre rigida e possessiva: Erika si mostra dura e irreprensibile verso il mondo in contrasto con un’instabilità emotiva che si evolve in un crescendo drammatico che sfocia fino a perversioni sadomasochiste. L’equilibrio vacillante in cui vive Erika è rotto da Walter, un giovane e promettente musicista di bell’aspetto che si dichiara in un amore genuino, puro e appassionato: nasce fra i due un *rapporto* che ondeggia fra le differenti modalità di concepire l’amore da parte dei due personaggi.

Il giovane vive tutta la passione di un ventenne che desidera donare anima e corpo all’oggetto del proprio amore; la donna, invece, totalmente incapace di provare sentimenti sani e positivi, tenta disperatamente di “corrispondere”, trasformando e plasmando quest’affetto all’interno delle sue perversioni: crea *fittiziamente* un rapporto di dominazione/sottomissione, da Walter difficilmente accettato, all’inizio, e, in un secondo tempo, categoricamente rifiutato.

La tensione fra i due esplode fino a sfociare in un incontro/scontro *perverso* il cui risultato si esprime in una violenza psicologica e sessuale agita dal ragazzo, ultimo disperato tentativo di un incontro impossibile, seppur patologico, con l'oggetto d'amore: la rottura è ormai definitiva in quanto la *distanza* è incolmabile.

Dopo quest'ultimo incontro, Erika, nella sequenza finale del film, estrae dalla borsa un coltello pugnalandosi al petto in una smorfia di dolore e di rabbia.

## VI. *Analisi del personaggio di Erika*

Erika è una donna matura, di bell'aspetto, per nulla appariscente. Il suo abbigliamento, sempre impeccabile, serio ed austero, esprime i colori spenti e monocromatici della sua anima. Il volto è senza trucco e non presenta segni di malizia, i capelli sempre raccolti: dallo sguardo trapelano freddezza, distanza e chiusura. Il corpo manifesta movenze formalmente rigide, la sua femminilità è sempre occultata da una parete di ipercontrollo totale.

Erika è un'insegnante di pianoforte severa e intransigente. I rapporti con i suoi allievi sono freddi e distaccati, nelle sue modalità interattive non vi è mai incoraggiamento né empatia, ma soltanto una logorante, continua e sempre svalutante verifica. Come nella vita anche nel rapporto con la musica la donna non privilegia il trasporto emotivo ma il tecnicismo e il controllo delle emozioni. Memorabile l'esortazione ad una allieva durante una lezione:

*«La freddezza le dice qualcosa?... Questa musica non annega nell'indifferenza e nel sentimentalismo».*

L'atteggiamento di distanza estrema comprende tutte le sue relazioni con l'esterno: il lavoro, le amicizie, l'amore. Erika non ha relazioni calde e significative con nessuno, non ha amici e sembra disinteressata verso tutto e tutti: il suo sguardo altero e inespressivo sembra dire costantemente: *«Non avvicinatevi!»*. Tutta questa rigidità e impassibilità nascondono un lato oscuro e segreto della sua vita: le sue perversioni. Abbandonato il ruolo pubblico di donna austera, Erika vive una sessualità solitaria e perversa: desidera e ricerca rapporti masochistici e voyeuristici, procura sul proprio corpo ferite e automutilazioni, frequenta *peep show* e *sexy shop*.

Erika vive con la madre in una relazione simbiotica e conflittuale di amore/odio. La madre è una donna oppressiva e invadente, dall'aspetto duro e poco accogliente (la accusa di truccarsi troppo, di indossare inutili vestiti alla moda, la controlla se esce, sull'ora in cui torna, su dove sia stata e con chi) e dall'altro di "diffidenza e competizione" nei confronti del mondo (*«devi stare molto attenta...*



*Nessuno ti deve superare»*). Erika, pur avendo una sua camera, di notte dorme nella stesso letto della madre.

La casa si presenta *vuota* di relazioni, nessuno va mai a trovarle sia perché non esistono amici da invitare sia perché entrambe hanno la volontà di consolidare questa chiusura simbiotica a due. Il padre, come il resto del mondo, è escluso da questa dualità ed è nominato solo in sporadiche occasioni. Erika lo descrive come un uomo "*morto pazzo*" per cui "*non le è difficile parlare di crepuscolo dello spirito*".

Nella relazione con Walter, suo giovane allievo, Erika *costruisce* una strenua difesa: all'inizio rifiuta ogni sua attenzione, successivamente si fa strada il "desiderio". Comincia una relazione fatta di distanze, di assenza, di contatto corporeo ed emotivo in cui Erika non si concede nessun sentimento:

*«Io non ho sentimenti e se ne ho per un giorno non prevarranno mai sulla mia intelligenza».*

Successivamente sembra farsi strada un abbozzo di "sentimento sociale" che addolcisce la durezza di Erika: porta i capelli sciolti, si trucca in maniera lieve, indossa abiti colorati e sorride. La sua impossibilità di viverci in una relazione fatta di passione e di trasporto è invalicabile. Iniziano le "istruzioni" impartite all'amante che esplicitano il suo desiderio di essere *picchiata e umiliata* anche davanti alla madre. Tutto ciò trascina Walter in una profonda confusione: da un lato il dis gusto, dall'altro la grande sofferenza e il tentativo di un contatto e di un recupero impossibile (*«Nessuno è mai morto per amore»*). Erika non è in grado di concedere né a sé né agli altri alcun sentimento né emozione che non passi dal dolore.

## VII. *Lo stile di vita di Erika*

Il sentimento sociale e la capacità di partecipare emotivamente sono estremamente carenti nello *stile di vita* di Erika, la cui linea compensatrice è direzionata verso l'*alto*, verso una meta di superiorità che mascheri e compensi l'inesorabile vissuto d'inferiorità. Attraverso le sue perversioni Erika prende le *distanze dall'altro da Sè*, inteso come coinvolgente e pericoloso oggetto d'amore, escludendo in questo modo ogni possibilità di sconfitta relazionale.

I sintomi di Erika esprimono la sua incapacità di dare parola a una *sofferenza indicibile*: le ferite, l'automutilazione, l'umiliazione sembrano l'unica possibilità di "sentire" e "sentirsi viva". Le perversioni di Erika le permettono così di mantenere una posizione di apparente superiorità, distanza e protezione coerentemente con la propria meta di autoprotezione.

## Bibliografia

1. ADLER, A. (1929), *The Education of Children*, tr. it. *Psicologia dell'educazione*, Newton Compton, Roma 1975.
2. ADLER, A. (1930), *Das Problem der Homosexualität*, tr. it. *Psicologia dell'omosessualità*, Newton Compton, Roma 1994.
3. ADLER, A. (1932), *Der Aufbau der Neurose*, tr. it. *The Structure of Neurosis*, *Int. J. Indiv. Psychol.*, 1, 2: 3-12.
4. ADLER, A. (1933), *Der Sinn des Lebens*, tr. it. *Il senso della vita*, Newton Compton, Roma 1997.
5. ADLER, A. (1935), *The Fundamental Views of Individual Psychology*, tr. it. *I concetti fondamentali della Psicologia Individuale*, *Riv. Psicol. Indiv.*, 33: 5-9.
6. ANDREOLI, V., CASSANO, G., ROSSI, R. (a cura di, 1996), *DSM IV, Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali*, Masson, Milano.
7. ANSBACHER, H. L., ANSBACHER, R. R. (1956), *The Individual Psychology of Alfred Adler*, tr. it. *La Psicologia Individuale di Alfred Adler*, Martinelli, Firenze 1997.
8. DE MASI, F. (1999), *La Perversione sadomasochistica*, Bollati Boringhieri, Torino.
9. GALIMBERTI, U. (1987), *Il Corpo*, Universale Economica Feltrinelli, Milano.
10. PARENTI, F. (1983), *La Psicologia Individuale dopo Adler*, Armando, Roma.
11. PARENTI, F., PAGANI, P. L. (1984), *Psichiatria dinamica*, Centro Scientifico Torinese, Torino.
12. PARENTI, F., PAGANI, P. L. (1984), *Dizionario alternativo di psicoanalisi*, Quaderni della Rivista di Psicologia Individuale, Milano.
13. PARENTI, F., PAGANI, P. L. (1987), *Lo Stile di vita*, De Agostini, Novara.
14. PARENTI, F. ET COLLABORATORI (1989), *Antologia ragionata*, Cortina, Milano.
15. SANFILIPPO, B. (a cura di, 1998), *Itinerari adleriani*, Angeli, Milano.

Cristina Iorio  
via Cadore, 6  
21013 Gallarate (VA)  
cristinaiorio@tiscali.it

## Recensioni

HILLMAN, J. (1995), *Kinds of Power*, tr. it. *Il potere. Come usarlo con intelligenza*, Rizzoli, Milano 2002, pp. 283

Originale e inconsueto il punto di vista che l'autore ci offre in questa opera "leggera", leggibile, con il dono della semplicità, senza peraltro perdere in profondità rispetto ai contenuti ed alla ricchezza interpretativa. Hillman non prende posizione, non ci indica cosa è buono e cosa è cattivo nell'esercizio del potere; racconta e descrive gli aspetti contraddittori e di segno opposto che caratterizzano le articolate e multiformi concretizzazioni del potere in ambiti e situazioni diverse.

Le prime considerazioni del libro si soffermano sulla condizione "naturale" nella quale siamo immersi, un'abitudine ad essere orientati e condizionati nelle nostre scelte più o meno importanti, dalla psicologia del *business* che contempla idee e azioni corrispondenti quali il guadagno, lo scambio, rispar-

miare, comprare, vendere, possedere, alienare. Queste preoccupazioni, o ancora meglio, occupazioni sembrano avere una capacità di attrazione molto superiore alle romantiche idee che riguardano amore e sentimenti, empatia e compassione, il cui impatto e incidenza sui nostri comportamenti restano relegati nell'ambito della superficiale e formale apparenza.

Però, dietro a ciò che sembra scontato e familiare, si celano forze ed idee inconsapevoli, sconosciute agli stessi autori che le veicolano, pensieri che fanno riferimento ad una visione del mondo sempre più universale e condivisa, che addirittura assomiglia ad una visione teologica, cioè il *primato dell'Economia*.

L'analisi della psicologia del *business* quindi, vuole essere l'analisi dei modi e dell'interpretazione attualmente vincenti nella sfera collettiva, con il valore aggiunto rappresentato dal tentativo di svecchiare ed adattare, adeguandoli alle nuove condizioni, i concetti storicamente accumulatisi riferibili al potere.

Efficienza, crescita, servizio, manutenzione sono i paradigmi utilizzati per analizzare le caratteristiche del potere nella psicologia del *business*, ma anche per differenziare la vecchia eroica del potere da nuove interpretazioni, come ad esempio le descrizioni di alcuni tipi di crescita possibili quali l'approfondimento, l'intensificazione, la spoliazione, la ripetizione, lo svuotamento; descrizioni che ci sorprendono proprio perché illuminano zone che crediamo di conoscere bene, dimensioni abituali e quotidiane della nostra vita come lo sono i milioni di uffici che ci ospitano ogni giorno.

La seconda parte del libro è dedicata agli stili del potere: viene citata e riconosciuta l'origine adleriana dell'idea di *volontà di potenza* e si disserta sulle sfaccettature che il concetto di agire, la sua possibilità e capacità, richiamano, oltre all'inclusione, a volte inevitabile, degli strumenti utilizzati dal potere per tiranneggiare, dominare, esercitare il controllo oppressivo.

Qui Hillman cerca di superare l'opposizione che contrappone assiologicamente, secondo una visione romantica, l'amore al *potere*, come se fosse possibile "depurare" l'amore dagli elementi di potere in esso presenti e viceversa.

Dalle considerazioni fatte a questo proposito emerge un quadro della materia trattata che necessita un'esegesi sottile e sensibile, in grado di rilanciare la questione riportandola ad un livello di complessità adeguato e pari al suo oggetto.

Hillman rilegge i momenti nei quali si manifestano concretamente "effetti di potere" come nel controllo, nel presti-

gio, nell'esibizionismo, nell'ambizione, nella resistenza, nell'ascendente, nella reputazione, *leadership*, autorità, carisma, decisione, tirannia, veto, sovvertendo le consuete e consolidate convinzioni che si sono formate intorno a questi concetti, mischiando le carte, suggerendoci un approfondimento che possa portare ad una maggiore consapevolezza dei nostri comportamenti, dei comportamenti degli altri e delle regole non scritte che, conosciute o no, premono perché le cose succedano in un certo modo; questioni importanti perché, si sa, se non sarò io a decidere ed agire per me stesso, sarà la volontà di qualcun altro ad imporsi nelle "questioni importanti" della mia vita, nessuna possibile neutralità, quindi. In altre parole, secondo Hillman, c'è *potere*, c'è *effetto di potere*, non si può eludere questa realtà, che lo si voglia o no, il potere sarà esercitato; inoltre non è necessario che il suo esercizio includa inevitabilmente il dominio dell'altro, né sono escluse azioni semplici e quotidiane capaci di dare una direzione alle cose piuttosto che un'altra, così come non sono esclusi gli effetti benefici di tale indrizzare.

Inutile aggiungere come l'argomento trattato in questo libro sia pertinente alla Psicologia Individuale che fa dell'analisi psicologica degli aspetti contraddittori legati ai sentimenti d'inferiorità/superiorità uno dei nuclei centrali, oltre che di riconoscibilità e identità culturale, del proprio lavoro e della propria proposta teorica e speculativa.

(Fabio Volpe)

## Novità Editoriali

ABA (COSENZA, D., SPERANZA, A. M., a cura di, 2003), *La posizione dell'analista. Fondamenti di clinica psicoanalitica dell'anoressia-bulimia*, Angeli, Milano, pp. 123

La cura analitica dell'anoressia-bulimia impone una riflessione particolare sulla posizione dell'analista quale oggetto catalizzatore del transfert del paziente. È infatti solo considerando la specificità di questa posizione che gli atti, le interpretazioni e la stessa relazione analitica assumono rilevanza e possono avere presa sul soggetto che intraprende un trattamento. Qual è dunque il posto che l'analista occupa nel transfert del soggetto anoressico-bulimico? In che misura questa posizione è articolata e flessibile all'interno dei diversi dispositivi terapeutici, nella cura individuale, nel trattamento del piccolo gruppo monosintomatico e nel lavoro di équipe in comunità? Quali sono gli indicatori significativi che segnalano questa posizione e dunque l'andamento del processo analitico? Questo libro raccoglie contributi, teorici e clinici, che affrontano questo complesso tema scandagliando le caratteristiche della posizione dell'analista e indicandone alcuni principi fondamentali: quello della *asimmetria*, innanzitutto, che fa dell'analista un oggetto terzo, con funzioni simboliche; quello della *flessibilità*, che deve caratterizzare la posizione dell'analista come oggetto particolare, unico e adattabile per l'investimento transferale del paziente; e infine quello del *non sapere*, in cui l'analista assume su di sé la posizione di "vuoto generatore" che non nutre e non riempie con il proprio sapere, ma permette al soggetto anoressico-bulimico di produrre la parola capace di contenere la sua verità soggettiva.

\*\*\*

BORGNA, E. (2003), *Le intermittenze del cuore*, Feltrinelli, Milano, pp. 216

Un filo ininterrotto collega questo nuovo libro di Eugenio Borgna ai suoi precedenti: la profonda convinzione che le conoscenze mediche non bastino a scandagliare la malattia psichica e che per comprendere l'interiorità di chi soffre, al fine

di alleviarne il dolore, occorra attingere ad altre aree conoscitive, quelle filosofiche e letterarie in primo luogo. Dimensione somatica e dimensione umana devono dialogare per riuscire a cogliere la storia clinica di un paziente, che è anche storia di vita, modo di essere e di vivere dotato di autonomia e interna articolazione di senso. Di qui l'inefficacia e la sterilità, discussa in apertura del libro, di una psichiatria che si riduca a neuroscienza o a semplice cura farmacologica. Di qui gli squarci e le intuizioni che l'analisi di grandi testi letterari e poetici come quelli di Dostoevskij e di Sylvia Plath consentono per gettar luce su esperienze soggettive di epilessia e angoscia. E di qui anche lo struggente catalogo dei sentimenti e della loro interpretazione che, a partire da "L'arcipelago delle emozioni", Borgna va costruendo. Le intermittenze del cuore, come ci ha insegnato Proust, sono quei soprassalti straordinari che nello scorrere di una vita normale ci riportano improvvisamente a eventi, cose o persone del passato rimaste nell'ombra, marginali, e che aprono una prospettiva sfuggente e rivelatrice al di là del fluire irreversibile del tempo. Sono momenti di rottura, cambiamento, metamorfosi, come si danno anche in certe forme di depressione e angoscia, nei mutamenti dell'adolescenza e perfino in certi riassetamenti di identità seguiti a trapianti d'organo. «Far lievitare la vita interiore, coglierne le sfumature – scrive Borgna – ci aiuta a capire e analizzare le incrinature e le trasformazioni emozionali che nascono negli altri-da-noi».

\*\*\*

CASTORINA, S. (2003), *Fantasie di bullismo. I racconti di bulli e vittime al test proiettivo dell'abuso infantile*, Angeli, Milano, pp. 144

La proiezione realizzata nell'invenzione di racconti, stimolati da un Test Proiettivo dell'Abuso Infantile, può aiutare i bambini con storia di bullismo ad esprimere in modo indiretto ciò che direttamente s'impediscono di ammettere e non possono comunicare per vergogna o per la legge omertosa del silenzio. Il passaggio dalla dipendenza all'indipendenza diviene, soprattutto per le vittime, sinonimo di squilibrio. Il bambino non può coltivare la stima nel suo valore perché non ha occhi che lo guardano per qualche sua colpa o difetto. Le reazioni aggressive della vittima sono un richiamo ad essere ascoltata, ma provocano soltanto ulteriori risposte punitive. I temi della rivincita e della vendetta sono particolarmente presenti nel gruppo delle vittime/bulli, in cui l'aggressività ed i conflitti familiari hanno un'espressione più immediata e scoperta. Nel libro si delinea un'immagine di bullo meno sicuro ed autoaffermativo dello stereotipo che lascia esplicitamente trasparire. La violenza subita in famiglia, spesso negata nelle risposte ai questionari, è riconosciuta come l'esercizio di un potere sadico ed ingiusto. La rabbia e l'identificazione con l'aggressore ristabiliscono l'equilibrio interno minacciato, anche se appare la precarietà del compromesso raggiunto. Nei racconti dei bambini appaiono quartieri caotici, madri nevrotiche ed aggressive,

padri svalutati e maneschi ed insegnanti a volte impotenti ad affrontare le aggressività e le violenze fra coetanei. L'ampia descrizione delle fantasie dei bambini rende il libro uno strumento utile di comprensione dinamica per psicologi, insegnanti, educatori ed operatori dei servizi che si occupano delle problematiche relazionate al bullismo.

\*\*\*

COCCANARI DE' FORNARI, M. A. (2004) *Lezioni di psicoterapia psicodinamica*, Edizioni Universitarie Romane, Roma, pp. 254

Il testo raccoglie le lezioni tenute dall'Autrice per gli specializzandi in Psichiatria. Testo didattico, dunque, ma non solo. Vi vengono esaminate molteplici Scuole di Psicoterapia psicodinamica, ed è mostrata l'applicazione dei loro principi ai diversi quadri clinici, all'insegna della valorizzazione degli aspetti interpersonali e di quella flessibilità che fa del modello multiteorico un riferimento ormai ineludibile nelle nuove epistemologie della complessità e dell'apertura. Con narrare avvincente, molta attenzione viene posta anche alle origini storiche dei concetti; alla importante discussione sul linguaggio; al recupero di un Autore, Alfred Adler, in genere "ingiustamente trascurato" (Ellenberger) e dalla pregnante modernità; ai presupposti fenomenologico-esistenziali, sviluppati infine, nella II Appendice, dal prezioso contributo del professor Bruno Callieri, massimo esponente dell'indirizzo. Maria Antonietta Coccanari, psichiatra, psicoterapeuta, già Conservatore del Museo di Storia della Medicina dell'Università di Roma "La Sapienza", è attualmente Dirigente medico e Docente di Psicoterapia, di Psichiatria e di Riabilitazione psichiatrica presso lo stesso Ateneo.

\*\*\*

FAVA VIZZIELLO, G., SIMONELLI, A. (2004), *Adozione e cambiamento*, Bollati Boringhieri, Torino

A partire da un orientamento teorico e di ricerca basato sulla teoria dell'attaccamento, questo lavoro affronta in modo globale ed esaustivo una tematica oggi molto presente non solo fra gli specialisti ma nella vita delle famiglie, negli interrogativi che si pone la gente e spesso, con risvolti drammatici, nella cronaca nera: tutti abbiamo sotto gli occhi le notizie sul mercato illegale di bambini, nazionale e internazionale, i casi di rifiuto del bambino da parte dei genitori adottivi, e d'altra parte non va sottovalutata la delicatezza del compito che spetta a psicologi e altre figure istituzionali preposte a valutare l'idoneità di una coppia ad adottare un bambino. Il libro (destinato soprattutto agli studenti che approfondiscono il tema della genitorialità e dei suoi rapporti con la personalità e con la psicopatologia) è centrato sugli aspetti di cambiamento (sempre

«inquietanti») che l'evento adozione produce in tutti i suoi protagonisti. È inoltre indagato il rapporto tra interventi semplicemente educativi (da parte delle famiglie) e interventi psicoterapeutici nell'assicurare agli interessati un buon adattamento reciproco e una buona qualità della vita.

\*\*\*

PASETTI, A., TRILLO, M. R. (2004), *Dipendenza e affrancamento in anoressia e bulimia*, Angeli, Milano, pp. 149

Questo testo è il frutto del lavoro condotto da oltre due decenni con pazienti anoressiche e bulimiche, delle quali viene descritto il quadro clinico e il percorso di cura tra istanze di dipendenza e bisogni di affrancamento. Nel commento dei numerosi casi clinici, trattati in psicoterapia dinamica e in analisi, gli autori sottolineano in particolare il diniego come fattore tipico delle forme anoressiche e l'impulsività come fattore tipico delle forme bulimiche. La loro ricerca si propone di fornire, agli addetti ai lavori e a tutti gli interessati a questi temi, indicazioni e considerazioni che vertono prevalentemente sulla varietà di forme in cui questi disturbi alimentari si presentano, la distinzione tra sindromi tipiche e meno tipiche, la psicodinamica e il significato dei disturbi, l'individuazione del tipo di personalità di cui essi sono espressione. L'orientamento terapeutico degli autori si fonda sugli studi di Hilde Bruch, un'autorità nel campo dei disturbi alimentari, la cui teoria clinica ha dimostrato nel tempo un'indiscutibile ed inesauribile efficacia.

\*\*\*

PETOCZ, A. (2004), *Freud, psicoanalisi e simbolismo*, Angeli, Milano, pp. 320

La ricerca di Agnes Petocz nasce dal testo freudiano, ma la sua prospettiva e i suoi sviluppi saranno una vera sorpresa per il lettore. L'autrice estrae dagli scritti di Freud i fondamenti di una teoria generale del simbolismo, ma respinge quegli aspetti della visione ristretta che sono errati dal punto di vista concettuale e che hanno lasciato la teoria sul simbolismo aperta ad un facile rigetto. Un rigoroso lavoro di coerentizzazione della teoria del simbolismo implica la rinuncia all'inconscio come "sistema" separato, e la critica dell'inconscio come "linguaggio". L'autrice poi, nella seconda parte del libro, muovendo questa volta le sue critiche alla psicologia contemporanea che ha ignorato il simbolo come non pertinente all'indagine scientifica, dimostra che la teoria freudiana del simbolismo è fino ad oggi, l'unica in grado di soddisfare i requisiti logici e psicologici di una teoria scientifica del simbolo.



RESNIK, S., LEVIS, E., NISSIM, S., PAGLIARINI, M. (2004), *Abitare l'assenza. Scritti sullo spazio-tempo nelle psicosi e nell'autismo infantile*, Angeli, Milano, pp. 164

Abitare significa ben di più che avere un tetto sulla testa e uno spazio a disposizione. Significa sperimentare spazi esistenziali privilegiati rispondenti al bisogno fondamentale dell'uomo di punti d'incontro e di scambi fecondi. A partire dai misteriosi movimenti che, agli inizi della vita, fondono madre e bambino, il piccolo ha la possibilità, a poco a poco, di abitare il proprio corpo e di sentirsi "a casa" nel mondo di cui è parte, inventando modi personali di sentire ed elaborare l'assenza, e di confrontarsi con il desiderio dell'oggetto assente. Il bambino psicotico ed autistico, in una sostanziale indistinzione tra persone e cose, ci introduce invece in un mondo disabitato, fatto di algida desolazione, spesso quasi inaccessibile per la difficoltà del bambino a comunicare in termini simbolici. Salomon Resnik, l'analista argentino noto per il suo interesse per le problematiche del corpo e della psicosi, riesce a avvicinarci ad esperienze esemplari di tali patologie, e ad aprire una strada al trattamento dei bambini psicotici. Gli scritti qui raccolti, nella loro dimensione poetica non disgiunta da un profondo rigore metodologico, rappresentano una primizia dello stile di lavoro di Resnik, rimasto sovente patrimonio esclusivo di ambiti seminariali: primo tra tutti quello dei Seminari veneziani, da lui tenuti da più di vent'anni con regolarità, assieme a colleghi e collaboratori, che firmano con lui il presente volume. Il libro, ripensamento unitario, anche se a più voci, costituisce una messa a punto significativa di alcuni dei suoi concetti più originali, quali il territorio autistico e l'espansione, in capitoli teorici inframezzati da descrizioni cliniche dettagliate. Una pluridecennale esperienza, che mette a frutto una grande capacità empatica nella valorizzazione degli aspetti sensoriali del rapporto con gli oggetti, dà corpo e spessore a quelle zone di confine che fanno comunicare il mentale con la realtà che ci circonda, ed organizza così un campo di ricerca appassionata ed appassionante di trasformazioni vive, che pescano nelle profondità del nostro essere.

\*\*\*

SOLMS, M., TURNBULL, O. (2004), *The Brain and the Inner World*, tr. it. *Il cervello e il mondo interno*, Cortina, Milano, pp. 390

Il "mondo interno" della mente costituisce l'ambito tradizionale della psicoanalisi e delle discipline a essa collegate. Gli studiosi di neuroscienze a lungo non hanno preso in considerazione gli stati mentali soggettivi come la coscienza, le emozioni, i sogni. Mark Solms e Oliver Turnbull, due pionieri in questo campo, mostrano come sia possibile integrare le intuizioni fornite dalla neuropsicologia con quelle della psicoanalisi, conducendo a un approccio interdisciplinare e permettendo di avvicinarsi alla questione più antica e controversa tra tutte: la misteriosa relazione tra il corpo e la mente.

VALLEUR, M., MATYSIAK, J. C. (2004), *Sesso, passione e videogiochi. Le nuove forme di dipendenza*, Bollati Boringhieri, Torino

“Dipendenza” suggerisce piacere, ma anche attrazione fatale e pericolo. C’è chi si stordisce con la passione, costretto a passare da un colpo di fulmine all’altro. C’è chi, dopo una giornata senza sesso, è in crisi di astinenza, come un drogato che non ha avuto la sua dose. Ma, cosa ancora più sorprendente, c’è chi non può fare a meno del coniuge, al punto da non riuscire a separarsi da colui o da colei che lo maltratta. Oggi la sofferenza dei tossicomani e degli alcolisti è almeno riconosciuta. Ma che ne è di coloro che possono essere definiti «tossicomani senza droga»? La passione, il sesso e il gioco, naturalmente, nelle sue nuove varianti: il videogioco e Internet. Negli Stati Uniti esistono decine di gruppi terapeutici che operano sul modello degli Alcolisti Anonimi, e anche in Europa ci si comincia a occupare di questi casi. Il libro ci invita a riflettere sui meccanismi profondi di questi tipi di dipendenza, ponendo il problema se li si debba considerare e trattare come una malattia.

*Riv. Psicol. Indiv.*, n. 55: 115-116 (2004)

## **Notiziario**

**S.I.P.I.**  
**SOCIETÀ ITALIANA DI PSICOLOGIA INDIVIDUALE**  
*Member-Group of*  
*INTERNATIONAL ASSOCIATION OF INDIVIDUAL PSYCHOLOGY*

## **18° CONGRESSO NAZIONALE**

**IL MODELLO ADLERIANO NELLE RELAZIONI D'AIUTO.**  
**ASPETTI TEORICO-PRATICI MULTIDISCIPLINARI**

BOCCA DI MAGRA (LA SPEZIA)

1-2 OTTOBRE 2004

**PRIMO ANNUNCIO**

## **SOCIETÀ ITALIANA DI PSICOLOGIA INDIVIDUALE**

### **Consiglio Direttivo**

*Presidente Onorario:*

Pier Luigi PAGANI

*Presidente:*

Gian Giacomo ROVERA

*Vice Presidente:*

Alberto MASCETTI

*Segretario:*

Francesca DI SUMMA

*Tesoriere:*

Chiara BERSELLI

*Liaison Officer:*

Donato MUNNO

*Consiglieri:*

Enrico Maria BOSSI

Antonio BRAIDA

Marco RAVIOLA

Biagio SANFILIPPO

*Revisore dei Conti:*

Cristina VOLPE