

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

Sommario:

<i>La simulazione di malattia mentale e la pericolosità sociale. Dati e indici psicodiagnostici</i> di Paolo Capri	1
<i>Il lavoro d'equipe nell'ambito della riabilitazione psichiatrica</i> di Rosanna Mansueto	3
<i>La funzione della catarsi d'integrazione in psicodramma nel trattamento di pazienti con disturbo di personalità</i> di Chiara Guardigli	5
<i>Notizie dall'Istituto</i>	7
<i>Convegni</i>	8
<i>Notizie dall'Associazione Italiana Rorschach</i>	8

PSICOLOGIA CLINICA

LA SIMULAZIONE DI MALATTIA MENTALE E LA PERICOLOSITÀ SOCIALE. DATI E INDICI PSICODIAGNOSTICI

di

Paolo Capri

Psicologo, Psicoterapeuta

Presidente CEIPA

Presidente AIPG

VicePresidente AIR

L'allarme sociale, molto sentito in questo periodo, stimola una pressante richiesta di giustizia e di sicurezza nell'individuo. L'ambito è molto complesso, difficile da affrontare, con il rischio frequente di rimanere intrappolati in facili pregiudizi, richieste dettate esclusivamente dalle paure alla ricerca di soluzioni immediate e definitive.

Le certezze scientifiche per affrontare la questione sono ridotte e limitate, richiamano, però, la necessità della

osservazione scientifica della personalità, naturalmente per chi lavora nell'ambito valutativo e diagnostico.

Affronteremo due temi specifici strettamente collegati fra di loro, come la *simulazione di malattia mentale* e la *pericolosità sociale*. Senza entrare negli aspetti storici della questione, cercheremo di sviluppare e suggerire gli indici e i dati che possono emergere ai test psicologici nel momento della valutazione psicodiagnostica, ben sapendo che non esistono certezze predittive di comportamenti futuri, ma solo riflessioni ed esercitazioni scientifiche.

Per **Simulazione di disturbo mentale** si intende l'atto cosciente e volontario inteso ad ingannare, in vista del raggiungimento di un fine, generalmente costituito da un vantaggio illecito. Indagare sulla possibilità di simulare un disturbo mentale appare di grande interesse ed importanza. Oltre ad una serie di "segni" comportamentali che aiutano il clinico ad individuare atteggiamenti sospetti di simulazione, l'uso dei reattivi mentali può essere di particolare aiuto per confermare ed obiettivare il sospetto nato dall'intuizione clinica. Quasi tutti i test offrono

indicazioni; vediamone alcune in particolare rispetto ai reattivi più utilizzati in ambito clinico.

Al **Rorschach** gli indici più significativi sono i seguenti (Capri - Fontanesi, 1985):

- resistenze e allungamento dei tempi di latenza;
- abbondanza di rifiuti (>2);
- basso numero di risposte;
- alta percentuale di risposte volgari;
- alto F%, con protocollo tendente alla coartazione;
- confabulazione;
- assenza di risposte di movimento classiche;
- risposte vaghe;
- percezioni indefinite;
- comportamento evasivo;
- lamentele durante l'applicazione della prova;
- iperproduttività, talvolta bizzarra e molto imprecisa;
- incongruenza nel comportamento (es.: risposte accettabili in tavole unanimamente considerate difficili, e rifiuti in tavole facili).

Dal **Disegno della Figura Umana**, applicato secondo la metodologia di K. Machover, è possibile rilevare la tendenza a simulare confrontando i disegni effettuati e la storia costruita su uno di essi; in altri termini valutare l'eventuale incongruità fra le due fasi. Da rilevare che in soggetti con disturbi della personalità o con nuclei psicotici non si evidenziano processi incongrui fra storia e disegno, bensì oscillazioni disordinate e bizzarre all'interno della storia, e tratti grafici psicopatologici nei disegni.

Ai questionari di personalità ed in particolare al **MMPI-2** è possibile rilevare i tentativi di simulazione; in tal caso le scale di validità (L, F, K,) e la Scala? subirebbero rilevanti variazioni tali da invalidare l'intera prova. Interessante è il Dissimulation Index proposto da Gough (1947), secondo l'autore è solo in combinazione fra di loro che queste scale offrono buoni risultati. In particolare la combinazione F - K (dissimulation index), quando la differenza fra i punteggi grezzi delle due scale è superiore a 9 è in atto un tentativo di simulazione. Nel caso in cui è solo la Scala F a mostrare punteggio elevato questo può essere per mancanza di cooperazione, scarsa comprensione delle domande, richiesta d'aiuto e psicosi, ma può configurare anche un tentativo di mettersi in cattiva luce o affermare falsi sintomi mentali. Uno dei test che offre buone garanzie di evidenziare chi simula è certamente il **Test della Bender** (Sepic,1972).

Bruhn&Reed (1975) sottoposero ad un gruppo di esperti dei test 20 protocolli, fra altri, che volutamente simulavano un danno organico; tutti e 20 furono identificati. Chi tenta di simulare al Bender raramente riesce a fare quegli errori che solitamente caratterizzano persone con un vero danno organico. Riproporre il compito, al soggetto, a distanza di tempo è una delle tecniche proposte da Hutt (1977) per individuare le simulazioni. Dopo alcuni giorni che il test è stato somministrato si procede ad una nuova somministrazione. Questo, in quanto, difficilmente il soggetto ricorderà gli errori fatti nella prima somministrazione, e se altri errori ci saranno sicuramente saranno diversi. Un'altra possibilità è quella di somministrare-nuovamente il test, sempre a distanza di tempo, invertendo l'ordine di presentazione delle figure.

Per quanto riguarda la **Pericolosità Sociale** (futuro comportamento di un soggetto che implica le capacità predittive dei test) sia per ciò che concerne spinte autolesive che per quelle dirette verso l'esterno si possono evidenziare alcuni segni nei reattivi più frequentemente utilizzati. In soggetti con tendenze autolesive, fino alla predittività di reale suicidio nel **Rorschach** è possibile riscontrare i seguenti indici.

- T.V.I. introversivo;
- presenza contemporanea di Dim, Clob, C, CF, Cinestesia in flessione e basso F+%;
- presenza di un Indice di Impulsività (> di 0,6) molto elevato, correlato da un Indice di Autocontrollo debole ($M + FC \leq C + CF$).

Nel **Disegno della Figura Umana**, la coartazione della personalità, tratti che indicano una struttura depressiva (figure povere, prive di vita e di movimento), tratti di aggressività, impulsività (tratto grafico molto marcato, espressione del volto accentuata), ansia e angoscia (ombreggiature, cancellature, ricalchi), depongono per la presenza di possibili spunti suicidari.

Al **MMPI-2**, spunti autolesivi possono essere sintetizzati nel seguente modo:

- Scala K < T 40 (carenza nella capacità di controllare i comportamenti e le reazioni emotive);
- Scala D > T 80 (depresso, polarizzazioni pessimistiche del pensiero);
- Scala Hy < T 40 (incapacità di empatizzare con l'ambiente);
- Scala Pd > T 70-80 (aggressività, impulsività, tendenza a compiere atti antisociali, incapacità di

valutare le conseguenze dei propri comportamenti, possibilità di acting-out);

- Scala Ma < T 40 (senza scopi, depresso). Affinché si possa considerare reale la possibilità di suicidio è necessario che questi elementi siano tutti contemporaneamente presenti e combinati tra loro in un profilo MMPI. Più difficile è la predizione della capacità lesiva per altri e più in genere della capacità a commettere o ripetere condotte antisociali diverse. In ogni caso i test offrono, comunque, indicazioni che possono tornare utili per meglio chiarire i comportamenti aggressivi e antisociali. Nei casi in cui l'aggressività è rivolta verso l'esterno al **MMPI-2** troveremo punteggi elevati alla Scala Pd (T > 70-80), nonché punteggi molto bassi alle Scale K (T < 40) e Hy (T < 40).

Nel **Rorschach** gli elementi che ci informano sulla possibilità di comportamenti aggressivi e antisociali sono i seguenti:

- T.V.I. extratensivo,
- risposte intramaculari formulate prevalentemente come prima interpretazione alla Tavola;
- risposte confabulate sia come DG sia come manifestazione particolare riferita alla verbalizzazione;
- poche risposte volgari (V% basso);
- poche risposte umane (H% basso);
- poche risposte di dettaglio;
- tipo colore destra con assenza di FC ed M;
- scadente qualità formale delle risposte (F+ basso);
- Indice di Impulsività elevato e Indice di Autocotrollo debole.

Rispetto alle caratteristiche di personalità emerse dal Rorschach in soggetti tendenti a delinquere, Delay e Pichot (1965) hanno messo in risalto gli indici isolati da E. e S. Glueck (1951) nel loro lavoro con due serie di 500 soggetti della stessa età, dello stesso ambiente socio culturale e dello stesso livello intellettuale, di cui la prima serie costituita da delinquenti, e la seconda da non-delinquenti. I Glueck (1968) evidenziarono i seguenti indici che caratterizzavano il gruppo dei delinquenti: elevatissima impulsività, presenza di risposte a contenuto aggressivo e sadico, extratensione, risposte intramaculari, numerose interpretazioni originali nell'elaborazione, nella forma e nel contenuto, scarse risposte volgari, interpretazioni di dettaglio superiori a quelle globali con prevalenza di intelligenza di tipo concreto-pratica, labilità e superficialità

affettiva, tendenza alla autoaffermazione, atteggiamento - durante la prova - ostile, rigido, diffidente.

Nel **Disegno della Figura Umana**, tratti violenti rivolti verso il mondo-ambiente e socialmente pericolosi, si possono ricavare dalla rotazione del foglio (oppositività), da tratti grafici molto calcati con espressione del volto accentuata (aggressività, impulsività), dalla collocazione della figura nella parte destra del foglio (andare verso l'esterno) e dalla direzione dell'energia rivolta verso l'esterno evidenziabile dalla direzione delle braccia e delle gambe disegnate rivolte sempre verso l'esterno.

Per concludere, abbiamo preso in considerazione indici e dati che possono essere applicati alle psicodiagnosi di casi clinici non necessariamente conclamati. Tali dati debbono, però, essere considerati come suggerimenti e come indicazioni di possibili reazioni abnormi, non certamente indicatori specifici ed esclusivi di simulazione di malattia mentale e pericolosità sociale.

Bibliografia

Capri P. *“I test in psichiatria forense, 1989*
Capri P., Fontanesi M. *“Il Rorschach nei problemi giudiziari penali e civili”*, 1985

IL LAVORO D'EQUIPE' NELL'AMBITO DELLA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA

di

Rosanna Mansueto

Psicologa, Psicoterapeuta

Da un punto di vista storico-culturale, la comunità terapeutica può essere considerata il prodotto di una significativa integrazione tra diverse ottiche realizzatasi, durante la seconda guerra mondiale, in circostanze che ponevano drammaticamente in primo piano le esigenze della collettività ed il valore della mutualità, in un contesto quello inglese, che aveva già dato un notevole impulso, alla fine del XVIII secolo, al cosiddetto Moral Treatment. Discipline come la sociologia, la psicologia e la psicoanalisi, fornirono chiavi di lettura del disturbo psichico e del funzionamento istituzionale totalmente estranee alla cultura medico-psichiatrica.

Ciò comportò in primo luogo una considerazione del paziente come parte integrante e paritetica del dispositivo di cura e una concezione sistemica dell'istituzione nel suo insieme.

Al di là di ogni aspetto, ogni tentativo di definizione deve tener conto di tre determinanti principali che, in diversa misura, concorrono a delineare il profilo delle strutture. Esse sono: il particolare tipo d'utenza, la chiave di lettura predominante (psicodinamica, psicosociale, cognitivo-comportamentale) che viene data della storia dei pazienti, dei progetti di cambiamento (progetto terapeutico personalizzato) e infine, il differente contesto in cui si realizzano.

A questo punto, è necessario fare una distinzione tra: **RIABILITAZIONE** ovvero riacquisizione di capacità che permettono al paziente di migliorare la qualità della propria vita pur senza raggiungere l'autonomia;

RECUPERO raggiungimento da parte del paziente di una autonomia psichica, sociale e materiale sufficiente per vivere.

Pertanto, la comunità non è un luogo ed un setting idoneo a tutti i tipi di problematiche, patologie e che, in pratica, l'inserimento di un paziente può essere preso in considerazione quando sia evidente l'insufficienza di un trattamento ambulatoriale, quando le caratteristiche del contesto di provenienza siano oggettivamente sfavorevoli o vanifichino un approccio parziale al problema, quando l'ingresso sia frutto di una scelta condivisa (anche minimamente) dal paziente, dalla sua famiglia e dal Servizio competente e, infine, quando le condizioni non presentino carattere di acuzie tali da richiedere interventi d'emergenza.

Come si è in precedenza sottolineato, a determinare in buona misura lo stile di lavoro delle diverse comunità intervengono anche le chiavi di lettura teoriche utilizzate e le conseguenti metodologie.

Si distinguono orientamenti psicodinamici, cognitivi, cognitivi-comportamentali, sistemico-relazionali, psicosociali: in effetti, nessuno di questi orientamenti può identificarsi con il concetto stesso di comunità, né vantare una valenza tale da ritenersi esaustivo di ogni problema. Se è vero che alcuni di essi si prestano particolarmente bene a determinate tipologie di pazienti è altrettanto vero che, il più delle volte, solo **un'ottica integrata può proporsi come approccio adeguato.**

In definitiva, "la comunità si configura come spazio-tempo, come campo allargato che svolge nel suo insieme una funzione terapeutica"(L. Rinaldi, 1998). A differenza di altre strutture (reparti ospedalieri, ambulatori) che rappresentano un luogo separato per specifici trattamenti (psicoterapia, farmacoterapia, etc.) o di strutture residenziali che forniscono prevalentemente interventi necessari alla vita quotidiana (es. gruppi appartamento), **la comunità si costituisce come luogo che dall'interazione delle sue funzioni e dal particolare coinvolgimento di**

tutte le sue componenti trae il significato terapeutico-riabilitativo più saliente.

La comunità offre ai pazienti un luogo, una residenza che costituisce per un lungo tempo uno spazio fisico ed emotivo condiviso con altri pazienti e con un certo numero di operatori, utilizzando i vari momenti della vita quotidiana in una costante mediazione tra mondo interno dei pazienti e mondo esterno, per affrontare problemi e compiti terapeutici, organizzativi e domestici in una dimensione marcatamente gruppale.

In definitiva, la cultura terapeutica si basa sul fatto che tutte le attività e tutte le interazioni devono divenire oggetto di riflessione.

Infatti, come analizzeremo meglio successivamente, il **gruppo deve essere inteso come una risorsa**, nel rispetto e nella chiara definizione del proprio ruolo, delle proprie competenze, della propria professionalità, ma anche della propria personalità e creatività.

Infatti, la comunità deve stimolare e supportare le potenzialità soggettive dei pazienti e degli operatori (chiaramente in modi e livelli diversi) attraverso l'amplificazione gruppale di un'esperienza condivisa.

Il lavoro d'equipè, come si può capire, assume pertanto un significato ed una valenza fondamentali.

L'equipè, infatti, svolge la funzione di integrare diverse abilità individuali, di elaborare gli avvenimenti, di contenere i momenti critici e/o di crisi: **ciò è tanto più importante se si pensa che un contesto così coinvolgente e un contatto così prolungato e quotidiano con i pazienti ed il loro mondo interno, determina un gioco intenso di proiezioni, scissioni, identificazioni proiettive con cui il gruppo degli operatori entra inevitabilmente in risonanza.**

Non si tratta soltanto della necessità di elaborare il controtransfert dell'equipè, ma di costituire innanzitutto uno spazio di riflessione e di ricomposizione delle parti frammentate attraverso una funzione cognitiva che consenta una migliore comprensione del paziente.

E, l'operatore, soprattutto nelle fasi iniziali dell'inserimento del paziente, deve svolgere il compito di Io ausiliario in un intervento a volte di sostituzione, a volte di integrazione dell'Io deficitario. E sono soprattutto le patologie psicotiche gravi che, prima ancora della ricerca di un'alleanza con l'Io residuale non-psicotico, richiedono l'accettazione e la capacità di comprensione degli aspetti "sintomatici" come espressione di bisogni e di compromessi fra parti non integrate del Sé.

Si può ben comprendere che per fare un lavoro del genere è indispensabile acquisire l'attitudine ad osservare ciò che accade, ad ascoltare ciò che viene espresso (e a cogliere anche ciò che non accade e non viene espresso), a riflettere sui possibili significati, a registrare i propri "movimenti interni" e ad utilizzare le riunioni d'equipè come un luogo non solo di riflessione e di progettazione, ma anche come un contenitore dei propri vissuti e delle molteplici dinamiche che si sviluppano in Comunità.

"Il fine è sempre quello di consentire un'esperienza conoscitiva: anche fare qualcosa di sbagliato, è un utile esperienza di apprendimento, se è seguita da un feedback, da una discussione, dalla comprensione delle ripercussioni emotive di ciò che si è sbagliato e dalla possibilità di sbagliare" (D. Kennard,1998).

Questo vale, oltre che per i pazienti, per gli stessi operatori. **"Ciò che viene preso a modello è un approccio non difensivo... una spinta a mettersi in gioco"(D. Kennard, 1998),** supportato dalla capacità di elaborazione di tutta l'equipè.

LA FUNZIONE DELLA CATARSI D'INTEGRAZIONE IN PSICODRAMMA NEL TRATTAMENTO DI PAZIENTI CON DISTURBO DI PERSONALITA'

di

Chiara Guardagli

Psicologa, Psicoterapeuta

L'integrazione è certamente il fine verso cui tendono tutte le psicoterapie. Tuttavia è particolarmente complesso raggiungere questo scopo con pazienti diagnosticati con un disturbo di personalità. E questo a causa delle continue fughe e della difficoltà di mantenere un legame stabile con chiunque. In questo senso la metodologia psicodrammatica, per sua natura, è particolarmente adatta al contenimento e alla gestione degli agiti che in altri casi possono rendere inefficace qualunque tipo di trattamento.

La struttura stessa del setting psicodrammatico, che si chiama, non a caso *teatro*, proprio per come è fatto, ha la funzione di contenere, di dare dei confini, di offrire appunto una struttura. Il particolare luogo creato da Moreno ha proprio il compito di "fornire al paziente uno spazio vivente multidimensionale e articolabile in massimo grado. [...] Dove la realtà e la fantasia non sono in conflitto ma sono entrambe funzioni all'interno di una più ampia sfera: il mondo psicodrammatico (corsivo mio)" (J.L.Moreno, 1946)

La terapia psicodrammatica si basa sull'azione spontanea, vale a dire sul dare la possibilità a ciascun

individuo di potere esprimere il proprio Vero-Sé in contrapposizione a quello che Winnicot, per primo, ha chiamato Falso-Sé. Il Falso-Sé é sostanzialmente un irrigidimento di ruoli che hanno un collegamento solo formale con il nucleo profondo della persona. Attraverso un vero e proprio "addestramento alla spontaneità" il paziente apprende a giocare anche ruoli nuovi e dunque a sviluppare la propria parte più autentica e vera.

Ciò, non sempre è così facile da realizzare, specialmente dove ci sono delle situazioni di grave rigidità dell'Io, per esempio con persone che – appunto - hanno strutturato un disturbo di personalità, ossia una organizzazione che è caratterizzata da diffusione di identità, cioè da scarsi e labili confini personali oltre che da relazioni instabili e dalla messa in atto di agiti incontrollati.

La situazione psicodrammatica, diversamente da altri approcci terapeutici, ha la caratteristica di essere contenitiva a tre livelli contemporaneamente: quello somatico, per il luogo in cui si svolge, quello psicologico-emotivo, per la struttura del contratto, il significato degli agiti, e il ruolo del direttore. Infine il contenimento è anche sul piano relazionale-sociale: c'è il gruppo, anzi c'è proprio lo sguardo del "pubblico". Con ciò intendo riferirmi alla funzione relativa al contenimento e all'integrazione, svolta dallo sguardo degli spettatori, nel teatro classico. Teatro significa appunto guardare. E la funzione contenitiva dello sguardo è stata sottolineata anche da Winnicot: il primo sguardo, quello materno è quello che rispecchia il sé intero e buono del bambino.

Evidentemente questa situazione, così ben strutturata, è già di per sé immediatamente vantaggiosa e terapeutica per chi non ha dei confini ben definiti, perché permette un adeguato contenimento senza l'uso, per esempio, di altre sostanze.

Veramente la configurazione particolare e la costruzione del teatro di psicodramma; permette al paziente di sentirsi protetto e sicuro. Mi ricordo, a questo proposito, di quella volta che uno dei pazienti con cui ho lavorato era arrivato alla sessione piuttosto depresso e triste. Attraverso l'utilizzo dell'azione gli ho fatto mettere in scena quello che stava provando: ne è emersa una rabbia profonda e scura di cui nemmeno lui conosceva tutta la forza. Non ha raccontato a me e al gruppo cosa provava ma ce lo ha dimostrato urlando e tirando pugni e calci a dei cuscini che gli avevo dato. Poi si è calmato e alla fine ha potuto dire a se stesso come si sentiva solo e abbandonato. Ma noi eravamo lì. Credo che in quel momento si sia reso conto che il suo comportamento non aveva distrutto nulla anzi il mio sguardo e quello del gruppo era ancora più amorevole e benevolo nei suoi confronti.

Mi rendo ben conto che in ogni tipo di psicoterapia il setting è strutturato e definito. Quello che è profondamente diverso è lo scopo per il quale il setting stesso viene preparato. In psicodramma è certamente quello dell'azione, della vita reale, dell'espressione completa e libera di se stessi. Con tutte le accezioni che questa affermazione porta con se. Me lo sono sentita ripetere un'infinità di volte, durante il corso dei miei studi: "Non ci sono cose giuste e cose sbagliate. Qualunque contenuto la persona ci porti riguarda pur sempre il suo vissuto". E questo è certamente vero in qualunque tipo di psicoterapia.

Tuttavia, credo che l'unicità di questo metodo sia proprio nella possibilità di far vivere delle emozioni e dei sentimenti che – pur all'interno di un "facciamo finta che" – sono assolutamente reali. Forse è proprio il fatto che il setting ha una cornice così ben definita che permette poi ai contenuti delle persone di esprimersi nel modo più libero e adeguato alle possibilità di ciascuno in quel momento.

Nel contesto che ho descritto un significato particolare assumono gli agiti, a questo proposito Moreno stesso dice: "Se il paziente sa che l'espressione dei suoi pensieri nascosti e dei suoi sforzi è tollerata dal terapeuta, la tirerà fuori. [...] Dunque il problema cruciale è che l'acting out sia tollerato e che gli sia consentito di avere luogo all'interno di un setting di sicura esecuzione e che questo avvenga sotto la guida di un terapeuta in grado di utilizzare l'esperienza. [...] Quando introdussi questo termine nel 1928, esso significava l'espressione di ciò che è nel paziente, in contrapposizione all'esprimere un ruolo che è assegnato a un paziente da un estraneo." (1946)

La definizione che dà Moreno di acting out è piuttosto differente da quella comunemente usata in clinica, dove, con lo stesso termine, si intende un'azione fatta in modo impulsivo e incontrollato. Mi spiego meglio, il senso in realtà è lo stesso è il contesto – o potremmo dire il setting – che cambia.

Il teatro di psicodramma e la mente del direttore sono predisposte in maniera tale da accogliere qualunque atto del paziente, purché si svolga all'interno del teatro stesso. Questo aspetto è veramente molto importante nel trattamento con persone che hanno una struttura di personalità borderline, così come la descrive Kernberg nel suo ultimo libro "*Psicoterapia delle personalità borderline*" perché - in questo senso - l'azione del paziente non è più la violazione di una regola ma un atto libero di espressione di se stesso.

Questa osservazione ha dei risvolti molto importanti, particolarmente con persone che hanno grosse difficoltà nel trattenere la propria impulsività. Infatti l'agito produce immediatamente lo spostamento dell'attenzione del terapeuta verso quella persona che non viene sgridata o ripresa, ma al contrario diventa il protagonista. E, aggiungo io, finalmente e differentemente da quanto gli deve essere accaduto fino

ad allora. In più l'agito ha già una cornice, infatti, è collocato all'interno del setting, e dunque può essere immediatamente trasformato in materiale di lavoro.

Mi spiego meglio: il mettersi ad urlare, inveire, arrabbiarsi, piangere, gridare e cercare di distruggere tutto, fatto all'interno del teatro di psicodramma, non è pericoloso anzi può diventare – se utilizzato creativamente dal direttore – materiale prezioso per il cambiamento interiore, per la persona stessa e per il gruppo nel suo insieme.

Qualcosa di simile mi è capitato più di una volta: per esempio mi ricordo quando una delle ragazze di uno dei miei gruppi, cominciò a raccontare un episodio in cui veniva tradita da uno dei suoi amanti, in seguito venne fuori che lei stessa credeva di avere tradito un'amica con un gesto sleale. A quel punto aveva cominciato a piangere e ad urlare mettendo in atto anche gesti autolesivi. Io mi sono avvicinata a lei e senza entrare in contatto corporeo diretto, l'ho fatta sedere su una sedia e le ho messo vicino una sedia vuota. Sempre guidandola solo con la voce, perché sentivo che qualunque altro contatto per lei era troppo oneroso, le ho chiesto di pensare alla prima persona che l'aveva fatta sentire come si sentiva ora. Immediatamente ha cominciato a parlare con la madre e le ha letteralmente vomitato addosso un fiume di parole dal quale è emersa con una chiarezza agghiacciante il rapporto ambivalente e continuamente contraddittorio che essa aveva avuto con la figlia.

Alla fine le ho chiesto di salutare la madre e poi di andare da un compagno del gruppo e di raccontargli come stava. Ha scelto una persona reale, sulla quale lei ha sempre proiettato sentimenti ambivalenti di amore e odio. La cosa incredibile è stata che – benché lui sia una persona che rifugge ogni contatto fisico perché ha moltissima paura di esser contagiato – in questa situazione è stato davvero molto accudente e contenitivo con lei. Questa donna ha un vita sessuale intensa e di cui lui ha generalmente molta paura. L'episodio ha veramente dell'incredibile e credo davvero sia stato uno dei momenti più importanti, da un punto di vista evolutivo, per la storia di queste due persone e del gruppo nel suo complesso.

Ecco questo è lo psicodramma: da una situazione che poteva apparire pericolosa sia da un punto di vista fisico che psicologico, ne è invece nata un'esperienza di crescita positiva e di cambiamento interiore per tutte le persone del gruppo, direttore compreso. Il setting ha reso possibile che l'energia psichica che si è scatenata improvvisamente e inaspettatamente in questa donna, potesse essere trasformata in un atto creativo.

E concludo dicendo che la catarsi d'integrazione in questo contesto è il sottofondo di ogni sessione di

psicodramma e il significato su cui poggia tutto il resto. Lo spiega bene Gianni Boria nel suo libro "Psicoterapia psicodrammatica", quando dice: "La catarsi d'integrazione è molto più contenuta, non traspare dal comportamento, è fatta di sentimenti sfumati. Essa costituisce il punto di confluenza dei diversi momenti terapeutici. Qui, a differenza della catarsi di abreazione in cui il soggetto si vede soverchiato dalle emozioni, l'individuo sente di contenere se stesso in un armonico intrecciarsi dei processi psichici primari e di quelli secondari. Egli avverte una sensazione di pace e di benessere. Una sessione di psicodramma può non avere provocato la catarsi di abreazione, ma deve concludersi con la catarsi d'integrazione." (2005)

BIBLIOGRAFIA

- Boria G.** (2005) *Psicoterapia psicodrammatica*. Franco Angeli, Milano.
- Capri P., Lanotte A.** (1997) *Personalità, struttura dell'io e politossicodipendenza. Interpretazioni psicologiche e responsabilità penale*. In Rivista di Psicologia Giuridica, Ed. ETAL, n°1, gennaio 1997
- Carrirolo P.** (2000) *La metodologia psicodrammatica nelle patologie anoressico-bulimiche*. Quaderni dell'A.I.PSI.M. Anno 2 – Numero 2, Milano.
- Clarkin J.F., Yeomans F.E., Kernberg O.F.** (1999) *Psicoterapia delle personalità borderline*. Raffaello Cortina, Milano 2000
- Corbella S.** (2003) *Storie e luoghi del gruppo*. Raffaello Cortina, Milano.
- Guardigli C.** (1997) *Le vicissitudini dell'identità e dell'identificazione tra individuo e gruppo nel pensiero psicoanalitico* Tesi di Laurea – Università degli studi di Bologna, Facoltà di psicologia
- Moreno J. L.** (1953) *Principi di sociometria, psicoterapia di gruppo e sociodramma* Etas libri Milano 1980
- Moreno J. L.** (1946) *Manuale di psicodramma. Il teatro come terapia* Astrolabio, Roma 1985
- Perussia F.** (2003) *Theatrum Psychotechnicum* Bollati Boringhieri Torino
- Yalom I.** (1974) *Teoria e pratica della psicoterapia di gruppo*, Bollati Boringhieri, Torino 1997

NOTIZIE DALL'ISTITUTO

Comunichiamo che da giugno 2007 è stato modificato l'organigramma dell'Istituto.

E' stato inserito un nuovo settore di studio e ricerca, relativo alle *Scienze Investigative e Criminologiche*, coordinato dalla Dr.ssa Laura Seragusa, del Reparto Analisi Criminale dell'Arma dei Carabinieri.

Con l'occasione ricordiamo i settori operativi del CEIPA con i relativi Responsabili:

Psicologia Clinica

Responsabile: *Dr.ssa Anita Lanotte*
Psicologa, Psicoterapeuta, Consiglio Direttivo AIPG, Vice Presidente CEIPA

Psicologia Giuridica

Responsabile: *Dr.ssa Lucia Chiappinelli*
Psicologa, Psicoterapeuta, Consiglio Direttivo AIPG, Socio Ordinario e didatta CEIPA

Psicologia Penitenziaria

Responsabile: *Dr.ssa Maria Assunta Occulto*
Psicologa, Psicoterapeuta, Socio Ordinario AIPG Socio Ordinario e didatta CEIPA

Scienze Investigative e Analisi Criminale

Responsabile: *Dr.ssa Laura Seragusa*
Psicologa, Reparto Analisi Criminale dell'Arma dei Carabinieri, Socio Ordinario e didatta CEIPA

Ricerca Internet

Responsabile: *Dr. Paolo Nardi*
Psicologo, Psicoterapeuta, Socio Ordinario AIPG Socio Ordinario e didatta CEIPA

SEMINARIO IN CRIMINOLOGIA

Prospettive di analisi dei Crimini Efferati

Il seminario intende offrire un panorama sulle nuove tecniche di indagine dei crimini efferati, senza apparente movente e con carattere di serialità, attraverso un approccio criminologico teso ad integrare le prospettive di analisi di diverse discipline (quali psicologia, sociologia, informatica, criminalistica, psicologia ambientale) al fine di individuare particolari ricorrenze nei comportamenti criminali.

PROGRAMMA

17 marzo 2008

Biografie criminali e modelli di Criminal Profiling
(Laura Seragusa - Gianluca Giovannini)

31 marzo 2008

Disturbi mentali negli eventi crimine-correlati
(Laura Seragusa)

14 aprile 2008

Modelli di geographical profiling ed elementi di psicologia ambientale (Giorgio Stefano Manzi – Lorenzo Luini)

21 aprile 2008

Teorie e dinamiche dei gruppi pedo-pornografici
(Giorgio Stefano Manzi)

05 maggio 2008

Comportamenti perversi ed attuazione criminale
(Giorgio Stefano Manzi - Laura Seragusa)

19 maggio 2008

Metodi e strumenti per il sopralluogo criminologico e modellizzazioni matematiche dei comportamenti criminali (Giorgio Stefano Manzi - Laura Seragusa)

Alla fine dell'intero seminario verrà rilasciato un attestato di partecipazione e frequenza.

Il Seminario ha durata trimestrale e si articola in incontri quindicinali di 3 ore, il lunedì dalle ore 15,00 alle ore 18,00.

DOCENTI

Dott. Giorgio Stefano Manzi

Tenente Colonnello CC, Comandante del Reparto Analisi Criminologiche dell'Arma dei Carabinieri

Dott.ssa Laura Seragusa

Psicologa, Tenente CC, Comandante della sezione Psicologia del Reparto Analisi Criminologiche dell'Arma dei Carabinieri, Responsabile Settore Scienze Investigative e Criminologiche del CEIPA

Dott. Gianluca Giovannini

Maresciallo Ordinario CC, Addetto alla sezione Psicologia del Reparto Analisi Criminologiche dell'Arma dei Carabinieri

Dott. Lorenzo Luini

Maresciallo Ordinario CC, Addetto alla sezione Analisi del Reparto Analisi Criminologiche dell'Arma dei Carabinieri

CONVEGNI

I METODI DI INDAGINE CLINICA IN CAMPO PSICOPATOLOGICO

Il contributo scientifico, l'applicazione pratica, l'apporto interdisciplinare

Università di Chieti
4 e 5 aprile 2008

La Cattedra di Psichiatria dell'Università di Chieti in collaborazione con l'Associazione Italiana Rorschach e l'Associazione EIDEA organizza con il Patrocinio del Consiglio dell'Ordine degli Psicologi Abruzzo due giornate di studio che si terranno presso l'Università di Chieti.

Relatori:

D. Passi Tognazzo, M. Armezzani, M. Boekholt, G. Contempo, P. Capri, F. M. Ferro, S. Settineri, P. Roman, T. Sola.

Per informazioni:

Dr.ssa Tiziana Sola
085.4225083 – 333.3454595
tizianso@tiscali.it

RORSCHACH CONGRESS LEUVEN 2008

XIX International Congress of Rorschach and Projective Methods

Il Congresso organizzato dall'International Society of the Rorschach and Projective Method IRS si svolgerà a Lovanio, in Belgio, presso la Catholic University of Leuven, dal 22 al 25 luglio 2008.

Chi è interessato può consultare il sito www.rorschach2008.org dove troverà tutte le informazioni e le modalità per l'iscrizione.

NOTIZIE DALL'ASSOCIAZIONE ITALIANA RORSCHACH

Si comunica che in data 22 giugno 2007, in coda alla giornata di studi, si è svolta, presso il Dipartimento di Psicologia Generale "Vittorio Benussi" dell'Università degli Studi di Padova, l'Assemblea Generale dei Soci per il rinnovo delle cariche del Consiglio Direttivo del 2008.

La Prof.ssa Dolores Passi Tognazzo, che ha ceduto la carica di Presidente, è stata nominata Presidente Onorario dell'AIR il cui Nuovo Consiglio Direttivo è così composto:

Presidente: Salvatore Settineri

Vice Presidenti: Maria Armezzani e Paolo Capri

Presidente Emerito: Dolores Passi Tognazzo

Segretario: Carmela Mento

Tesoriere: Maurizia Cattonaro

Consiglieri: Rosetta Bolletti, Luca Bruno, Ida De Renoche, Brunella Passi, Tiziana Sola.

CEIPA

ISTITUTO DI FORMAZIONE E RICERCA SCIENTIFICA

Comitato di Redazione

Paolo Capri, Anita Lanotte, Simona Rocchia

Via Bisagno, 15 – 00199 Roma

Tel. 06 8606953 - 06 8606949 - Fax 06 86384343

E – mail: ceipa@tiscalinet.it www.ceipa.org

Segreteria: lunedì, mercoledì, giovedì, venerdì
09,00 – 13,00 / 14,30 – 18,30

Stampato in proprio

Finito di stampare 21 gennaio 2008