

# CEIPA

N° 2 Ottobre 2002

## NEWSLETTER

**CENTRO STUDI PSICOLOGIA APPLICATA - ISTITUTO DI FORMAZIONE E RICERCA SCIENTIFICA**

**Direttore Scientifico: Prof. Antonino Iaria**  
**Presidente: Dr. Paolo Capri Vice Presidente: Anita Lanotte**

### *Appunti di Psicologia, Psicopatologia e Psicodiagnostica*

<b>Sommario:</b>	
PSICOLOGIA DELL'ETA' EVOLUTIVA <i>Accertamento della personalità del minore. Protocollo psicodiagnostico</i> di Anita Lanotte e Laura Di Cosimo	1
PSICOLOGIA CLINICA <i>Il ritorno alle origini del funzionamento psichico</i> di Stefano Mariani	4
NOTIZIE DALL'ISTITUTO	7
COMUNICAZIONI SOCI AIR	7

#### **PSICOLOGIA DELL'ETA' EVOLUTIVA**

##### **ACCERTAMENTO DELLA PERSONALITA' DEL MINORE**

##### **PROTOCOLLO PSICODIAGNOSTICO**

di

Anita Lanotte\* e Laura Di Cosimo\*\*

*\* Psicologa, Psicoterapeuta*

*Vice Presidente Istituto di Formazione CEIPA*

*Consiglio Direttivo Associazione Italiana di Psicologia Giuridica*

*Membro Ordinario Associazione Italiana Rorschach*

*Socio Centro Studi di Terapia Familiare e Relazionale*

*\*\* Psicologa, Psicoterapeuta*

*Dirigente Psicologo ASL RM B IV Tutela Salute Mentale e*

*Riabilitazione Età Evolutiva*

*Socio Ordinario Istituto di Formazione CEIPA*

*Socio Ordinario Associazione Italiana di Psicologia Giuridica AIPG*

Uno dei principali compiti dello psicologo, per l'accertamento della personalità del minore, è l'indagine psicodiagnostica. Infatti, per poter stilare un profilo psicologico e/o psicopatologico e rispondere al problema/quesito proposto, lo psicologo dovrà aver prima formulato una diagnosi della personalità nei suoi aspetti strutturali e dinamici. Il lavoro da svolgere consiste quindi nell'analisi e nella descrizione della struttura tipologica attraverso un confronto interpersonale e poi attraverso la specificazione delle caratteristiche di differenziazione individuale. Per tale scopo sono stati elaborati metodi e strumenti specifici, con un percorso che nei suoi punti essenziali dovrebbe prevedere:

- **Raccolta della storia personale del minore o anamnesi** al fine di conoscere le linee di sviluppo psichico del soggetto in esame ed i fattori fisici, individuali, ambientali e relazionali che possono aver contribuito al costituirsi della sua organizzazione mentale e all'instaurarsi, eventualmente, delle problematiche che hanno comportato la richiesta di intervento psicologico.
- **Applicazione e valutazione dei test psicologici** al fine di ottenere campioni completi e sistematici di un certo tipo di comportamento verbale, motorio, percettivo e proiettivo, nel quadro dinamico di una situazione

standardizzata, con il vantaggio di una raccolta dati ridotta negli aspetti soggettivi da parte dell'esaminatore, comunque maggiormente controllata nelle interferenze di transfert e controtransfert, e una maggiore brevità dei tempi di raccolta dati in confronto alle lunghe osservazioni.

**L'osservazione diretta** rimane comunque necessaria e alternativa ai reattivi mentali per i minori al di sotto di 4/5 anni poiché in questa età non è ancora presente, a livello significativo, l'attivazione dei processi integrativi dell'Io in grado di strutturare una gestalt. Pertanto i bambini continuano a mantenere la perseverazione, la stereotipia e la confabulazione a motivo dell'età cronologica e quindi non hanno ancora organizzato una struttura individuale minima ed emergente dai modelli per età. La raccolta di osservazioni diventa prioritaria e fondamentale allorché la specifica situazione non consenta la somministrazione dei test a prescindere dall'età del minore.

In tutti questi casi diverrà necessario procedere con incontri individuali col minore, con i familiari, con elementi significativi del sottosistema familiare e con gli insegnanti per eventuali osservazioni relative al contesto scolastico, ed infine le visite domiciliari amplieranno le osservazioni relative all'ambiente domestico.

Lo psicologo, durante il colloquio con il minore, deve essere in grado di stabilire una transazione comunicativa positiva facendo estremamente attenzione al fatto che, il bambino, più è piccolo e più utilizza livelli comunicativi di relazione e non di contenuto e una modalità relazionale prevalentemente non verbale in quanto gli elementi primari emozionali segnifici sono dominanti rispetto agli elementi conoscitivi simbolici.

Inoltre, non sapendo quali sono le fantasie del bambino, vissute o indotte prima dell'incontro con l'esaminatore, quest'ultimo dovrebbe sempre attenersi ad un ruolo reale e congruo al contesto d'esame, mostrare comprensione ed esprimersi in un linguaggio semplice e chiaro ovvero alla portata cognitiva del bambino.

Scopo del colloquio è osservare e ascoltare con la consapevolezza che i bambini più piccoli non hanno ancora sperimentato le funzioni introspettive e quindi gli aspetti imitativo-riproduttivi, perseverativi e confabulatori, immaginativo-fantastici, sono ancora dominanti (fino a 4-5 anni).

In sostanza, la competenza, l'esperienza, la tecnica e l'equilibrio personale indicheranno allo psicologo quali punti conviene approfondire l'indagine e quali no, dato il rischio di suscitare resistenze o emozioni troppo forti. L'età del bambino è fondamentale nel determinare i movimenti psicologici relativi ai diversi stadi evolutivi.

## **ANAMNESI**

Nel caso del minore l'anamnesi è fornita dai genitori per cui l'incontro con la coppia è fondamentale al fine di conoscere l'evoluzione fisica e psichica del figlio, nei punti specifici ed essenziali.

Nel colloquio anamnestico, lo psicologo cerca di raccogliere tutti i dati rilevanti per la comprensione della situazione d'esame che lo possono aiutare a formulare

una esatta diagnosi e, quindi, le eventuali indicazioni e risposte ai problemi/quesiti proposti.

La formula ottimale è quella di una raccolta di informazioni, su uno schema preordinato (scheda anamnestica), attraverso un colloquio semi-strutturato; ovvero lo psicologo, rispetto ad alcuni eventi significativi della storia del minore, lascerà i genitori liberi di esporre i dati secondo i loro propri punti di vista ma potrà anche intervenire con domande dirette nel caso avesse bisogno di precisare o acquisire elementi significativi per la propria indagine.

## **SCHEDA ANAMNESTICA DATI DEI GENITORI**

**Nat... il... a...**

**Composizione del nucleo familiare d'origine**

(età, professione, stato di salute, eventuali figure genitoriali sostitutive, decessi, separazioni, con riferimento di date e motivi)

**Stato di salute ed eventuali patologie significative con particolare attenzione alla presenza di disturbi psicopatologici sia personali che familiari**

(esordio, sintomatologia, terapia, ricoveri, ecc.).

**Scolarità...**

**Professione...**

**Stato civile...**

(celibe, nubile, coniugato, separato, vedovo, convivente; specificare eventuali cambiamenti di stato civile e relative date).

**Storia della coppia**

(dal primo incontro all'unione di coppia, alla nascita del primo figlio.... al susseguirsi di eventi significativi nella vita di coppia)

**Motivo della consulenza**

**Inviante**

## **SCHEDA ANAMNESTICA DATI DEL MINORE**

**Gravidanza** (aspetti significativi del decorso e relativi vissuti)

**Parto**

**Nato il.... a....**

**Allattamento**

**Svezzamento**

**Dentizione**

**Deambulazione**

**Linguaggio**

**Ciclo veglia-sonno**

**Controllo sfinterico**

**Lateralità**

**Altezza, peso** (specificare eventuali variazioni significative del peso corporeo, motivi e date)

**Sviluppo sessuale**

**Anamnesi patologica remota e attuale**

(descrizione dei disturbi, delle malattie, degli incidenti, ospedalizzazioni, diagnosi, eventuali terapie farmacologiche ed esiti con riferimento all'età e al relativo vissuto).

**Inserimento scolastico primario** (età e vissuto).

## **Scolarità raggiunta**

### **Rendimento scolastico e variazioni di rendimento scolastico**

(boccature, interruzioni, cambiamenti di scuola, a che età, con quali modalità, per quali motivazione).

**Interessi extrascolastici** (presenza e tipo di hobby, sport, ecc.)

### **Relazioni sociali e/o affettive**

### **Rilevazione del vissuto emotivo genitoriale rispetto alle abilità (quantità e qualità) del minore in relazione a:**

intelligenza, apprendimento, espressività nei rapporti familiari e interpersonali extrafamiliari (tendenza all'isolamento, alla socializzazione equilibrata, alla ricerca eccessiva dei rapporti sociali, all'ostilità-oppositività-litigiosità).

A volte, lo psicologo incontra difficoltà nel compilare le schede anamnestiche, evento frequente soprattutto nel caso di minori inviati in relazione a problematiche e/o quesiti particolari, posti dagli operatori giuridici, quali ad esempio la valutazione dello stato di abbandono, la capacità genitoriale, ecc.

Ciò è indicativo della grave situazione del minore, in quanto si presenta già compromessa la sfera affettiva-relazionale primaria poiché è evidente la mancanza e/o deficitarietà dei rapporti genitoriali, basilari e vitali per la cura fisica e psicologica.

## **APPLICAZIONE E VALUTAZIONE DEI TEST PSICOLOGICI**

Ritornando ai test, possiamo suddividerli in:

test neuropsicologici

test di livello

test di personalità

I **test neuropsicologici**, tra i quali il maggiormente utilizzato è il **Visual Motor Gestalt Test** di **L. Bender**, sono semplici da applicare, sia per la modalità che per la brevità del tempo che richiedono per la somministrazione.

Il Bender, quale test di maturazione della funzione visivo-motoria della gestalt, è importante per individuare eventuali ritardi o regressi della funzione o addirittura la sua perdita, come anche difetti organici del sistema nervoso centrale. Esso, inoltre, ha dimostrato di essere molto utile anche nell'analisi degli indici emozionali della personalità, specialmente quelli grafici laddove appaiono fenomeni particolari legati alla strutturazione formale del tratto.

Tra i **test di livello** i più significativi sono i test d'intelligenza, come la scala **WISC-R**, somministrabile a soggetti di età compresa tra i 6 e i 16 anni.

Essa, infatti, risulta accuratamente standardizzata ed i suoi sub-reattivi sono espressi in una scala di punteggi ponderati equiparati e direttamente confrontabili. Per il modo stesso in cui è stata strutturata, la Wisc-R offre diverse opportunità di essere utilizzata e cioè sia a

complemento della diagnostica psicologica, sia per una più circostanziata definizione dei potenziali per l'apprendimento.

Ciò è dovuto al fatto che ogni subtest dei 12 presenti, 6 appartenenti alla scala Verbale e 6 a quella di Performance, esplora una funzione o un insieme di funzioni dell'attività intellettuale, permettendone la valutazione di efficienza sia in sé sia in correlazione e in confronto con le altre funzioni e con l'attività globale, grazie alla possibilità di quantificare il rendimento ad ogni prova. Pertanto il Test permette di ricavare una valutazione del livello globale di intelligenza espresso in termini quantitativi e una valutazione qualitativa sull'esistenza o meno di equilibrio delle funzioni psichiche intellettive tra loro.

Tra i **test di personalità**, in particolare quelli inerenti tecniche proiettive, che permettono di arrivare ad una diagnosi di personalità secondo un approccio unitario, strutturale e dinamico, distinguiamo due grandi categorie: test proiettivi strutturali e test proiettivi tematici. Gli uni e gli altri si completano a vicenda, per cui per ottenere sufficienti indicazioni sulla personalità di un soggetto, si ricorgerà ad almeno un test strutturale, di preferenza il **Rorschach**, e a più test tematici.

Il metodo Rorschach, a differenza di altri metodi proiettivi, si basa su una tecnica precisa, anche se non sempre facile, la quale riduce al minimo la soggettività di giudizio dell'esaminatore.

La diagnosi che se ne ricava non si riferisce solo ai singoli tratti di personalità bensì al suo aspetto globale, alle diverse funzioni e caratteristiche di tipo cognitivo, affettivo-adattivo e relazionale. Può inoltre mettere in luce eventuali modalità di reazioni proprie di determinate patologie, per cui oltre a cogliere gli aspetti più individuali di una personalità, è al contempo un ottimo mezzo ausiliario nella diagnosi differenziale psicopatologica.

Tra i test proiettivi tematici adatti in età evolutiva, in particolare ad una fascia di età che parte dai 3-4 anni, è utile somministrare un test proiettivo di completamento quale quello creato da **Louise Düss**, al fine di mettere in evidenza eventuali problematiche o complessi corrispondenti a ciascuno degli stadi di sviluppo indagati. Il metodo delle *favole* elaborato dalla Düss risponde al requisito di non rappresentare situazioni familiari o scolastiche troppo particolari e ciò è importante per evitare che il bambino, riconoscendosi nella realtà, subisca l'inibizione della risposta. Si tratta di una serie di *10 favole* nelle quali il protagonista si trova in una determinata situazione, rappresentante uno stadio della evoluzione psichica, per la quale vi sono differenti modi di risposta.

In base alle resistenze a rispondere e alle risposte complessuali, si può ipotizzare l'esistenza di difficoltà relative a fasi particolari di sviluppo psichico.

**Il Disegno della Figura Umana** di **K. Machover**, non ha limitazioni di età, di intelligenza o abilità artistica.

La rappresentazione grafica che il bambino propone alla richiesta di disegnare una figura umana intera, of-

fre l'opportunità di valutare il grado di evoluzione intellettuale in riferimento alla completezza del disegno, correlando lo sviluppo psicomotorio con quello di funzioni specifiche al sistema nervoso centrale. Inoltre, il bambino nel disegno, non solo esplica un'attività motoria che diventerà sempre più composta e controllata con l'aumento dell'età, non solo rivela il coordinamento tra i vari elementi che compongono la proiezione dello schema corporeo, ma fornisce il grado della sua capacità di adattamento tradotto nella rappresentazione di uno schema cognitivo, emozionale e relazionale su un piano senso-motorio. Il questionario, che aggiunge un aspetto verbale alla rappresentazione grafica, offre l'opportunità di ottenere delle apprezzabili osservazioni psicologiche intorno al soggetto, ed è utile convalida delle caratteristiche ritratte graficamente.

**Il Disegno della Famiglia**, secondo le due diverse metodologie di **L. Corman** e **L. Porot**, risulta utile ad esplorare come siano effettivamente percepiti dal bambino i rapporti affettivi con e tra i familiari, fondamentali per la formazione della sua personalità. Il disegno della famiglia permette di conoscere i sentimenti anche inconsapevoli del bambino verso i familiari e comprendere la sua capacità d'interagire con le persone significative del suo ambiente. Ciò è importante anche dal punto di vista psicodinamico, se si tiene conto che gli studi sullo sviluppo affettivo, inizialmente focalizzati soltanto sulla teoria freudiana delle pulsioni, hanno successivamente spostato l'interesse alla teoria delle relazioni oggettuali.

**Il Reattivo di Realizzazione Grafica di E. Wartegg**, somministrabile a soggetti dai 5 anni in su attraverso il completamento di segni iscritti in 8 riquadri significativi per sequenza, mostra sia sul piano percettivo-gestaltico sia su quello contenutistico, il livello di organizzazione ed integrazione degli elementi psichici fondamentali per i processi di sviluppo ed evoluzione dell'Io.

Il protocollo proposto rappresenta una possibile modalità d'intervento con minori che giungono all'osservazione specialistica in seguito a richieste specifiche, disordini comportamentali e/o sintomi psicopatologici; la richiesta, quindi, è di un approfondimento sulla personalità del minore e sulle dinamiche familiari, per una comprensione diagnostica finalizzata ad un possibile conseguente trattamento.

## PSICOLOGIA CLINICA

### **IL RITORNO ALLE ORIGINI DEL FUNZIONAMENTO PSICHICO**

di  
Stefano Mariani

*Psicologo Psicoterapeuta  
Responsabile Settore Clinico, Istituto CEIPA  
Socio Ordinario Associazione Italiana Rorschach  
Socio Ordinario AIPG*

Mi trovavo ad una riunione alla quale partecipavano alcuni psicologi e psichiatri, operatori in un ambulatorio. Ad un tratto uno psichiatra, prendendo la parola per descrivere il contesto in cui s'inseriva la situazione clinica di un suo paziente, diceva: "In questo periodo abbiamo dei problemi con gli ossessivi. Questo è il terzo che ricoveriamo in questo mese... dobbiamo capire cosa sta succedendo". Questa comunicazione, esternata in questi termini, esprimeva evidentemente la difficoltà dello psichiatra a fornire un'adeguata spiegazione (prima di tutto a se stesso) ad un fenomeno che aveva osservato, del quale aveva preso atto, ma che non era in grado di collocare. Indubbiamente, in quell'occasione, per il rapporto che a suo avviso sarebbe dovuto intercorrere tra la definizione di "ossessivo" e il ricovero di un paziente diagnosticato come tale, egli stesso stava riscontrando qualcosa di "strano". Mi spiego: probabilmente, per il modo di valutare gli elementi che avrebbero governato un'altra realtà psicopatologica, lo stesso psichiatra non avrebbe rappresentato come un evento "inspiegabile" il fatto che fossero stati ricoverati, per esempio, tre schizofrenici. La prima considerazione che viene da fare è certamente relativa alla diagnosi che lo psichiatra ha fatto di quei pazienti ricoverati: forse non erano realmente dei pazienti ossessivi. Questo medico si è ragionevolmente appoggiato, nel formulare la sua diagnosi di "paziente ossessivo", ad una teoria comprensiva di riferimento che egli stesso si è rappresentato come sufficiente agli scopi per i quali veniva utilizzata, ma che non sembra essere stata in grado, in questa occasione, di fargli comprendere che cosa stava realmente accadendo. Nell'espone la situazione parlava di un "problema", ma, a questo punto, sarebbe interessante capire a che livello collocava tale problema. Immaginando il contesto, infatti, non sembrava parlare di un dilemma che coinvolgesse, per esempio, la dimensione diagnostica, altrimenti avrebbe detto qualcosa del tipo: "Dobbiamo capire cosa sta succedendo a tre pazienti ricoverati questo mese per i quali appare difficile formulare una diagnosi". Al contrario, si riferiva a qualcosa che inaspettatamente interveniva dall'esterno a modificare una solidità acquisita come un "disturbo ossessivo". Se quindi poniamo come premessa essenziale il fatto che il paziente non sbaglia mai, visto che svolge alla perfezione il suo compito, la nostra critica deve rivolgersi, sicuramente non alla professionalità o alla preparazione dello psichiatra in questione, quanto piuttosto alla metodologia che egli usa per giungere a certe conclusioni. E' indubbio, infatti, che le coordinate nosografico-descrittive sulle quali si è appoggiato tratteggiavano esattamente il quadro clinico che ha osservato e che la diagnosi da DSM, per intenderci, era soddisfatta in maniera puntuale. In virtù del rispetto dovuto a questa esigenza classificatoria, immagino anche che il "problema" riferito durante la riunione degli operatori dell'ambulatorio non sia stato l'unico con il quale si è confrontato: mi rappresento altre circostanze, per esempio, nelle quali lo stesso psichiatra si è trovato di fronte ad un paziente che, per i sintomi che riportava, rispondeva perfettamente a più diagnosi, ognuna delle quali era soddisfatta pienamente dai criteri richiesti per essere formulata. Lo psichiatra in questione, quindi, si

trova di fronte un paziente che fornisce immediatamente indicazioni chiare e specifiche di qualcosa che lo riguarda (cioè della struttura della sua personalità) ma che evidentemente può essere osservato da differenti punti di vista. Non mi riferisco a quello di cui lo psichiatra non si è accorto all'interno del suo metodo valutativo, ma a quei punti di riferimento esclusi dal processo diagnostico perché non facenti parte della struttura teorica di partenza di quell'iter che lo ha portato a formulare la diagnosi stessa. Vediamo quindi come una teoria classificatoria appare sempre più strutturata come una trappola se non ci permette di "spiegare" i concetti di normalità e patologia. Una palese contraddizione riguardante le teorie classificatorie, in riferimento alla descrizione che danno di alcuni termini, si evidenzia per esempio nelle frequenti e polimorfe modificazioni che queste assumono nel tentativo di adattarsi ad una realtà psichica che evidentemente non riescono più a definire con esattezza e quindi ad osservare partendo da un riferimento teorico più stabile: è il segnale che un modello di lettura delle espressioni patologiche sta colludendo con le stesse dimensioni che tenta di chiarire. Pensiamo che cosa accadrebbe se un approccio descrittivo "inseguisse" inconsciamente il bisogno di catalogare acriticamente una serie di organizzazioni come le patologie del narcisismo, per definizione estremamente sensibili ai cambiamenti esterni, proprio perché capaci di assumere diversi atteggiamenti in virtù della loro naturale e costosa tendenza verso quella che Berge-<sup>1</sup> definisce la condizione di "pseudonormalità". Se non pensiamo a come le "regole" o gli "ideali" possano potenzialmente condizionare la "lettura" di certe manifestazioni alterandone, a seconda dei momenti storici, anche il "senso patologico", e se non manteniamo quindi fermi i parametri interpretativi del *funzionamento psichico*, questi due aspetti finiranno per "collapsare", convergendo in una situazione perversa, dove in altre parole una struttura patologica diventa normale solo in virtù del proprio polimorfismo.

Cambiamo per un attimo "punto di osservazione". La stessa psicoanalisi eredita inevitabilmente un linguaggio "descrittivo", adattandolo nel tentativo di sviluppare fondamentalmente una concezione "indipendente" della diagnosi, in altre parole creando una continuità tra normale e patologico e attuando un altro nesso importante che il paziente riporta: quello tra "passato" e "presente". Nelle sue teorizzazioni la psicoanalisi avanza un profondo scetticismo verso tutte le teorie descrittive e classificatorie in genere anche se, come detto, non può fare a meno di avvalersi di alcuni strumenti ad esse riconducibili. Certamente questo approccio ha rappresentato qualcosa di rivoluzionario nel modo di osservare e considerare la sintomatologia, soprattutto perché a questa si affianca una descrizione parallela dei processi e delle tappe evolutive individuate e collocate come i punti di partenza per le teorizzazioni generali. La diagnosi in questa maniera si appoggia su concetti come "natura dell'angoscia", "tipo di difesa", "natura della relazione", ecc. Esiste, in altre parole, una teoria

di fondo in grado di organizzare un approccio esplicativo di tipo eziologico, ma questo riferimento teorico-interpretativo non può rappresentare a sua volta una base sganciata dalla realtà della relazione esistente tra paziente e medico. E qui ci confrontiamo con il rovescio della medaglia. Anche per quello che riguarda l'approccio psicoanalitico classico, infatti, è necessario fare molta attenzione a come ci si muove al suo interno perché il pericolo diventa proprio quello di poggiarsi su un'esasperazione interpretativa che rischia di sganciarsi eccessivamente dalla realtà. Il pericolo è quello di ricondurre tutto al "pensato", alle immagini interne e ai vissuti intimi, collocando l'osservazione in un mondo estremamente soggettivo e non sempre condivisibile da altri punti di vista. Anche qui, quindi, rischiamo di trovarci di fronte ad un modello comprensivo-descrittivo che basta a se stesso e che sembra godere di una pseudoautonomia scaturita dalla propensione a riporre tutte le interpretazioni riferibili ad un evento osservabile, all'interno del mondo delle fantasie del soggetto in esame. Abbiamo preso come esempio soltanto due situazioni, quella nosografico-descrittiva di tipo sintomatico, e quella interpretativa che danno però un'indicazione molto chiara di quelle che sono le incognite più frequenti a cui si va incontro nel momento in cui di fronte ad un paziente dobbiamo pronunciarci sulla presenza o meno di fattori patologici e, quindi, in termini di normalità o patologia. La prima cosa che viene da fare è quella di domandarsi come è possibile questa divergenza, visto che dovremmo "maneggiare" uno strumento indirizzato a misurare una realtà oggettiva come l'esistenza o meno di una patologia. E se parliamo di "realtà", perché sembra come se non parlassimo della stessa realtà? E non sempre appare plausibile spiegare tale "inconciliabilità di vedute" attraverso la limitatezza o la parzialità dell'osservazione umana.

In entrambi i casi il rischio di commettere degli errori di valutazione e quindi prognostici, di pianificazione di un trattamento o di risposta ai quesiti posti dalla giurisprudenza, deriva dalla maniera di trattare la realtà del paziente che ci troviamo davanti e che ogni approccio si trova a dover gestire: nel primo caso, aggrappandoci rigidamente, nel secondo discostandosene potenzialmente in modo arbitrario a favore di una soggettività interpretativa non sempre oggettivabile, messa in atto da parte di chi è chiamato a "valutare". E' per questo che potremmo rischiare di trovarci di fronte ad un modo "patologico" di fare diagnosi. Se descrivessimo, infatti, un paziente come qualcuno che *si aggrappa troppo alla realtà*, o che *se ne discosta eccessivamente*, staremmo già definendo dei tratti psicopatologici. Un approccio che risulti realmente efficace "nell'organizzare" la realtà psichica di un soggetto credo che debba sforzarsi di elaborare una strategia interpretativa capace di prendere in considerazione tutti gli elementi che compongono l'eterogeneità di un campo di osservazione. Mi riferisco, quindi, alla necessità di approcciare analiticamente un sistema complesso, costituito da tre elementi strettamente dipendenti tra loro: la situazione da valutare, il contesto in cui tale valutazione si colloca e l'osservatore con le proprie reazioni (agite e percepite), generate, a loro volta, da questi stessi elementi che, incon-

<sup>1</sup> J. Berge-*ret*, *La personalità normale e patologica*. Raffaello Cortina Editore, Milano 1984

trandosi, strutturano dinamicamente una complessa situazione relazionale. Quando, considerando approcci diversi, ci troviamo di fronte a conclusioni molto differenti tra loro dobbiamo pensare che, probabilmente, stiamo ragionando sul frutto di più visioni parziali e frammentate delle cose. Una poliedricità in realtà confusiva rappresenta l'espressione visibile della parzialità di quei sistemi diagnostici che soffrono di una logica interna che potremmo definire "sufficiente a se stessa", cioè capace di alimentarsi di un'autonomia espressa solo in termini pseudo-teorici ma che giunge a delle conclusioni insufficienti per poter fornire delle reali spiegazioni riguardo ai fenomeni che si prefigge di osservare. L'intenzione di condividere queste brevi riflessioni a proposito delle complesse dimensioni che risultano coinvolte nell'articolato processo diagnostico, nasce dall'urgente imperativo, spesso disatteso, di sostenere l'idea che uno stabile contesto teorico di riferimento, entro il quale collocare il nostro lavoro clinico-valutativo, appare un elemento irrinunciabile. A chi giudica indubbia l'importanza di dover contare su un equilibrato e coerente sistema di riferimento, apparirà parallelamente indispensabile assicurare alla scientificità del proprio lavoro una costante tensione verso il significato ed il valore che dovrebbero assumere alcuni termini "originari" impiegati comunemente nell'ambito psicologico-applicativo. A questo punto ci confrontiamo con una seconda dimensione essenziale per restituire al processo diagnostico la sua precisione ed affidabilità scientifica: la necessità del ritorno alle origini dei termini utilizzati.

Ancora un esempio ci aiuterà a comprendere la fondamentale importanza della dimensione originaria dei riferimenti impiegati. Prestiamo attenzione alle conclusioni alle quali giunge una CTU nel descrivere il quadro psicologico di una donna sulla quale era stata effettuata una valutazione psicologica in relazione alla necessità di definire l'affidamento della propria figlia. La CTU conclude con queste parole la sua relazione: *"La signora ..... non mostra attualmente elementi psicopatologici, anche se le istanze super-egoiche risultano sottese da un Io strutturalmente debole"*. E' evidente la contraddizione che emerge: se parliamo di istanze Super-Egoiche, e dunque di una struttura più evoluta, non possiamo certamente parlare di strutturazione debole dell'Io. A questo punto dobbiamo chiederci su che elementi si è basata questa professionista per rispondere alle domande che le venivano poste. Che tipo di logica clinico-evolutiva ha legato le successive riflessioni che l'hanno condotta a tali considerazioni? Anche questo caso, quindi, pone chiaramente in primo piano l'enorme fragilità e la chiara inconsistenza delle affermazioni riportate. Ancora una volta ci accorgiamo che senza una teoria eziologica, comprensiva a diversi livelli, gli errori concettuali si trasformano in tentativi descrittivi palesemente ambigui. Questo esempio mette bene in evidenza che cosa significa perdere il riferimento originario di certi termini, visto che questi rischiano di essere a tutti i costi "deformati" nelle descrizioni in cui vengono impiegati, nel tentativo di essere inseriti in un contenitore che di fatto non appare adatto a contenerli: una inconciliabilità sostanziale (istanze Super-Egoiche e

strutturazione debole dell'Io), viene così trasformata, dalla CTU, nell'apparente rappresentazione della complessità psichica di quella madre sottoposta a perizia.

L'esempio mostra come anche questa professionista, chiamata in causa in relazione alle proprie competenze, abbia voluto mettere insieme elementi contrapposti senza seguire una logica scientifica. La logica scientifica, infatti, avrebbe portato la CTU all'esclusione di uno dei due termini o l'avrebbe costretta ad utilizzare concetti in grado di descrivere realmente un certo equilibrio psicologico tenendo conto, allo stesso tempo, delle implicazioni che tali concetti generano. Questo non vuole certamente dire che in una situazione non debbano esistere dimensioni contraddittorie ma che, nel nostro esempio, appare evidentemente impossibile analizzare tale contraddittorietà inseguendo dinamiche che sformano gli strumenti utilizzati, pur attribuendo ad essi l'illusione di un qualche potere esplicativo. A questa contraddittorietà, in altre parole, non può essere attribuita una collocazione nel processo unitario della valutazione di un "funzionamento", ma deve essere trattata come una manifestazione composta da elementi che, nonostante le apparenze, restano scissi, impossibili da armonizzare. Ne emerge una lettura perversa che, presa in un conflitto dal quale non è in grado di uscire perché non lo può interpretare, nega la natura stessa di ciò che osserva, sforzandosi di trattare una dimensione psichica intimamente contraddittoria come se fosse in realtà "unitaria" e coerentemente organizzata. In un quadro estremamente complesso (a volte disorientante), come quello del proliferare dei molteplici modelli psicologici non è raro trovarsi in una situazione dove tutti osservano una stessa realtà, ma ognuno giunge a delle conclusioni a volte profondamente differenti. L'adesione ad un modello interpretativo del "funzionamento" dovrebbe, quindi, avere come base la chiarezza di un concetto così come è stato concepito nel momento di teorizzazione iniziale, e allo stesso tempo mantenere l'attenzione verso il processo concettuale attraverso il quale lo stesso elemento è stato modificato successivamente nel tempo. Se il nostro lavoro scientifico non fosse mosso da questa logica dinamica, ci ritroveremmo spesso invischiati in un impegno teso a proporre delle risposte fittizie agli innumerevoli interrogativi che incontriamo lungo il nostro cammino professionale deformando, distortendo e cercando di adattare in ogni modo la realtà che osserviamo ad una teoria che a sua volta non è in grado di spiegarla, proprio perché ha pian piano perso il legame con l'originario. Basti pensare cosa accade al significato o al senso che hanno assunto molti termini di diffuso utilizzo clinico. Mi riferisco alla slogatura o alla liquefazione di una serie di concetti come, per esempio, quelli di "trauma", "depressione", "ansia", "inconscio", "fobia", ecc. Perdere il legame con il senso originario di certi termini equivale a non poter più parlare di funzionamento psichico. Scrive a questo proposito Nancy Mc Williams<sup>2</sup>: "I concetti, quando diventano popolari, non solo acquistano valenze di giudizio ma diventano anche semplicistici. Ritengo che per un lettore non esperto di

<sup>2</sup> Nancy Mc Williams, *La diagnosi psicoanalitica*. Astrolabio, Roma 1999

psicoanalisi sarebbe difficile, per esempio, imbattersi nell'aggettivo *masochista* e non pensare che quell'etichetta dipinga una persona cui piacciono dolore e sofferenza. (...) Potremmo dire lo stesso di molti altri termini che sono stati adottati da clinici non analitici e dal pubblico colto e poi sono stati divulgati con un'idea superficiale o condiscente circa il loro significato".

E' facile immaginare come la perdita di alcuni riferimenti sta avendo un effetto negativo maggiormente amplificato nel campo scientifico: per esempio alcune premesse del tutto ingiustificate dal punto di vista clinico, hanno permesso lo sviluppo di pseudo-teorie capaci di sostenere iniziative sperimentali come quella della creazione di specifici centri, per esempio, per gli "attacchi di panico", o per i disturbi del comportamento alimentare. Sostenere un'attenzione "settoriale" rivolta a singole espressioni psicopatologiche, concretizza il tentativo di negare la concezione "unitaria" del funzionamento psichico.

Lo sforzo dovrà essere quello di cercare di recuperare il valore originario degli elementi impiegati nel processo valutativo e capire in che modo potranno essere utilizzati per "comprendere" un funzionamento psichico piuttosto che per "fare" una diagnosi. Parlare d'ansia, quindi, non equivale a parlare d'angoscia, come parlare di un depresso non equivale a parlare di un nevrotico.

Proprio perché il processo diagnostico poggia su gran parte di questa terminologia, appare esposto, allo stesso modo, ad un rischio di degenerazione, con inevitabili conseguenze negative in termini di pianificazione del trattamento o di informazioni prognostiche. Un processo diagnostico corretto, infatti, protegge tanto i nostri pazienti quanto la scientificità del nostro lavoro.

## NOTIZIE DALL'ISTITUTO

Il 4 e 5 ottobre, presso la *Residenza di Ripetta* in via di Ripetta, 231 a Roma, si svolgerà un Convegno di Psicologia Giuridica organizzato dall'Ordine degli Psicologi del Lazio. Comuniciamo ai nostri Soci che il CEIPA parteciperà alla Tavola Rotonda con le maggiori scuole di formazione in psicologia giuridica, sul tema della formazione.

### LABORATORI DI STUDIO

Anno Accademico 2003

Come diretta conseguenza dell'attività di quattro Settori operativi del CEIPA (Psicologia Clinica, Psicologia Giuridica, Psicologia Penitenziaria, Criminologia), sono attivi tre **Laboratori** all'interno dei quali viene promosso un programma formativo e di ricerca.

L'attività dei tre **Laboratori** è finalizzata ad approfondire, sotto diverse prospettive, le tematiche principali riguardanti i relativi settori di riferimento.

Abbiamo scelto il termine 'laboratori' e non quello di 'seminari' o 'giornate di studio' per porre l'accento sul carattere teorico-pratico che questa serie di incontri si propongono di perseguire.

Se da una parte vengono affrontate ed approfondite, a livello concettuale, alcune tematiche specifiche,

dall'altra l'intento è quello di stimolare una riflessione dinamica.

Tale strategia è infatti finalizzata a promuovere ricerche ed approfondimenti che potranno essere presentati e pubblicati, al termine dei rispettivi percorsi formativi, sulla presente Newsletter o su altri spazi specifici.

Dal **prossimo gennaio** prenderanno il via varie **iniziative didattiche**:

la prima è un **Corso di Formazione** semestrale in **Psicologia dell'Età Evolutiva**, ha durata di 48 ore con cadenza quindicinale - il giovedì pomeriggio - ed è aperto ad un massimo di 15 partecipanti. Il programma didattico si articola non esclusivamente sui Test in età evolutiva, ma anche sugli aspetti fondamentali teorici dello sviluppo della personalità, relativamente le fasi evolutive.

La seconda iniziativa riguarda l'attivazione di tre **Laboratori: Psicologia Clinica** su "*Il problema della diagnosi tra normalità e patologia*"; **Psicologia Giuridica e Penitenziaria** su "*La dimensione relazionale nel contesto penale minorile*"; **Criminologia** su "*Introduzione alla criminologia*". Avranno cadenza quindicinale, il lunedì pomeriggio per tre mesi, per un totale di 18 ore a Laboratorio, con un numero limitato di partecipanti (massimo 15).

Sono stati definiti **Laboratori** per gli aspetti pratici che verranno sempre presi in considerazione e per la possibilità che diventino un ambito permanente di studi e ricerche. Di fatto, sono stati scelti appositamente argomenti e tematiche che solitamente non si affrontano durante i corsi di psicodiagnostica.

Verrà attivato, inoltre, anche un **Seminario** su "*Sviluppo evolutivo e problematiche dell'adolescenza*", avrà cadenza quindicinale, il lunedì pomeriggio per tre mesi, per un totale di 18 ore, con un numero limitato di partecipanti (massimo 15).

Prenderà, inoltre, il via un **Corso di Formazione in Psicologia del Lavoro** sul tema della "*Selezione e formazione nella gestione delle risorse umane*". Avrà durata trimestrale e si articolerà in incontri quindicinali che si svolgeranno il sabato dalle ore 9,00 alle ore 18,00 e la domenica dalle 9,30 alle ore 13,30. Verranno trattati temi teorici, ma sarà soprattutto privilegiato l'aspetto esperienziale e la pratica professionale che verrà assicurata attraverso esercitazioni pratiche e simulate.

**Ricordiamo che le iscrizioni sono già aperte per tutte le iniziative.**

## COMUNICAZIONI SOCI AIR

Rendiamo pubblica la comunicazione che il Consiglio Direttivo dell'Associazione Italiana Rorschach ha inviato al Presidente dell'International Rorschach Society J. B. Weiner, relativamente alla non partecipazione dei nostri consiglieri al Congresso Internazionale Ror-

schach che si è svolto Roma dal 10 al 14 settembre 2002.

*"Il nostro Consiglio Direttivo desidera rendere pubbliche le ragioni per cui l'AIR non ha partecipato al XVII Congresso Internazionale. Gli stessi motivi hanno indotto i nostri consiglieri delegati al comitato scientifico del congresso a dimettersi da ogni incarico dal novembre 2001. Di ciò sono stati informati il presidente IRS J.B. Weiner e le due vicepresidenti A. Andronikof Sanglade e Odile Ousain, con una comunicazione del 07 febbraio 2002 in cui si chiedeva che le nostre dimissioni venissero rese pubbliche tramite stampa sul bollettino n°12 dell'IRS. Quest'ultima richiesta non ha trovato risposta probabilmente per cause tecniche. Anche per questo ora desideriamo motivare meglio la nostra decisione, approvata dal nostro Consiglio Direttivo all'unanimità in due successive riunioni. La prima risale al 13 ottobre 2001 a Torino dopo aver constatato che l'apporto dei nostri tre delegati al comitato scientifico non era stato affatto preso in considerazione. Ad esempio il prof. Salvatore Settineri, docente di psichiatria all'Università di Messina, presente alle prime cinque riunioni del comitato scientifico tenute a Roma nel 2001, non ha potuto dare il suo contributo al tema della psicopatologia. Incaricato dallo stesso comitato scientifico di occuparsi dell'area della psicologia dello sviluppo ha eseguito tale incarico in modo esauriente e approfondito ma poi ha visto le proprie proposte del tutto ignorate. Così come è stata scartata la proposta della società francese che la prof. Nina Rauch ci aveva pregato di portare al comitato scientifico a suo nome. D'altronde l'IRS non ci ha mai contattato per chiedere ad un esponente della nostra associazione di coordinare un simposio o di introdurre un dibattito con una lettura "magistrale". O anche per proporre al presidente onorario del congresso (già designato ad Amsterdam nel 1999), attuale presidente della nostra associazione, di partecipare con una breve relazione alla cerimonia di apertura. Né i nostri delegati al comitato scientifico hanno potuto porre all'IRS richieste in tal senso, dal momento che in nessuna delle cinque riunioni del 2001 era presente un consigliere dell'associazione internazionale. Non eravamo informati che, come ci ha scritto il presidente Weiner il 25 febbraio scorso, questo tipo di contributi si portano in seguito ad un invito dell'IRS fatto "...molto in anticipo". Ci è sembrato contraddittorio quando tardivamente, nel luglio scorso, qualcuno dei nostri consiglieri è stato contattato dalla Scuola Romana Rorschach allo scopo di organizzare un simposio. Accettare ci è sembrato incoerente oltre che poco serio dal punto di vista scientifico. Alla stampa del secondo avviso, indipendentemente da quanto finora rilevato, ci siamo resi conto che l'aspetto scientifico del congresso sembrava passare in secondo piano ed era evidente che la nostra partecipazione al comitato scientifico era stata considerata puramente formale. Ad esempio avremmo voluto conoscere la qualifica ed il ruolo scientifico-professionale dell'unico relatore italiano, a noi sconosciuto, invitato a tenere una lettura "magistrale". Pertanto all'inizio di novembre 2001 abbiamo inviato*

*una lettera allarmata al presidente J.B. Weiner e alla prima vice presidente A. Sanglade riservandoci di comunicare le nostre decisioni definitive se nulla fosse cambiato. Nonostante la risposta immediata e cortese della vice presidente A. Sanglade, la situazione rimase invariata e il nostro successivo consiglio del 06 febbraio 2002 formulò la decisione definitiva di non partecipazione.*

*Un secondo gentile tentativo della vice presidente A. Sanglade, disposta a "radicali modifiche" del programma per farci tornare sulle nostre decisioni, è stato da noi preso in seria considerazione per spirito di servizio verso la comunità scientifica internazionale. Ma alla fine tutto è stato vanificato dalla citata lettera del presidente J. B. Weiner del 25 febbraio scorso. Lettera cortese nel tono ma inflessibile nel contenuto: non si poteva più cambiare niente ma eravamo sempre in tempo a mandare, entro la scadenza del 15 marzo (scadenza che poi è stata prorogata di un mese senza che ne fossimo avvertiti) gli abstracts da sottoporre all'accettazione, per presentare comunicazioni e posters o eventualmente per partecipare a simposi già stabiliti. Ma è noto a tutti che questa è la normale prassi per ogni congresso! Forse è il caso di ricordare che la nostra Associazione ha dato un notevole contributo all'archivio Rorschach di Berna con le numerose pubblicazioni inviate, che coprono cronologicamente un arco di tempo di più sessant'anni. Non crediamo di peccare di presunzione nel ritenere di avere diritto ad una adeguata considerazione verso il nostro lavoro e il nostro percorso storico-scientifico".*

Per il Consiglio Direttivo  
dell'Associazione Italiana Rorschach  
La segretaria Maurizia Cattonaro

**CEIPA**  
**ISTITUTO DI FORMAZIONE E**  
**RICERCA SCIENTIFICA**

**Comitato di Redazione**  
Paolo Capri, Anita Lanotte, Stefano Mariani

Via Bisagno, 15 – 00199 Roma  
Tel. 06 8606953 - 06 8606949  
Fax 06 86384343  
E – mail: ceipa@tiscalinet.it

Segreteria: lunedì 10 – 13; mercoledì 10 - 18;  
venerdì 14 - 18; sabato 10- 12.

Stampato in proprio  
Finito di stampare 25 settembre 2002