


PSICOLOGIA CLINICA PSICOTERAPIA OGGI

Periodico scientifico

- 
- LO STRANO CASO DEL DR. IN MEDICINA E MR. TERAPEUTA
 - IL LINGUAGGIO COME STRUMENTO DI CAMBIAMENTO NEL MODELLO STRATEGICO INTEGRATO
 - LA TERAPIA STRATEGICO INTEGRATA APPLICATA ALL'ETÀ EVOLUTIVA:
COSTRUIRE UN PIANO TERAPEUTICO CON L'AUSILIO DI STORIE, METAFORE E FITOTERAPIA.
IL CASO DI D. E LA STORIA DI HARRY POTTER
 - RIFLESSIONI DI UN GIUDICE ONORARIO MINORILE IN FORMAZIONE.
LA FUNZIONE MONOCRATICA DELLE UDIENZE ISTRUTTORIE TRA COMPETENZE SPECIALISTICHE
E AUDIZIONE GIUDIZIARIA: UN POSSIBILE PARADOSSO E LA SUA POSSIBILE SOLUZIONE
 - IL SOSTEGNO ALLE FAMIGLIE ADOTTIVE:
UN'ESPERIENZA CLINICA DELL'ASSOCIAZIONE "DESTINAZIONE MINORI" DI ROMA

Periodico scientifico

PSICOLOGIA CLINICA & PSICOTERAPIA OGGI

Direttore editoriale:

Giovanna Celia

Direttore responsabile:

Luigi Sepiaci

Comitato scientifico:

Mauro Cozzolino

Enrico Maria Secci

Comitato di redazione:

Simona Abate

Teresa Basile

Paolino Cantalupo

Massimo Cotroneo

Marcello Luciano

Maria Scribano

Francesco Tarantino

Segreteria di Redazione

Annarita Sidari

Giulia Zucchini

Progetto grafico:

ABAV - Viterbo

Dipartimento Grafica

prof. **Fabrizio Pinzaglia**

Redazione:

Psicologia Clinica e

Psicoterapia Oggi

Via del Serafico, 3

00142 Roma

Editore:

eM EDIZIONI
MAGO SRL

Via del Serafico, 3

00142 Roma

Periodico trimestrale tecnico scientifico

Iscritto al n. 99/2007

Registro della stampa – Tribunale di Roma

La rivista ospita complessivamente le seguenti sezioni:

Psicoteoria

la sezione ospita lavori di tipo teorico, tipo rassegne critiche di letteratura e/o studi che propongono modelli concettuali ed ipotesi interpretative originali.

Psicoempiria

la sezione ospita ricerche basate su dati originali.

Il punto di vista

la sezione ospita commenti, articoli o interviste di autori di fama e/o esponenti istituzionali sul tema del numero o su eventi culturali legati alla professione clinica.

Traduzioni

la sezione ospita traduzioni di lavori della letteratura internazionale di rilevante interesse scientifico-professionale.

Schede informative

la sezione ospita lavori volti a presentare aspetti salienti della professione clinica (nuove prospettive lavorative, cambiamenti normativi, aspetti fiscali).

Recensioni

la sezione ospita recensioni di testi, articoli, convegni e workshop.

La finestra sul mondo

la sezione ospita la presentazione di esperienze professionali e/o di formazione/aggiornamento all'estero.

Esperienze

la sezione ospita lavori su casi clinici.

Psicoterapia Strategica Integrata

la sezione ospita lavori teorici e/o di intervento inerenti il modello strategico integrato.

Le sezioni non sono fisse ma variano a secondo dei numeri e dei contributi raccolti e accettati per la pubblicazione.

Il direttore

Giovanna Celia



Per la pubblicità su:

Psicologia Clinica & Psicoterapia Oggi

Contatti:

Email: abbonamenti@edizionimago.it

Tel. **06.51.96.37.37**

Editoriale

Pag. 2

Psicoterapia Strategica Integrata

IL LINGUAGGIO COME STRUMENTO DI CAMBIAMENTO NEL MODELLO STRATEGICO INTEGRATO

di Valeria Mari

Pag. 4

LO STRANO CASO DEL DR. IN MEDICINA E MR. TERAPEUTA

di Giusy Piumelli

Pag. 12

LA TERAPIA STRATEGICO INTEGRATA APPLICATA ALL'ETÀ EVOLUTIVA: COSTRUIRE UN PIANO TERAPEUTICO CON L'AUSILIO DI STORIE, METAFORE E FITOTERAPIA.

IL CASO DI D. E LA STORIA DI HARRY POTTER

di Simona Pierini

Pag. 18

Psicoteoria

RIFLESSIONI DI UN GIUDICE ONORARIO MINORILE IN FORMAZIONE. LA FUNZIONE MONOCRATICA DELLE UDIENZE ISTRUTTORIE TRA COMPETENZE SPECIALISTICHE E AUDIZIONE GIUDIZIARIA: UN POSSIBILE PARADOSSO E LA SUA POSSIBILE SOLUZIONE

di Sara Velardi

Pag. 32

Schede Informative

IL SOSTEGNO ALLE FAMIGLIE ADOTTIVE: UN'ESPERIENZA CLINICA DELL'ASSOCIAZIONE "DESTINAZIONE MINORI" DI ROMA

di Silvia Chieco e Maria Scribano

Pag. 42





Cari lettori,

con grande piacere voglio presentarvi il numero che state per leggere. Si tratta di un numero tutto dedicato a lavori strategici-integrati che trattano argomenti attuali di estremo interesse. Gli autori con rigore presentano diverse applicazioni del modello strategico ai diversi ambiti nei quali quotidianamente si trovano ad operare. E così tra gli articoli presenti in questo numero, troverete l'esperienza di un medico di medicina generale nonché psicoterapeuta strategico integrato che riesce a coniugare la medicina e la psicoterapia in modo efficace. Un altro interessante articolo tratterà l'importanza di un uso consapevole e strategico del linguaggio, da parte del terapeuta strategico integrato con la descrizione di precise tecniche linguistiche appartenenti al modello. Vi è inoltre un articolo di colleghi impiegati nel settore delle adozioni che fornisce un importante contributo agli specialisti che vogliono lavorare, o che già lavorano nello stesso ambito. Un altro lavoro molto interessante è quello che tratta la terapia strategica integrata applicata all'età evolutiva, all'interno del quale viene esposto un caso clinico che mostra l'opportunità di applicare appunto la terapia strategica integrata sia in modo diretto con il bambino che indiretto con i genitori. In ultimo ma non per ordine di importanza, la riflessione di un giudice minorile in formazione dove l'autrice individua e descrive la funzione monocratica dell'istruttoria, svolta appunto da un giudice di formazione psicologica-psicoterapica, come paradosso pragmatico, quindi la sua possibile soluzione.

Colgo infine l'occasione per informare con grande gioia e orgoglio che il 24 Ottobre 2020 si terrà in modalità online il II Convegno Nazionale Sipis dal titolo "I cambiamenti in psicoterapia e nell'intervento clinico ai tempi del COVID". Saranno presenti i più importanti clinici ed accademici nazionali e internazionali con una lezione magistrale di Philip Zimbardo.

In attesa di questo grande evento, vi auguro buona lettura.

Il direttore editoriale

Dr. Giovanna Celia



Società Italiana di Psicoterapia
Integrata e Strategica

con il patrocinio di:



UNIVERSITÀ
DI FOGGIA

2^o Convegno Nazionale SIPIS·ON-LINE

24 OTTOBRE 2020

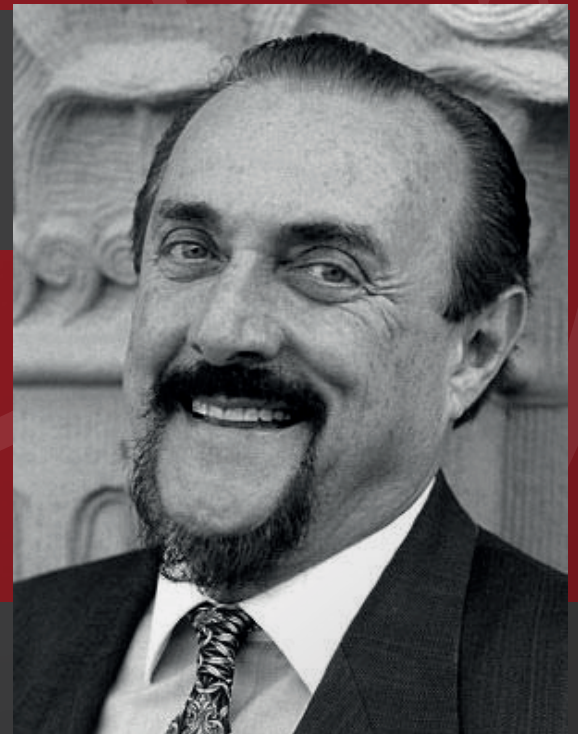
10:00-18:00

I cambiamenti in psicoterapia e nell'intervento clinico ai tempi del COVID

Presidente Giovanna Celia
Vicepresidente Mauro Cozzolino

Lezione Magistrale
Philip Zimbardo

WHY DEVELOPING A BALANCED TIME
PERSPECTIVE IS ESSENTIAL
FOR COPING WITH
OUR CORRENT COVID 19 CHALLENGES



Prenotazione obbligatoria

www.sipis.it

s.psicointegratastrategica@gmail.com

IL LINGUAGGIO COME STRUMENTO DI CAMBIAMENTO

NEL MODELLO STRATEGICO INTEGRATO

di Valeria Mari

Abstract

Non esiste forma di interazione che avvenga in assenza di linguaggio. Sia esso costituito da parole, simboli oppure espressioni del viso o singoli suoni, non c'è relazione senza comunicazione.

Negli anni '70, con il primo assioma della comunicazione, Paul Watzlawick affermava con straordinaria convinzione che "non si può non comunicare" e che persino il più piccolo gesto rappresenta un atto comunicativo.

Partendo da una sintetica panoramica degli studi sul linguaggio, dalle tradizioni più antiche fino al gruppo di ricercatori di Palo Alto, il presente lavoro intende focalizzare l'attenzione sull'ineluttabilità della dimensione comunicativa all'interno di tutti i processi relazionali, ivi inclusa la relazione terapeutica. Proprio in tale contesto, in particolare, viene discussa l'importanza di un uso consapevole e strategico del linguaggio, da parte del terapeuta strategico integrato, per guidare il paziente verso i processi di cambiamento attesi, con l'aiuto di specifiche tecniche linguistiche che verranno descritte.

There is no form of interaction that takes place in the absence of language. Whether it is made up of words, symbols or facial expressions or individual sounds, there is no relationship without communication.

In the 70s, with the first axiom of communication, Paul Watzlawick affirmed with extraordinary conviction that "one cannot fail to communicate" and that even the smallest gesture represents a communicative act.

Starting from a brief overview of language studies, from the most ancient traditions to the Palo Alto group of researchers, this work intends to focus attention on the inevitability of the communicative dimension within all relational processes, including the therapeutic one. Precisely in this context, the importance of a conscious and strategic use of language by the integrated strategic therapist is discussed, to guide the patient towards the expected change processes, with the help of specific linguistic techniques that will be described.



1. INTRODUZIONE

Che la comunicazione sia una *conditio sine qua non* dell'esistenza umana, è noto da tempo.

Si narra che nel XIII sec. D.C. l'imperatore Federico II di Svevia ordinò un esperimento per accertare quale fosse la naturale lingua originaria dell'uomo, disponendo che un certo numero di neonati venissero allevati da balie, chiamate a prendersi cura di loro in ogni modo senza tuttavia usare mai alcuna forma di linguaggio nei loro confronti e in loro presenza. Sperava, così, di scoprire se i bambini avessero cominciato spontaneamente a parlare greco, latino o ebraico, ma l'esperimento rimase incompiuto e, come scrisse più tardi il cronico Fra Salimbene da Parma:

“fu fatica vana, perché i fanciulli morirono tutti” (Salimbene, 1296).

Settecento anni più tardi René Spitz offrì la spiegazione di tale risultato catastrofico attraverso i suoi studi sull'ospedalismo e la depressione anaclitica nei bambini istituzionalizzati, sottolineando il ruolo fondamentale del legame madre-bambino già nei primi mesi di vita. Egli osservò che attraverso i sorrisi, le carezze, il contatto fisico, ma anche con le parole ed il tono della voce, il caregiver veicola un mondo simbolico fatto di sensazioni ed emozioni, che stimolano nel bambino una reazione positiva necessaria per il suo corretto sviluppo e per la formazione di un adeguato senso di sé. In assenza di tale interazione, egli andrà incontro ad un intenso stress emotivo, capace di ripercuotersi sul naturale processo di maturazione cognitiva e di dar luogo ad una serie di gravi disturbi fisici e psicologici, fino anche a provocare la morte entro pochi mesi o anni di vita (Spitz, 1973). D'altra parte, il ruolo pregnante del linguaggio nell'interazione umana era stato riconosciuto più di mille anni prima, nella Grecia presocratica, dove la preziosa arte del discorso, nota come retorica, aveva inaugurato l'interesse per il fenomeno della comunicazione in sé, al di là di uno specifico tema contenutistico, ponendosi come importante precorritrice della moderna ricerca sulla comunicazione, che vede nel gruppo di Palo Alto la massima espressione della ricerca sul campo.

Sotto la guida di Paul Watzlawick, tali ricercatori hanno superato la prospettiva tradizionale secondo cui la comunicazione consiste in un mero scambio di informazioni, fondato sull'alternanza delle attività di un emittente e di un ricevente all'interno di un processo lineare ed hanno proposto, di contro, una visione dialogico-conversazionale, nella quale la comunicazione è relazione e deriva da un'attività congiunta di produzione di significati operata dagli interlocutori (Cozzolino, 2008). Ciò che cambia rispetto alla prospettiva tradizionale è il focus dell'attenzione, che viene spostato dall'effetto che la comunicazione ha sul comportamento del ricevente agli effetti che la reazione del ricevente stesso produce sull'emittente, all'interno di un continuo e reciproco scambio (feedback).

Come magistralmente esposto nel manuale “Pragmatica della comunicazione umana”, il gruppo di Palo Alto ha individuato una serie di regole che governano la comunicazione interpersonale e delle quali ogni individuo è consapevole solo in minima parte, evidenziando, al contempo, alcune proprietà stabili che assumono il carattere di assiomi, ovvero di affermazioni basilari, non dimostrabili, insite in ogni processo comunicativo (Watzlawick, Beavin e Jackson, 1971).



2. IL LINGUAGGIO COME STRUMENTO DI CAMBIAMENTO

Non esiste scambio che non passi attraverso una forma di linguaggio, sia esso verbale o non verbale, benché si tenda ad associare il linguaggio quasi esclusivamente alle parole. Assumere tale prospettiva significherebbe sottovalutare la forza comunicativa di espressioni linguistiche in cui è implicito un impulso ad agire e la cui espressione corrisponde all'esecuzione stessa di un'azione. Ne sono un esempio il comando, la promessa, le scuse, "atti linguistici" attraverso cui non si verifica una mera trasmissione di informazioni e contenuti, bensì viene a delinearsi la natura di ogni specifica interazione. Il linguaggio contribuisce, infatti, alla costruzione di significati condivisi, che vanno a costituire la propria immagine del mondo ed orienta la realtà in una specifica direzione. Esso può influenzare stati d'animo, opinioni, comportamenti, ma soprattutto decisioni, agendo, in definitiva, come uno strumento di cambiamento della realtà interna dell'individuo, così come di quella esterna, che egli ne sia consapevole oppure no (Cozzolino, 2008).

Nell'approccio strategico-integrato, linguaggio e comunicazione hanno un ruolo determinante ed ogni azione comunicativa acquisisce una natura relazionale, nella misura in cui si tiene conto di come ogni singolo individuo venga modificato dalle sue specifiche interazioni. In tale cornice, anche il sintomo portato dal paziente acquisisce un nuovo significato e diventa un mezzo attraverso cui egli comunica qualcosa di sé al terapeuta, relativamente alla sua storia, alla sua immagine del mondo, al suo funzionamento. Fatte tali premesse, la possibilità di utilizzare la comunicazione in modo strategico attribuisce a quest'ultima un enorme potere di cambiamento, che può essere consapevolmente indirizzato verso una specifica direzione e verso il raggiungimento di specifici obiettivi. Se ciò è vero nelle interazioni della vita quotidiana, lo è ancora di più all'interno di una relazione terapeutica, dove l'interazione comunicativa non è afinalistica e il professionista agisce all'interno di una relazione caratterizzata da un continuo alternarsi tra simmetria e asimmetria, con lo scopo di condurre il paziente verso specifici traguardi (Celia, 2016).

2.1 L'USO STRATEGICO DEL LINGUAGGIO

L'uso strategico della comunicazione implica l'esercizio di un ruolo attivo e consapevole nell'orientare i processi comunicativi verso il raggiungimento di determinati obiettivi. Ciò è possibile intervenendo, in modo produttivo, sui processi relazionali attraverso la messa in atto di specifiche e complesse competenze che riguardano sia l'area comunicativa che quella emozionale e cognitiva (Cozzolino, 2008).

Tuttavia, benché lo scopo condiviso della psicoterapia, indipendentemente dal modello teorico di riferimento, sia quello di condurre il paziente a cambiare il suo modo di percepire, di elaborare, di interpretare e comunicare la realtà, favorendo in tal modo il passaggio da un rapporto disfunzionale ad uno più funzionale con essa (Watzlawick, 1980), solo recentemente sta cambiando l'atteggiamento dei terapeuti verso quegli interventi considerati "manipolativi" e/o persuasivi. Per molto tempo, infatti, la tradizione psicanalitica e psicodinamica ha difeso fortemente il ruolo del terapeuta come una figura di "non intervento" nel processo di guarigione del paziente, sottovalutando il fatto che, qualsiasi comportamento messo in atto in presenza di un'altra persona, non può non agire un'influenza, di qualsiasi natura, su quest'ultima (Nardone, Watzlawick, 1990). Non a caso, gli studi sui processi comunicativi che conducono alla guarigione delle persone evidenziano che, qualunque sia lo stile retorico e concettuale usato, il terapeuta non può esimersi dall'essere un persuasore, consapevole o inconsapevole (Frank, 1973; Haley, 1976; Nardone, Watzlawick, 1990; Canestrari e Cipolli, 1991). Nell'esercizio del suo ruolo professionale, infatti, egli è visto in ogni caso dal paziente

come l'Esperto e ciò gli conferisce, inevitabilmente, un potere persuasivo che potrà decidere di sfruttare ai fini del buon esito della terapia. Il problema, dunque, non è evitare di manipolare o influenzare il paziente, bensì farlo nel suo interesse e nel modo più efficace, assumendosi la responsabilità di condurlo verso il cambiamento. Proprio il concetto di responsabilità del terapeuta contraddistingue il modello strategico-integrato, nella misura in cui il professionista utilizza, in modo deliberato ed intenzionale, una comunicazione suggestiva ed ipnotica con l'obiettivo di aumentare, in tempi brevi, il potere e l'efficacia delle manovre terapeutiche che condurranno il paziente alla rapida risoluzione dei suoi problemi (Nardone, 1991). In altri modelli terapeutici, suddetta responsabilità è ridotta alla scarsa direttività del terapeuta che si limita ad interpretare ciò che il paziente porta, consegnandogli ogni decisione sui comportamenti (Secci, 2005).

3. LE NOSTRE DUE LINGUE

“Gli esseri umani comunicano sia con il modulo numerico che con quello analogico. Il linguaggio numerico ha una sintassi logica assai complessa e di estrema efficacia ma manca di una semantica adeguata nel settore della relazione, mentre il linguaggio analogico ha la semantica ma non ha nessuna sintassi adeguata per definire in un modo che non sia ambiguo la natura delle relazioni.” (Watzlawick, Beavin e Jackson, 1971).

Così recita il terzo assioma della comunicazione, sottolineando l'esistenza di due diversi moduli attraverso cui l'individuo si esprime.

Nella comunicazione umana, infatti, si può far riferimento agli oggetti o, in senso più esteso, ai significati, dando loro un nome, ovvero utilizzando delle parole che li identifichino mediante una relazione puramente arbitraria con ciò che viene designato, ma che è necessariamente riconosciuta da coloro che usano tali parole all'interno della stessa lingua. Questo perché non c'è alcuna ragione precisa per cui qualsiasi parola debba rappresentare quel determinato significato, ma è frutto di una convenzione semantica al di fuori della quale non esiste nessun'altra correlazione tra la parola e la cosa che la parola rappresenta (*ibidem*). Questa forma di rappresentazione viene definita *digitale* e risponde alle regole della sintassi e della logica. Di contro, il linguaggio *analogico* consiste nell'impiego di segni che hanno con ciò che designano un immediato rapporto di significato, nella misura in cui lo evocano più facilmente attraverso una chiara analogia (Watzlawick, 1980). Per questo motivo non si può comprendere, ad esempio, una lingua straniera semplicemente ascoltandola alla radio, ma si può tuttavia dedurre il senso di alcune informazioni fondamentali anche solo osservando il linguaggio dei segni ed i cosiddetti “movimenti di intenzione”, che comunicano qualcosa nonostante la differenza idiomatica o culturale (Watzlawick, Beavin e Jackson, 1971). Il linguaggio analogico ha un'origine ben più arcaica del modulo numerico, più evoluto ed astratto ed è costituito da ogni forma di comunicazione non verbale, inclusi la prossemica, le inflessioni della voce, la sequenza, il ritmo e la cadenza delle parole ed ogni altra espressione non verbale di cui l'individuo sia capace (*ibidem*).

In definitiva, l'esistenza di due moduli linguistici attraverso cui *costruire* una rappresentazione della realtà dà origine a due differenti immagini del mondo, ovvero due modi distinti di comprendere la realtà circostante che fanno capo, il primo, ad un ragionamento più logico e sequenziale, il secondo, ad un modo olistico-globale di cogliere totalità e forme (Kosslyn, 1995). Utilizzando un'analogia esemplificativa, potremmo dire che, nel primo caso, riusciamo a vedere gli alberi, ma non il bosco che essi formano mentre, nel secondo caso, si vede il bosco ma non i singoli alberi che lo compongono (Watzlawick, 1980). Evidenze empiriche in campo neuroscientifico dimostrano che queste due modalità di

representare la realtà sono controllate da due emisferi cerebrali differenti, di cui ne rispecchiano perfettamente il funzionamento (Sperry, 1981).

3.1 IL LINGUAGGIO DEGLI EMISFERI

Dopo una lunga tradizione di studi su pazienti sottoposti a resezione del corpo calloso per la cura dell'epilessia (i cosiddetti split brain), nel 1981 Roger Sperry ottenne il premio Nobel per la medicina per le sue scoperte sul cervello diviso che dimostravano come il cervello umano sia diviso in due metà speculari, l'emisfero destro e l'emisfero sinistro, anatomicamente e strutturalmente uguali, ma differenti sul piano funzionale e che tuttavia lavorano sempre in modo congiunto comunicando attraverso più di 200 milioni di fibre che costituiscono il corpo calloso. E' a partire da tali studi che si è arrivati a conoscere le rispettive funzioni dei due emisferi, successivamente confermate ed integrate dai moderni strumenti di neuroimmagine. Come è noto l'emisfero sinistro è specializzato nella traduzione della realtà circostante in rappresentazioni logiche, semantiche e fonetiche e sull'interpretazione di questa in chiave logico-matematica. Ad esso competono la logica analitica, la ragione, la ricerca dell'obiettività, il linguaggio, i processi discreti che avanzano per tappe e successioni, la percezione del tempo (Watzlawick *et al.*, 1974). All'emisfero destro competono, invece, i processi visivi, la percezione dello spazio, la simultaneità, la comprensione delle metafore, dei simboli, la dimensione del sogno e gli stati alternativi di coscienza nonché, di fondamentale importanza, la reattività emozionale. Esso è deputato alla comprensione degli insiemi e di tutto quanto rimandi ad una totalità o ad una relazione tra le parti, processando la realtà sotto forma di configurazioni complesse e simultanee (Gazzaniga, 1998). Ma cosa ha a che fare questo con il linguaggio?

3.1.1. IL LINGUAGGIO DELL'EMISFERO DESTRO

Tradurre l'immagine del mondo nella sua totalità ed interezza, così come elaborata dall'emisfero destro, nella lingua digitale della spiegazione, dell'analisi e dell'interpretazione propria dell'emisfero sinistro, implica inevitabilmente la perdita di quella parte di esperienza che non può essere espressa a parole, ma che più di tutto narra *come* l'individuo sta nel mondo. Per questo motivo, affinché il terapeuta possa guidare il suo paziente verso un effettivo cambiamento terapeutico, egli ha bisogno di accedere a questa immagine e di comprendere in che modo il paziente vive la realtà, al di là delle spiegazioni, delle categorizzazioni e delle censure dell'emisfero razionale. Per fare ciò, il terapeuta dovrà imparare ad utilizzare il linguaggio dell'emisfero destro e guidare il paziente, il più delle volte a sua insaputa, in un vero e proprio viaggio di scoperta.

Per approfondire le tecniche linguistiche e, in senso più ampio, terapeutiche, legate all'emisfero destro bisogna far riferimento al campo dell'ipnosi e, senza dubbio, al prezioso lavoro di Milton Erickson, pioniere di un approccio innovativo nel quale l'ipnosi rappresenta la via maestra per comunicare con l'inconscio del paziente e favorire, in tal modo, il processo di cambiamento (Watzlawick, 1980). Nella sua esperienza clinica, Erickson aveva capito che accedere all'emisfero destro offre la possibilità di cambiare il sistema percettivo-reattivo delle persone molto più rapidamente di molti altri modelli psicoterapeutici, profondamente radicati all'idea di fondo che la guarigione debba necessariamente passare per un profondo, e spesso lungo, lavoro di consapevolezza (Haley, 1976). E' proprio a partire da questi insegnamenti che il modello strategico integrato enfatizza l'utilizzo di un linguaggio evocativo in terapia, con l'obiettivo di accedere alla dimensione più profonda e autentica dell'esperienza del

paziente, e quindi al suo emisfero destro, indipendentemente dal fatto che egli ne sia consapevole o meno.

Come sapientemente descritto dal Prof. Mauro Cozzolino nel suo manuale “Le strategie comunicative. Soluzioni per problemi relazionali e professionali” (2008) esistono numerose tecniche linguistiche che permettono di farlo poiché afferiscono ad un linguaggio evocativo.

4. LE TECNICHE LINGUISTICHE

Il linguaggio evocativo consiste, in buona sostanza, in un “parlare per immagini” che vengono evocate da strumenti quali la metafora, l’aneddoto, l’aforisma ed il pensiero narrativo in senso più ampio. Quest’ultimo rappresenta una forma comunicativa molto importante per l’interpretazione del mondo e, soprattutto, per la riorganizzazione della realtà (Cozzolino, 2008). Lo sapeva bene Milton Erickson i cui racconti erano degli straordinari e raffinatissimi strumenti comunicativi attraverso i quali Egli riusciva a indurre nei pazienti una nuova immagine di sé e del mondo, offrendo loro una potente visione alternativa della realtà. Il potere del linguaggio evocativo risiede, infatti, proprio nella capacità di rompere la rigidità interpretativa e comunicativa dell’individuo attraverso un racconto o un’immagine che è, apparentemente, poco importante, ma tuttavia descrive la storia del problema in modo creativo, nuovo, agendo in maniera indiretta sul sistema percettivo-reattivo della persona. L’uso strategico del raccontare storie sta proprio nella possibilità di spostare l’attenzione del paziente su dettagli apparentemente poco rilevanti che agiscono, però, come promotori di cambiamento all’insaputa del paziente stesso, evitando così che si attivino delle resistenze e degli impedimenti in grado di limitare il processo di cambiamento. Proprio perché agiscono in maniera indiretta, metafore e ad aforismi possono essere strumenti molto potenti sul piano terapeutico.

L’*aforisma* rappresenta una forma di conoscenza espressa in modo conciso ed efficace che permette di vedere aspetti ed elementi della realtà nuovi e di leggere in modo diverso problemi o situazioni interpersonali. Comunicare attraverso aforismi significa indurre il paziente a farsi delle domande, ad interrogarsi su aspetti che lo riguardano, agendo nella direzione di un cambiamento (Cozzolino, 2008). La *metafora*, invece, consiste nel trasferimento di un termine dall’oggetto che esso, generalmente, designa ad un altro, indicato per paragone implicito o per analogia (*ibidem*), giocando su una forte valenza emozionale, sensoriale e cognitiva (Orthony, 1975). La natura di questa figura retorica è quella di mettere in relazione, non tanto per evidenziare una somiglianza tra elementi, bensì per illustrare ciò che non è ancora esprimibile (Percy, 1975). In maniera più immediata, l’*analogia* consente un balzo mentale tra un dominio e l’altro della realtà e può essere utilizzata per comprendere una situazione problematica o per trarre nuovi spunti di riflessione (Cozzolino, 2008).

Anche l’uso di *doppi sensi* e di *ambiguità* fonetiche rappresenta una via di accesso all’emisfero destro, nella misura in cui questi sfuggono alla censura logica e critica dell’emisfero razionale che, di fronte a vocaboli foneticamente identici, ma semanticamente opposti, cede la dominanza al destro che sceglierà quello per lui più significativo. Va tuttavia precisato che la lingua italiana è meno adatta dell’inglese a questo artificio linguistico, poiché la natura stessa della lingua non consente simili giochi di parole (Watzlawick, 1980). Meglio noti e più agibili all’invenzione rispetto a queste ambiguità fonetico-semantiche sono quindi le *allusioni*, i *sottintesi* e le *insinuazioni*, frequenti nell’uso quotidiano della lingua, quanto nella comunicazione terapeutica poiché consentono, ancora una volta, di fare arrivare un messaggio aggirando la censura critica dell’emisfero dominante (Bandler & Grinder, 1980).

Il terapeuta strategico integrato può servirsi di ciascuna delle tecniche linguistiche sopra esposte per aggirare le resistenze dell'Interprete, come Gazzaniga (1998) definiva l'emisfero razionale e comprendere il sistema percettivo-reattivo del suo paziente, la costruzione dei significati delle esperienze ed agire, strategicamente e consapevolmente, nella direzione del cambiamento.

Riferimenti bibliografici

- Bandler, R., Grinder, J. (1980), *La metamorfosi terapeutica*, Roma: Astrolabio;
- Canestrari, R., Cipolli, C. (1991), "L'interazione medico-paziente" in Cipolli C., Moja E. (a cura di) *Psicologia Medica*, Bologna: Armando;
- Celia, G. (2016), *La psicoterapia strategico-integrata. L'evoluzione dell'intervento clinico breve*, Milano: Franco Angeli;
- Cozzolino, M. (2008), *Le strategie comunicative. Soluzioni per problemi relazionali e professionali*, Firera & Liuzzo Publishing.
- Frank, J.D. (1973), *Persuasion and Healing*, Baltimore: John Hopkins University Press;
- Gazzaniga, M.S. (1998), *Funzioni diverse per gli emisferi cerebrali*, Le Scienze.
- Haley, J. (1976), *Terapie non comuni. Tecniche ipnotiche e terapia della famiglia*, Roma: Astrolabio;
- Kosslyn, S.M. (1995), "Two types of image generation: evidence for left and right processes", in *Neuropsychology*, 33(11), 1485.
- Nardone, G. (1991), *Suggestione, ristrutturazione, cambiamento. L'approccio strategico e costruttivista alla psicoterapia breve*, Giuffrè;
- Nardone, G., Watzlawick, P. (1990), *L'arte del cambiamento. La soluzione di problemi psicologici personali e interpersonali in tempi brevi*, prima edizione TEA, Milano, 2010.
- Orthony, A. (1975), "Why methaphors are necessary and not just nice", in *Educational Theory*, 25, 1, 45-53;
- Percy, W. (1975), *The message in the bottle*, New York: Farrar, Straus and Giroux;
- Salimbene, (1296), *La bizzarra cronaca di Frate Salimbene*, Lanciano: Carabba;
- Secci, E.M. (2005), *Manuale di psicoterapia strategica. Storia, modelli e strumenti delle psicoterapie brevi strategiche*, Roma: Edizioni Carlo Amore;
- Sperry, R.W. (1981), *Science*, 133, p. 1749.
- Spitz, R. (1973), *Il primo anno di vita* Roma: Armando Editore;
- Watzlawick, P. (1980), *Il linguaggio del cambiamento. Elementi di comunicazione terapeutica*, Milano: Universale Economica Feltrinelli, 2004;
- Watzlawick P., Beavin J.H., Jackson D. (1971), *Pragmatica della comunicazione umana*, Roma: Astrolabio;
- Watzlawick, P., Weakland, J.H., Fisch, R. (1974), *Change. Sulla formazione e la soluzione di dei problemi*, Roma: Astrolabio



dott.ssa Valeria Mari
Psicoterapeuta

COMPLESSO SCOLASTICO
SERAPHICUM



NEWS



La Scuola

Il complesso scolastico



Il Serafino



Complesso Scolastico



Seraphicum

Secondaria
di I grado

Secondaria
di II grado



Corsi



Scupsis

Scuola di Psicoterapia
Strategia Integrata



DM n. 509 del
1998, con decreto
direttoriale del
31/07/2003



Corsi di lingue



Cambridge English



CAMBRIDGE ENGLISH
Language Assessment
Authorised Open Centre



Ministero dell'Istruzione
dell'Università e della Ricerca



United Nations
Educational, Scientific and
Cultural Organization

Member of



UNESCO
Associated
Schools

© 2016 - Powered by Digiting - Hosting by Criluma

www.seraphicum.com

LO STRANO CASO DEL DR. IN MEDICINA

E MR. TERAPEUTA

di Giusy Piumelli

Abstract

Si descrive l'esperienza di relatore di un medico di medicina generale che è anche psicoterapeuta integrato nell'ambito di un congresso sui farmaci antidepressivi nella pratica clinica di medicina generale e di come, anche in tale circostanza, si sia potuto utilizzare il Modello Strategico per attuare una comunicazione più profonda con i partecipanti, integrando su più livelli quali quello cognitivo, affettivo ed emotivo conoscenze scientifiche ed esperienze di relazioni umane e professionali.

The experience of the speaker of a General Practitioner who is also an Integrated Psychotherapist in the context of a congress on antidepressant drugs in clinical practice of general medicine and how, even in this circumstance, it was possible to use the Strategic Model to describe the experience implement deeper communication with the participants, integrating scientific knowledge and experiences of human and professional relationships on multiple levels such as cognitive, of feelings and emotional.

1) Storia di un'integrazione di un medico psicoterapeuta strategico, in un convegno medico sull'uso degli antidepressivi.

Strano caso davvero ritrovarsi da medico, in un consesso medico a parlare dell'utilizzo di antidepressivi e ad essere però, contestualmente, un terapeuta strategico-integrato. Innegabile che specie all'inizio della pratica di terapeuta avvertendo una sorta scissione tra le due professioni, mi sentissi come una "terra di mezzo" contesa tra due forze come nei migliori racconti di Tolkien, finchè, come spesso accade, proprio dal conflitto si giunge alla risoluzione di sé ed alla soluzione del problema. Mi ritrovo dunque ad essere relatrice con un collega medico SIMG esperto di formazione ed un collega psichiatra ad un corso dedicato medici di medicina generale il cui obiettivo fosse definire – in funzione delle caratteristiche principali delle varie classi di farmaci antidepressivi – le loro modalità corrette di impiego e le applicazioni cliniche preferenziali in Medicina Generale. Sicuramente la gestione farmacologica del paziente con disturbi psichiatrici e, nello specifico, con disturbo depressivo non è di facile applicazione e purtroppo spesso neanche di agevole individuazione da parte del MMG. Si era deciso di affrontare nella prima sessione i principali quadri di disturbi dell'umore riscontrabili in medicina generale, prefissando come obiettivo quello di richiamarne le caratteristiche essenziali riscontrabili sui quali il MMG deve essere in grado di formulare un orientamento diagnostico. Comincio la conduzione della sessione ma, anziché impostare una lezione tradizionale, utilizzo uno stile diverso, interattivo, sollecitando l'assemblea dapprima sulla "storia" nell'utilizzo dei farmaci antidepressivi facendo ripercorrere in modalità "maieutica" tappe salienti come 1972: sintesi della fluoxetina ; 1978: Legge 180 sulla chiusura dei manicomi; 1978: Legge 833 la nascita del Sistema Sanitario Nazionale; 1982: fondazione della SIMG; e infine 1986: commercializzazione della fluoxetina e poi SSRI, SNRI, NARI, NASSA, SARI, altro... , con domande del tipo: "dove eravate e cosa facevate in quegli anni, vi ricordate

qualche evento fondamentale accaduto in quel particolare contesto storico o della vostra vita? ". Si è posto l'accento sul fatto che la gran parte dei cosiddetti "problemi mentali comuni" viene gestita esclusivamente nell'ambito delle cure primarie chiedendo se si è d'accordo con questa affermazione e stimolando da subito il confronto. Si rimanda che la Depressione è primo motivo di disabilità (OMS). Una persona depressa su tre lo è ancora dopo un anno, una su dieci deve continuare la terapia dopo cinque anni dal primo episodio, oltre la metà avrà una ricaduta nell'arco della propria esistenza. La concomitanza di altre patologie croniche, come ipertensione o diabete, peggiora la qualità di vita e l'esordio dopo eventi acuti come ictus o IMA è molto frequente e spesso sottovalutato. Inoltre rispetto ai farmaci antidepressivi si evidenzia come la percentuale di persone che assumono in maniera continuativa ed appropriata farmaci antidepressivi è pari solo al 20 %, circa il 50% sospende il trattamento nei primi 90 giorni, mentre il 70% sospende nei primi 6 mesi; si forniscono dati di prevalenza in ambito europeo, nazionale e regionale forniti dallo studio ESEMeD (European Study of Epidemiology of Mental Disorders) e dall'Healt Search. Da tali studi emerge che la prevalenza europea lifetime è del 10,1% mentre quella periodale a 12 mesi è del 3%. Riguardo invece alla prevalenza d'uso dei farmaci si sottolinea che la classe attualmente più usata è quella degli SSRI, con poca considerazione di altri quali ad esempio i multimodali . Mi rendo conto come una diverso stile comunicativo dapprima sollecitante e poi con un tono più profondo, con pause dense delle aspettative di una platea ormai in uno stato di trance, mi consentono di poter accedere ad una trattazione diversa, dove smetto di parlare di numeri, molecole, diagrammi, e inizio a parlare di ciò che in me integra: l'essere umano e, nella fattispecie, del paziente. Propongo quindi sei casi clinici, chiedendo ai presenti quella che secondo loro è la diagnosi più probabile e viene scritta alla lavagna, suscitando considerazioni e discussioni spesso accurate. I casi clinici riguardano pazienti affetti da : depressione con insonnia, depressione con ansia, distimia, disturbo d'ansia generalizzato/disturbo di panico, disturbo bipolare, e depressione in un soggetto con un decadimento neuro-cognitivo. I casi sono eterogenei non solo per patologia ma anche per sesso ed età. Il paziente inoltre "parla" in prima persona della propria sintomatologia, spesso in tono colloquiale ,evidenziando il rapporto privilegiato che spesso si instaura tra MMG e paziente e, molti dei colleghi, entrano in una dimensione diversa, profonda, nella quale attestano somiglianze con pazienti reali, per alcuni di loro è la scoperta di un insight. Al termine del confronto tra colleghi, lo specialista psichiatra commenta quanto emerso dalle simulazioni didattiche e sulle risposte d'aula; fa quindi un excursus sulle patologie esaminate e sugli aspetti sintomatici più salienti e talora sottovalutati nell'approntare la diagnosi. Lo psichiatra inoltre tiene una lezione frontale sui vari disturbi in esame, ricordandone la sintomatologia, i dati statistici di incidenza e prevalenza, la modalità di esordio, l'andamento di patologia. Vengono quindi nuovamente proiettati uno dopo l'altro i sei casi. Sulla base delle diagnosi viene chiesto ai presenti di dare un loro parere sulla terapia farmacologica che prescriverebbero a ciascun paziente e vengono scritte alla lavagna, caso per caso. Di ciascuna terapia, oltre alla molecola viene richiesta la motivazione in base alle proprietà farmacocinetiche e farmacodinamiche del farmaco, la posologia, la durata del trattamento, i parametri della eventuale sospensione, eventuali associazioni farmacologiche, e se utilizzerebbero altre forme di terapia. Si richiede inoltre in quali casi sarebbero responsabili completamente nel trattamento del paziente, e quali invierebbero invece in strutture specialistiche. In tutti i casi , i medici prendono

in considerazione anche il trattamento in psicoterapia. Viene pertanto loro rimandato quanto la psicoterapia possa essere efficace, proponendo prove a supporto con taglio medico-scientifico. Si apre così una conversazione piena di vivo interesse durante la quale non posso esimermi dallo spiegare il modello strategico-integrato, specie considerando che per molti di loro l'unico orientamento conosciuto è quello cognitivo-comportamentale. Al termine di tutti i casi, lo psichiatra fa i suoi commenti sulle terapie proposte, caso per caso, fornendo le opportune correzioni ed adeguando la terapia non a ciascun disturbo, ma a ciascun paziente, tenendo conto anche delle caratteristiche più intime e personali degli stessi. C'è quindi un altro momento di lezione frontale tenuto dallo psichiatra sia sui criteri di scelta dei farmaci, che sulle interazioni farmacologiche. In chiusura pongo l'attenzione su come il medico di Medicina Generale sia la figura sanitaria più prossima e più facilmente interpellabile nei casi di disturbi dell'umore, è infatti sicuramente il primo professionista che può cogliere, ben conoscendo i suoi pazienti, dei campanelli dall'allarme che restano misconosciuti ad altri ed essere il primo attore nell'inviare il paziente a contesti specialistici di assistenza e cura. Si rimarca come attraverso uno stile comunicativo diverso nella conduzione del convegno possa aver aperto scenari non preventivati, abbia loro consentito di accedere ad una profondità diversa alle loro conoscenze ed esperienze, e quanto ciò non sia sfuggito ad un occhio osservatore che ha seguito le dinamiche della platea, sintonizzandosi attimo per attimo con essa. Il convegno e la comunicazione in essa utilizzata diventano metafora di ciò che avviene nella terapia psicologica, ma anche una chiave di volta per i pazienti che giungono alla nostra osservazione tanto nell'impostare una terapia farmacologica quanto nell'avviarli ad uno specialista e/o ad uno psicoterapeuta. Lo spostamento del focus attentivo dalla patologia al paziente, consente a quest'ultimo di poter essere compliant e aderente alla terapia, come successo durante il congresso nel proporre come co-attori i membri della platea così da far emergere soluzioni diverse e più consapevoli. Al termine del convegno mi sentivo anch'io integrata, ero riuscita ad essere contestualmente medico e terapeuta strategico-integrato, a far dialogare due arti tanto affascinanti quanto complesse di cui mi sento completamente intrisa, a compendiare tanto i saperi medici e quelli psicoterapeutici, fusi in un'unica arte, nel quale si embricano e compendiano competenze e specificità intellettive, affettive ed emotive, senza soluzione di continuità in un dialogo creativo e perfetto.

“...dobbiamo avere il coraggio di accettare che la terapia è un'arte che può essere insegnata come tale, e può essere praticata con la fantasia e la creatività di un artista”(Madanes C.).

Riferimenti bibliografici

SIMG – Scuola Di Alta Formazione – Progetto “Farmaci per la Depressione” – Programma corso periferico 13/11/2018 (pagg.1, 2, 3);

Studio ESEMeD - European Study on the Epidemiology of Mental Disorders – dati epidemiologici 2016

WHO World Mental Health Survey Initiative – dati pubblicati nel 2018

Health Search – dati pubblicati nel 2016



Dr.ssa Giusi Piumelli

medico di Medicina Generale, psicoterapeuta Strategico Integrato

Un modello di didattica innovativa.

Formare gli studenti per
far fronte alle sfide
del 21esimo secolo,
creativi e innovatori,
disponibili al cambiamento.



Digital Learning A.S.2020/2021
dotazione di un iPad ad ogni alunno iscritto.

innovazione didattica
dalla primaria al liceo

www.seraphicum.com

Roma - Via del Serafico, 3 Tel. **06.51.90.102**



NIDO *Bilingue*

SCUOLA INFANZIA *Bilingue*

PRIMARIA

SECONDARIA DI PRIMO GRADO

LICEO SCIENTIFICO TRADIZIONALE

LICEO SCIENTIFICO SPORTIVO

LICEO SCIENTIFICO QUADRIENNALE

LICEO LINGUISTICO

LICEO MUSICALE E COREUTICO

SCUP SIS

COMPLESSO SCOLASTICO
SERAPHICUM

SCUOLA DI PSICOTERAPIA STRATEGICA INTEGRATA



OBIETTIVI

La scuola ha come obiettivo la formazione teorico-pratica sul metodo di “**Psicoterapia strategica**” nella sua forma più moderna: quella integrata. Questo innovativo metodo di applicazione parte da un presupposto di integrazione e flessibilità. Integra fra loro gli indirizzi metodologici poststrutturalisti di terapia breve con altri approcci di terapia:

- l'approccio di terapia breve focalizzato sul problema
- l'approccio di terapia breve focalizzato sulle soluzioni
- l'approccio narrativo
- l'approccio sistemico-relazionale
- l'approccio analitico
- l'approccio cognitivo-comportamentale

Questa impostazione dà l'opportunità allo psicoterapeuta di scegliere la strategia di lavoro migliore per raggiungere, nella maniera più efficace, la risoluzione dei problemi che i clienti portano ed evita, inoltre, le classiche rigidità di setting (Watzlawick, Nardone, 1997).

Questo modello consente di lavorare con: l'individuo, la coppia, la famiglia, i gruppi e in diversi contesti applicativi (organizzativo, giuridico, educativo, riabilitativo, ecc..).

PROGRAMMA FORMATIVO

Il programma di formazione ha durata quadriennale, per un monte ore complessivo di 2000 ore. Il monte ore è ripartito per ogni anno accademico in 500 ore, di cui:

- **231 ore teoria;**
- **150 ore di tirocinio in strutture pubbliche e private.**
- **119 ore di formazione teorico-pratiche così suddivise:**
 - 19 ore di gruppo esperienziale**
 - 65 ore di ricerca;**
 - 35 ore di psicoterapia o di supervisione**

ISCRIZIONE

I candidati devono inoltrare domanda di ammissione al Direttore della scuola entro il **30 Novembre** con allegato:

- certificato di laurea
- il curriculum didattico e professionale
- tre foto formato tessera
- ricevuta di versamento della quota per iscrizione di € 500,00.

La quota di iscrizione sarà restituita in caso di non ammissione alla scuola.



SCUP SIS
SCUOLA DI PSICOTERAPIA
STRATEGICA INTEGRATA
SERAPHICUM

Via del Serafico, 3 | 00142 Roma
(zona EUR) - Metro Linea “B”
fermata Laurentina

www.scupsis.org



La SCUP SIS - Scuola di Psicoterapia Strategica Integrata Seraphicum è nata nel 2003 ed è stata riconosciuta dal MIUR Direzione Generale per l'Università, ai sensi del DM n. 509 del 1998, con decreto direttoriale del 31/07/2003. La Scuola segue il modello di Psicoterapia Strategica Integrata e propone un corso quadriennale di specializzazione post-laurea in Psicoterapia per psicologi e medici.

DOCENTI ORDINARI

GARANTE SCUP SIS Prof. Sergio Salvatore

professore ordinario di Psicologia Dinamica, presso il Dipartimento di Storia, Società e Studi sull'uomo Università del Salento. Psicologo, specialista in Psicologia Clinica. Psicoterapeuta, formatore e consulente di istituzioni, scuole, strutture sanitarie, organizzazioni. Vice Presidente AIP (Associazione Psicologia Accademica) 2018. Membro del Board on Educational Affairs EFPA 2016-18.

Prof. Giovanna Celia (Phd, Psicologa, Psicoterapeuta, Direttore della rivista Psicologia e Psicoterapia Oggi, Presidente del Comitato Scientifico, Prof.ssa presso l'Università degli studi di Foggia)

Prof. Mauro Cozzolino (Prof. di Psicologia Generale e dell' integrazione Mente - Corpo - Università degli Studi di Salerno)

Dr. Paola Matteucci (Psicologa, Psicoterapeuta, Sessuologa Clinica, Terapeuta EMDR, Direttore Scientifico e Docente del Master in Sessuologia Clinica, presso il Centro Italiano Formazione, Ricerca e Clinica in medicina e psicologia di Napoli)

Dr. Sara Velardi (Psicologa forense, Psicoterapeuta)

Dr. Annarita Sidari (Psicologa, Psicoterapeuta)

Dr. Gianpaolo Salvatore (Psichiatra, Psicoterapeuta - Socio Fondatore del Centro Terapia Metacognitiva Interpersonale, Roma)

Dr. Giovanni Saladino (Psichiatra, Psicoterapeuta, Sessuologo Dirigente ASL Caserta)

Dr. Annamaria Casale (Psicologa, Psicoterapeuta)

Dr. Maria Grazia Scribano (Psicologa, Psicoterapeuta - Giudice onorario al Tribunale dei Minorenni di Roma)

Prof. Marco Innamorati (Psicologo, Psicoterapeuta, Professore associato di Psicologia dinamica presso l'Università di Roma "Tor Vergata")

Dr. Simona Abate (Psicologa-Psicoterapeuta, Ospedale Sant. Andrea, Università La Sapienza di Roma)

Dr. Enrico M. Secci (Psicologo, Psicoterapeuta, Co-fondatore e responsabile scientifico per la Collana Psicologia e Psicoterapia dell'Editore Ebokecm)

Prof. Vincenzo Mastronardi (Psichiatra, Criminologo Clinico e Psicopatologo forense- Sapienza Università di Roma, Direttore del Master in Criminologia Scienze investigative e della Sicurezza Unitelma-Sapienza)

DOCENTI STRAORDINARI

Dr. Richard Hill

(Phd, Psicoterapeuta, Ipnoterapeuta Australia)

Dr. Consuelo C. Casula

(Psicologo, Psicoterapeuta, Presidente ESH- Società Europea Ipnosi)

Prof. Giorgio Nardone

(Psicoterapeuta - Centro di Terapia Strategica di Arezzo)

Prof. Ernest L. Rossi

(Ph. D - Direttore del Milton Erickon Institute of California Central Coast)

Dr. Roxanne Erickson

(Phd, Co-Fondatrice e vice presidente della Milton Erickson Foundation)

Prof. Roger Solomon

(Ph. D, membro anziano dell'EMDR Insitute, consulente del Senato USA, della NASA e di varie forze dell'ordine statunitensi, collabora con la Direzione Centrale di Sanità della Polizia di Stato italiana)

Prof. Manuel B. Villegas

(Prof. Titolare Universitario - Università di Barcellona)

Prof. Pompili Maurizio

(Phd, Direttore del Centro di prevenzione del suicidio dell'Ospedale Sant. Andrea, Università la Sapienza di Roma)

Dr. Bart Walsh

(Phd, Direttore dell'Istituto Milton Erickson di Portland, USA)



Segreteria

Tel. (+39) 06 51.90.102

Fax (+39) 06 51.90.427

segreteria@scupsis.org

segreteria@seraphicum.com

LA TERAPIA STRATEGICO INTEGRATA APPLICATA ALL'ETÀ EVOLUTIVA:

COSTRUIRE UN PIANO TERAPEUTICO CON L'AUSILIO DI STORIE, METAFORE E FITOTERAPIA. IL CASO DI D. E LA STORIA DI HARRY POTTER.

di Simona Pierini

Abstract

Il presente articolo tratta un caso clinico, sviluppato su piu' livelli: individuale, familiare, scolastico. Viene presentato il piano terapeutico facendo riferimento alle tecniche della terapia strategica integrata, le prescrizioni, le metafore. In particolar modo l'enfasi è sulla possibilità di lavorare con il bambino attraverso l'utilizzo della storia di Harry Potter, facendo riferimento alle sue passioni e risorse. Un caso clinico che mostra l'opportunità di applicare la terapia strategica integrata sia in modo diretto, con il bambino, sia in modo indiretto, con i genitori.

This article deals with a clinical case, developed on several levels: individual, family, school. The therapeutic plan is presented with reference to the techniques of integrated strategic therapy, prescriptions, metaphors. In particular, the emphasis is on the possibility to work with the child through the use of the Harry Potter's story, referring to his passions and resources. A clinical case that shows the opportunity to apply integrated strategic therapy both directly, with the child, and indirectly, with parents.



Introduzione

La strada privilegiata in terapia strategica integrata applicata all'età evolutiva è, senza dubbio, quella della terapia indiretta, soprattutto quando si tratta di prima infanzia. Il primo contatto avviene quasi sempre attraverso i genitori e con loro si lavora indirettamente per il bambino e per la risoluzione della problematica.

Il processo valutativo non ha solo lo scopo infatti di diagnosticare o di valutare il bambino, ma innanzitutto si pone l'obiettivo di valutare i genitori e di sviluppare una relazione collaborativa con loro.

Questo modo di procedere trasforma i genitori in partner che possono lavorare con il terapeuta per comprendere come aiutare il figlio. Insieme, genitori e terapeuta, possono cercare di trovare un accordo per cui è chiaro per tutti che ci sono dei problemi che vanno oltre la storia personale del figlio (Nowick, Nowick, 2013).

Nei casi in cui l'età del bambino/a è uguale o superiore a 10/11 anni (parametro indicativo) è possibile ipotizzare un lavoro anche con il bambino, parallelo al sostegno genitoriale che rimane sempre un caposaldo del percorso stesso.

L'osservazione diretta e sistematica del bambino, insieme ai racconti della coppia genitoriale e, laddove è possibile, degli insegnanti della scuola, rappresentano un canale metodologico per effettuare una valutazione clinica che aiuti a comprendere le dimensioni cognitive, affettive e sociali del bambino e della relazione genitori/bambino.

Nel bambino spesso mancano motivazione ed interesse ad un incontro con il terapeuta, poiché questo incontro è deciso da altri e raramente ne comprende le ragioni; per questo motivo è molto importante che il terapeuta stabilisca un contatto con lui stimolandolo, coinvolgendolo e facendolo sentire a proprio agio. Il canale preferenziale rimane sempre e comunque il GIOCO.

È all'interno del gioco che il bambino comunica emozioni e pensieri; allo stesso modo il gioco ha una funzione terapeutica, perché aiuta i bambini a risolvere conflitti e conoscere meglio se stessi.

Il gioco deve rispondere agli interessi del bambino affinché il terapeuta possa entrare in relazione con lui e costruire un rapporto di fiducia.

Per gioco intendiamo anche l'utilizzo delle storie nella stanza del terapeuta.

La storia consente di lavorare, tra le altre cose, sul cambiamento della narrazione e, quindi, sul cambiamento della realtà. La storia inoltre ci consente di utilizzare le metafore per dare significati diversi alle situazioni ma più facilmente condivisibili con i bambini, poiché consente di generalizzare un'esperienza vissuta permettendo così al bambino di "giocare" con una situazione dalla quale può, con maggiore leggerezza, prendere le distanze.

Il caso di seguito esposto è stato strutturato seguendo gli interessi e le passioni del bambino e costruendo su questi il percorso terapeutico. Questo ha consentito una buona

alleanza e la creazione di un buon rapporto di complicità e fiducia con il terapeuta. Secondo il principio Ericksoniano dell'utilizzazione, sono state affrontate difficoltà e cambiamento, utilizzando la storia di cui il bambino era appassionato: Harry Potter.

La saga di Harry Potter ha consentito di utilizzare le metafore (strumenti cari alla terapia strategica) aggirando la mente conscia e inserendo il bambino in un contesto "fantastico" dove ha potuto sperimentare, attraverso esperienze emozionali correttive, soluzioni alternative e avviare così il processo di cambiamento

Il terapeuta ha accompagnato il bambino nella ricerca dei punti in comune e dei legami della sua storia personale con quella del suo beniamino, Harry Potter, e utilizzato le possibilità che la storia fantastica offriva per prescrizioni e nuove possibili interpretazioni della realtà.

L'inizio del viaggio terapeutico parte proprio da qui...

"Tutti i grandi maghi della storia hanno iniziato essendo niente di più di quello che siamo noi: studenti. Se loro ce l'hanno fatta, perché noi no?"

1.1 Il caso e la strutturazione dell'intervento: colloqui con i genitori e definizione degli obiettivi terapeutici

A seguito dei colloqui di indagine svolti dal terapeuta con la coppia genitoriale e con le insegnanti di scuola del bambino, emerge una scarsa autostima, che si cela dietro un atteggiamento solo apparentemente spavaldo, ma che in realtà nasconde una profonda insicurezza; un inadeguato sviluppo dell'intelligenza emotiva e un forte legame alla prestazione (strettamente collegata alle richieste genitoriali) che gli rende difficile da una parte accettare l'errore e dall'altra gli offre una possibile soluzione per essere accettato, cercando di essere "visto", esimendosi platealmente dal "compito". Queste difficoltà di fondo si manifestano in comportamenti a volte oppositivi, in una mancanza di desiderio di partecipare alla vita scolastica e in un umore spesso "down" o, al contrario, irrequieto e nervoso.

Vista l'età del bambino, 11 anni, si è quindi deciso di strutturare un intervento che prevedesse anche un lavoro direttamente con D., alternandolo ad incontri di sostegno genitoriale, per poter così procedere verso un obiettivo comune. Si è cercato inoltre di coinvolgere anche la scuola, attraverso alcuni suggerimenti e indicazioni forniti alle insegnanti del bambino.

Gli obiettivi definiti con i genitori, a seguito della condivisione dell'ipotesi diagnostica (che li vedeva responsabili di alcune strutture disfunzionali del figlio ma anche, e soprattutto, potenziali risolutori) e del suggerimento di percorso attuabile, sono stati i seguenti:

- Allentare il parametro della prestazione sul figlio, imparando a concentrare l'attenzione sul COME piuttosto che sul COSA possa avvenire all'interno del processo di raggiungimento di un obiettivo

- Sviluppare una complicità emotiva con D. che lo aiutasse a sentirsi accettato per ciò che “era”, piuttosto che per ciò che “faceva”
- Strutturare momenti ludici esclusivi con il figlio, che prescindessero quindi da quelli strettamente legati al “compito” (dimensione manchevole da diversi anni ed espressamente richiesta anche dal bambino, come di seguito verrà esposto)

1.2 L'alleanza con il bambino e la definizione degli obiettivi

Secondo il principio di capacità di elaborazione delle informazioni e di autoregolazione del bambino, gli obiettivi vengono condivisi anche con lui, cercando una modalità di incontro tra i suoi “desideri” e gli obiettivi del percorso psicoterapico, per lui non sempre pienamente comprensibili.

Il primo passo nel lavoro con i bambini è quello di creare alleanza e fiducia con il terapeuta; la strada maestra è senza dubbio l'utilizzo, in termini ericksoniani, delle risorse e delle passioni del bambino stesso.

Il terapeuta è quindi chiamato a plasmare il suo lavoro, dotandolo costantemente di nuovi significati, su onde creative e fantasiose, alternando realtà e immaginazione e aiutando così il bambino a riscrivere la propria storia individuale.

Nel presente caso, D. è, come detto, un appassionato lettore di Harry Potter; il percorso quindi, come suddetto, è stato pensato come un vero e proprio “viaggio dell'eroe”. Il minore, come Harry, inizia così a credere di appartenere a quella categoria di “eroe determinato” che troverà sempre e comunque il coraggio di andare avanti e arrivare ad un lieto fine. È stato quindi proposto al bambino questo viaggio insieme, affiancato dalla creazione di un vero e proprio libro che lo vedesse protagonista di questa avventura (Bumbaca,2019)

Attraverso il disegno è stato creato il protagonista, che rappresenta il bambino stesso, gli è stato assegnato un nome di fantasia e sono state individuate 3 cose che lo caratterizzano, e che raccontano qualcosa di lui, e tre che invece vorrebbe cambiare.

Questa tecnica aiuta il terapeuta da una parte a comprendere meglio il mondo interiore del bambino, dall'altra a monitorare il processo di cambiamento durante il percorso terapeutico.

Per la definizione degli obiettivi con il bambino si è deciso di utilizzare, attraverso la videoproiezione della scena del film, la parte della storia di Harry Potter relativa al suo incontro con lo specchio magico.

In questa scena Silente¹ dice a Harry:

“ L'uomo più felice della terra riuscirebbe ad usare lo specchio delle brame come un normale specchio, vale a dire che guardandosi dentro, vedrebbe se stesso esattamente

com'è". Lo specchio di cui parla infatti ha un'iscrizione con su scritto: "*Non rifletto il volto ma il cuore*", ovvero i desideri nascosti di ciascuno di noi.

È stato quindi chiesto al bambino di guardare dentro lo specchio e di pensare a tre desideri (per lui importanti ma che abbiano un senso di realtà per il percorso terapeutico) da lui individuati in:

- Vorrei essere più felice
- Vorrei trascorrere più tempo da solo con i miei genitori
- Vorrei saper fare una magia per scomparire ogni volta che non ho voglia di stare in un posto e mi sento triste (indice di scarsa adattabilità al contesto e scarsa autostima)

Gli obiettivi definiti dal bambino sono del tutto coincidenti con gli obiettivi della terapia e con gli obiettivi già condivisi con i genitori:

essere più felice è strettamente legato all'autostima e al senso di auto efficacia, così come trovare nuovi modi per "stare" anche in posti che non gli piacciono o che lo fanno sentire triste (attraverso la scoperta e il riconoscimento delle sue risorse). Quest'ultimo obiettivo è stato quindi ripensato insieme al bambino, concordando che non era possibile fare la magia per scomparire ma che abbiamo molto potere di imparare a stare in modi diversi, più allegri e divertenti, e senza sentirci tristi. La "magia di scomparire" è stata quindi ristrutturata con il bambino come la magia di "essere capace di stare bene dove si trova" e di poter imparare a tollerare la frustrazione. Entrambi questi aspetti richiedono un lavoro di sviluppo dell'intelligenza emotiva, ben definito anche negli obiettivi genitoriali. Infine, il desiderio di trascorrere del tempo esclusivo con i suoi genitori, è stato ampiamente definito come rimodellamento comportamentale e organizzativo dei genitori per far sì che la relazione con il figlio nutrisse D. di sicurezza ed affetto .

2.1 Il lavoro sull'intelligenza emotiva con i genitori

Parallelamente il sostegno genitoriale è stato caratterizzato dalla restituzione della strutturazione del lavoro con il bambino, degli obiettivi condivisi con lui (facendo vedere loro il comune denominatore tra gli obiettivi fissati insieme e quelli emersi nel lavoro con il figlio).

Si è iniziato a lavorare con la coppia genitoriale attraverso prescrizioni create ad hoc per iniziare a sperimentare nuove modalità di relazione con il figlio, più empatiche, sostituendole gradualmente al bisogno di determinare il valore in termini di prestazione.

La prescrizione è una tecnica di intervento della terapia strategica, costruito su misura per particolari tipi di problemi. Sono compiti che la persone (nel nostro caso, i genitori) deve seguire tra una seduta e l'altra con l'obiettivo di far vivere al paziente un'esperienza concretamente diversa nei confronti della difficoltà che incontra e che sta affrontando nel percorso terapeutico (Celia,2016)

2.2 Il lavoro sull'intelligenza emotiva: il coinvolgimento della scuola

Lo scopo di questo passaggio è stato quello di incoraggiare comportamenti pro sociali, incrementare sentimenti di accettazione e autostima, fronteggiare gli stress emotivi e le relazioni interpersonali con atteggiamenti di collaborazione, solidarietà e mutuo aiuto. Per questo ultimo aspetto in particolare, si è deciso di coinvolgere le insegnanti. La scuola rappresenta il terreno ideale per lavorare su queste dimensioni, considerando l'opportunità di inserire tutto questo nel gruppo dei pari.

La scuola è una palestra dove si possono ben sostenere gli sviluppi di competenze emotive (oltre che cognitive e relazionali).

Si è quindi suggerito alle insegnanti di utilizzare di volta in volta degli strumenti (circle time, brainstorming, role playing, gioco della finestra) sia con e per i bambini, sia per un lavoro su se stesse.

Inoltre, è stato consigliato il “gioco della finestra”; rappresenta una prescrizione, un compito per le insegnanti stesse che, partendo dalla domanda: *“Questo comportamento chi danneggia, a chi impedisce di lavorare?”* ha l'obiettivo di aiutare gli insegnanti a comprendere meglio quali sono secondo lui/lei i comportamenti accettabili e quelli inaccettabili. L'obiettivo è quello di vedere il risultato in modo critico e comprendere dove la flessibilità consentirebbe di essere più tollerante di alcuni comportamenti individuali degli studenti (nello specifico di D.) che di fatto non “danneggiano” e lasciano lui la libertà di espressione, e dove, invece, il rispetto delle regole deve essere perseguito con più rigore (D'Ambrosio, Garra, Modolo).

2.3 Il lavoro sull'intelligenza emotiva con il bambino

Il lavoro nello studio del terapeuta per sostenere il bambino nella capacità di imparare a riconoscere e nominare le emozioni (nonché, infine, utilizzarle) ha proseguito attraverso diversi giochi che hanno consentito al bambino di comprendere meglio cosa succede a livello psico emotivo quando si trova in determinate situazioni in cui invece di essere felice e contento (come desidererebbe) si sente nervoso senza sapere il perché (e vorrebbe fare la sua magia Potteriana di scomparire).

Tra i vari strumenti utilizzati e giochi proposti, viene qui riportata un'attività che favorisce il riconoscimento delle emozioni che possono manifestarsi durante la giornata.

In una scatola vengono riposti 6 cappelli di diversi colori che rappresentano 6 emozioni diverse (amore/rosso; felicità/giallo; tristezza/blu; rabbia/nero; paura/viola; noia/grigio). Il bambino è invitato ad indossare di volta in volta un cappello e raccontare un episodio in cui ricorda di aver provato quella emozione. Abbinando l'emozione all'evento, sarà più facile per il bambino recuperare il significato emotivo in altre situazioni. Il bambino può anche prendere più cappelli durante il suo racconto dell'evento, considerando che un solo episodio può suscitare emozioni diverse (D'Ambrosio, Garra, Modolo). Sarà il terapeuta ad accompagnare il minore nel fare chiarezza rispetto ai singoli momenti e alle specifiche emozioni che si sono succedute.

2.2 Il lavoro sull'intelligenza emotiva: il coinvolgimento della scuola

Lo scopo di questo passaggio è stato quello di incoraggiare comportamenti pro sociali, incrementare sentimenti di accettazione e autostima, fronteggiare gli stress emotivi e le relazioni interpersonali con atteggiamenti di collaborazione, solidarietà e mutuo aiuto. Per questo ultimo aspetto in particolare, si è deciso di coinvolgere le insegnanti. La scuola rappresenta il terreno ideale per lavorare su queste dimensioni, considerando l'opportunità di inserire tutto questo nel gruppo dei pari.

La scuola è una palestra dove si possono ben sostenere gli sviluppi di competenze emotive (oltre che cognitive e relazionali).

Si è quindi suggerito alle insegnanti di utilizzare di volta in volta degli strumenti (circle time, brainstorming, role playing, gioco della finestra) sia con e per i bambini, sia per un lavoro su se stesse.

Inoltre, è stato consigliato il “gioco della finestra”; rappresenta una prescrizione, un compito per le insegnanti stesse che, partendo dalla domanda: *“Questo comportamento chi danneggia, a chi impedisce di lavorare?”* ha l'obiettivo di aiutare gli insegnanti a comprendere meglio quali sono secondo lui/lei i comportamenti accettabili e quelli inaccettabili. L'obiettivo è quello di vedere il risultato in modo critico e comprendere dove la flessibilità consentirebbe di essere più tollerante di alcuni comportamenti individuali degli studenti (nello specifico di D.) che di fatto non “danneggiano” e lasciano lui la libertà di espressione, e dove, invece, il rispetto delle regole deve essere perseguito con più rigore (D'Ambrosio, Garra, Modolo).

2.3 Il lavoro sull'intelligenza emotiva con il bambino

Il lavoro nello studio del terapeuta per sostenere il bambino nella capacità di imparare a riconoscere e nominare le emozioni (nonché, infine, utilizzarle) ha proseguito attraverso diversi giochi che hanno consentito al bambino di comprendere meglio cosa succede a livello psico emotivo quando si trova in determinate situazioni in cui invece di essere felice e contento (come desidererebbe) si sente nervoso senza sapere il perché (e vorrebbe fare la sua magia Potteriana di scomparire).

Tra i vari strumenti utilizzati e giochi proposti, viene qui riportata un'attività che favorisce il riconoscimento delle emozioni che possono manifestarsi durante la giornata.

In una scatola vengono riposti 6 cappelli di diversi colori che rappresentano 6 emozioni diverse (amore/rosso; felicità/giallo; tristezza/blu; rabbia/nero; paura/viola; noia/grigio). Il bambino è invitato ad indossare di volta in volta un cappello e raccontare un episodio in cui ricorda di aver provato quella emozione. Abbinando l'emozione all'evento, sarà più facile per il bambino recuperare il significato emotivo in altre situazioni. Il bambino può anche prendere più cappelli durante il suo racconto dell'evento, considerando che un solo episodio può suscitare emozioni diverse (D'Ambrosio, Garra, Modolo). Sarà il terapeuta ad accompagnare il minore nel fare chiarezza rispetto ai singoli momenti e alle specifiche emozioni che si sono succedute.

Al termine dell'esperienza al bambino viene chiesto di realizzare un quadro delle emozioni emerse che hanno caratterizzato l'evento raccontato; proiettarle sul foglio e visualizzarle gli consentirà di memorizzare meglio l'associazione evento-emozione.

Nell'affrontare un evento che aveva fatto provare paura a D., si è lavorato sulla possibilità strategica di “nominare l'innominabile” per creare un effetto potente e catartico, permettendo all'elaborazione bloccata di ripartire. È stata utilizzata ancora una volta la storia di Harry Potter e in particolare la possibilità per il protagonista della storia di nominare espressamente ciò che gli faceva male, renderlo comprensibile e riuscire ad attraversarlo. Nella storia di Harry Potter la lotta a Valdemort² si basa proprio sul fatto di riuscire a chiamare le cose con il proprio nome (Di Croce, 2019).

Valdemort all'inizio è super maligno e non viene mai nominato: questo rafforza il suo potere. Con questa metafora, il terapeuta ha accompagnato e sostenuto il bambino attraverso l'opportunità di nominare le sue paure, proprio come fa il suo beniamino nella storia, alle prese con la lotta contro Valdemort.

Imparare a riconoscere e verbalizzare le proprie emozioni significa anche contribuire ad una buona autostima. È importante aiutare il bambino a riconoscere i propri sentimenti, spiegando che provare una particolare emozione o sentimento non vuol dire che si continuerà a provarlo per sempre. Un bambino può provare imbarazzo a partecipare ad una festa in cui non conosce nessuno ma questo non vuol dire che lui è sempre un bambino imbarazzato.

3.1 Il lavoro sull'autostima con i genitori

Alla coppia genitoriale, successivamente ad incontri di psico-educazione (dove si è lavorato espressamente nel ristrutturare con i genitori il concetto di apprendimento e aver condiviso il principio per cui si apprende veramente qualcosa solo tramite le proprie capacità), sono state prescritti diversi compiti che afferiscono alla tradizione strategica breve.

I bambini, come tutti i genitori sanno, sono estremamente plasmabili dai comportamenti concreti che mamma e papà hanno con loro. Ma ciò che molti genitori ignorano è che sono altrettanto sensibili anche a quello che i genitori pensano di loro, a come li vedono, a ciò che si aspettano da loro. Infatti, il modo in cui un genitore percepisce il figlio, le caratteristiche che gli attribuisce, le capacità e i difetti che vede in lui influenzano le sue interazioni trasmettendo al bambino, spesso implicitamente, messaggi del tipo:” io ti vedo così”.³ (Nardone, 2012)

È stata utilizzata la prescrizione di “osservare senza intervenire”, di cui racconta Nardone nel suo lavoro (Nardone, 2012)

Rispetto alla prestazione legata ai compiti a casa, è stato prescritto ai genitori di dare fiducia al bambino e lasciare che li facesse da solo, alternando aiuto e autonomia. Il bambino quindi è invitato a fare i compiti da solo e il genitore si rende disponibile a ricontrollare quando avrà finito. D. ha potuto così sperimentare le proprie risorse sotto

la guida però del genitore, il quale ha limitato l'aiuto solo all'inizio e alla fine di un compito, affinché il bambino potesse acquisire sicurezza. (Nardone, 2012)

3.2 Il lavoro sull'autostima con il bambino

Per lavorare sull'autostima si è fatto ancora una volta appello alla storia di Harry Potter, immaginando con il bambino che alla scuola di magia fosse il giorno delle premiazioni.

È stato invitato D. ad immaginare che lui avrebbe potuto essere premiato per alcune cose che sentiva di aver fatto bene e per le quali riteneva giusto ricevere un premio. Queste tre cose da lui individuate sono state disegnate sul suo libro del viaggio dell'eroe. In questo modo si trasforma un disegno in una strategia e allo stesso tempo in una prescrizione, come di seguito spiegato.

D. viene incoraggiato, nel momento di difficoltà, a ricordare uno dei disegni che rappresenta una delle cose che lui pensa di aver fatto bene, in cui si è sentito efficace, invocando la magia di "Incanto Patronus" (Di Croce, 2019), ovvero, nel momento di difficoltà, concentrarsi su un pensiero positivo o su un ricordo felice da lui rappresentato nel disegno e legato quindi alle sue risorse

Altrettanto importante risulta lavorare con il bambino sulla "possibilità dell'errore". Viene quindi chiesto a D. di disegnare le cose che invece sta ancora imparando e su cui sta lavorando, in cui ancora non si sente capace ma che vede e riconosce. D. raffigura una sedia che rappresenta la sua difficoltà a stare seduto durante quelle che, per lui, sono lunghissime giornate scolastiche. Per aiutare il bambino a trovare altre strategie e soluzioni più funzionali rispetto a quelle utilizzate fino a quel momento, sono state utilizzate le tecniche di immaginazione

È stato chiesto a D. di chiudere gli occhi e di immaginare qualcosa (un oggetto, un animale, un luogo ecc) che mostrasse cosa significa per lui essere rilassati: D. ha immaginato un grande albero.

La figura immaginata dal bambino era ricca di significato e ritraeva ciò che in realtà rappresenta un senso di stabilità, emotiva e fisica, cioè l'albero, contro il continuo movimento rappresentato per lui dalla sedia.

Per il bambino, ma anche per l'adulto, è più facile simbolizzare il proprio disagio ed i propri sentimenti con l'ausilio delle rappresentazioni artistiche. Molto conosciuto è, infatti, il test dell'albero di Koch (1998); test psicologico proiettivo per analizzare la personalità degli individui e l'universo emotivo sottostante. Sebbene i test proiettivi siano uno strumento clinico molto utile per comprendere come i pazienti percepiscono, comprendono e gestiscono il loro mondo, in questo contesto non è stato utilizzato in questo modo ma si è dato seguito alla libera rappresentazione dell'albero di D., per proseguire il lavoro grazie all'ausilio delle tecniche della fototerapia.

È stata costruita la rappresentazione mentale attraverso un lavoro grosso motorio con elementi naturali e lego (altra grande passione di D.) ed il risultato del lavoro è stato poi fotografato e incollato nel suo libro del viaggio dell'eroe.

Al termine di questo lavoro, è stato prescritto a D. di richiamare questa immagine, da lui fotografata, alla memoria quando si sentiva nervoso e non rilassato.

A proposito di immaginazione, si dice che Einstein usasse contemporaneamente entrambi gli emisferi cerebrali; le sue idee nascevano prima come immagini visive che poi trasformava in parole ed equazioni matematiche. Trasferiva queste informazioni da un emisfero all'altro attraverso il corpo calloso, il fascio di fibre nervose che unisce i due emisferi. Si dice che affermasse che, a suo giudizio, l'aspetto più importante nell'intelligenza è la capacità di usare l'immaginazione con le informazioni che si conoscono. Questo è il solo modo per mettere in pratica l'apprendimento con tutto il cervello (Murdock, 1987) le tecniche di immaginazione sono state utilizzate durante il percorso terapeutico anche con i genitori; per lavorare su una modalità di relazione legata all'apprendimento che coinvolgesse tutti i sensi e non solo la prestazione in termini di cognizioni.

Racconta Murdock, nel suo lavoro sulle tecniche di immaginazione:

“Mentre spingo il mio carrello lungo i corridoi del supermercato, mi sorprende del modo in cui i genitori di tutti i ceti sociali insistono perchè i loro bambini imparino i nomi dei prodotti alimentari: “Che cos’è questo?” e ciò che non sento dire è: “Prendi in mano questo. Sentine la forma, il peso, la consistenza. Toccatoci la guancia, annusalo, osservane tutti i colori”. Perché limitano ciò che i bambini conoscono ad una semplice etichetta monosillabica, mentre un oggetto ha un odore, una struttura, una forma, un sapore ed è piacevole da vedere? Che dire del suono di una pesca?”

(Murdock, 1987, p. 53)

Questa nuova strada per l'apprendimento, attraverso un viaggio nei sensi, è stata proposta ai genitori di D., attraverso precise prescrizioni con l'obiettivo di porre l'accento sulle tante sfaccettature dell'apprendimento e sulle capacità e l'importanza dell'immaginazione piuttosto che solamente su una prestazione logico-razionale. È stato dunque chiesto loro di svolgere a casa insieme a D. un esercizio di immaginazione ⁴

Il contributo della fototerapia invece, è risultato molto efficace poiché in linea con alcuni aspetti della strategica integrata. Partendo infatti dai concetti base del costruttivismo, per cui non esiste una conoscenza neutrale, ma tutte le percezioni ricevono il loro valore e la loro contestualizzazione da colui che le osserva (Weiser, 2019), l'immagine fotografata da D. è stata utilizzata come filtro per trasmettere il senso di profonda calma e di ciò che, sempre soggettivamente e secondo un principio di realtà di secondo ordine, suscita rilassamento nel bambino.



Conclusioni

Il lavoro svolto con i suoi genitori e con gli insegnanti ha concesso al bambino l'opportunità di sperimentare una nuova centratura, attraverso la conoscenza di se stesso e delle sue risorse. Il divertimento che ha accompagnato gli incontri con il terapeuta, e che lo ha visto protagonista di un viaggio fantastico nel mondo della magia, ha fatto sì che il processo di apprendimento emozionale si interiorizzasse e concretizzasse in forme più funzionali per D.

Sentirsi protagonista della sua stessa storia, proprio come il suo beniamino nella storia di Harry Potter, ha consentito a D. di percepire le possibilità che aveva a disposizione dentro di sé per superare i suoi piccoli, grandi, momenti di difficoltà.

D. ha così imparato che può stare nell'errore ma che allo stesso tempo sa "essere" altro rispetto all'errore commesso; che può essere triste o arrabbiato, o nervoso, ma che queste emozioni non durano per sempre e, prima grazie al gioco degli incantesimi e della fototerapia, e, successivamente sperimentando le capacità dentro di se, lui può fare molto per trasformarle e renderle sue alleate.

Gli obiettivi terapeutici focalizzati con la coppia genitoriale sono stati raggiunti grazie alla grande motivazione dei genitori, grazie al bambino, che ha dato loro altre possibilità di riscatto, come spesso i bambini sanno fare, grazie alle insegnanti, che hanno sostenuto il percorso lavorando parallelamente a scuola e grazie al terapeuta che ha strutturato e supervisionato i vari livelli di intervento, accompagnando i vari soggetti lungo il cammino del cambiamento.

Il tempo esclusivo con D., l'attenzione alla dimensione emozionale che andasse oltre il compito e la prestazione, le esperienze emozionali correttive nell'aiutare il figlio, senza giudicare, ma accompagnandolo, hanno permesso al bambino di essere nutrito di amore e affetto indipendentemente da ciò che faceva o dagli obiettivi concreti che raggiungeva. Ciò ha contribuito ad una migliore autostima di D. che ha iniziato a sentirsi meno triste e arrabbiato e più predisposto ad andare a scuola.

In conclusione è auspicabile una maggiore attenzione sulle possibilità della terapia strategica integrata applicata all'età evolutiva con un accento sulle possibili e diverse tecniche, anche appartenenti per tradizione ad altri orientamenti terapeutici. Le possibili strade devono pur sempre essere "viste" nel rispetto dei principi di integrazione e allineando altri strumenti agli obiettivi del piano terapeutico; dunque, inseriti in un contesto "pensato" e "coerente" per il processo di cambiamento del paziente, in un'ottica strategica integrata.



Note

Personaggio della serie di romanzi di Harry Potter, preside della scuola di magia di Hogwarts, saggio, eccentrico, benevolo e ironico, incarna molti dei valori e dei tratti tipici del classico “mago buono

² Principale antagonista nella serie letteraria di Harry Potter. È il mago oscuro più grande e temuto di sempre, il più potente e capace di tutti i tempi.

³ Questo principio è stato evidenziato per la prima volta da Paul Watzlawick e dai suoi colleghi nel lavoro che rappresentò la svolta degli studi sulla comunicazione umana (Watzlawick *et al.*, 1971). È il secondo assioma della comunicazione, in base al quale ogni messaggio comunicativo contiene al suo interno sia un aspetto di contenuto, che ci informa su cosa viene comunicato, sia un aspetto di relazione che, al contrario, rappresenta una meta-comunicazione sul contenuto: ci informa sul rapporto che intercorre tra gli individui. In pratica, tutto ciò che è implicito nell’aspetto non verbale della comunicazione, trasmette informazioni del tipo “come ti vedo”, “cosa penso di te”, “mi piaci”, “non mi piaci” ecc.

⁴ Esercizio di immaginazione: un’avventura sotto il mare. Chiudete gli occhi e concentrate l’attenzione sul respiro (pausa). Ora immaginate di camminare lungo la spiaggia. È una bella giornata di sole e voi ascoltate con piacere il suono della risacca (pausa). Camminando lungo la spiaggia notate una botola nella sabbia. Sollevate lo sportello e vedete una scala di pietra che porta giù, sotto la sabbia. Scendete la scala, sentendovi perfettamente al sicuro, e vi trovate in una lunga galleria. Camminate nella galleria finché non arrivate ad una stanza in fondo. Entrate nella stanza, che sembra una bolla di vetro. Capite che siete in una stanza di vetro sotto il mare. All’esterno nuotano splendidi pesci colorati. Notate che nella stanza c’è un sottomarino e una muta da sub, che potrete usare se deciderete di avventurarvi nel mare. C’è anche una poltrona in mezzo alla stanza se desiderate sedervi. Ora avete un minuto di tempo, cioè tutto il tempo che vi occorre per godere tutte le meraviglie del mare. Dopo un minuto. Ora è tempo di ritornare (pausa). Tornate attraverso la galleria, salite le scale verso al luce del sole. Chiudete la botola sapendo che potrete tornare qui ogni volta che lo desiderate. Lasciate la spiaggia e prendete coscienza di essere seduti qui, pienamente coscienti. (Murdock, 1987, pg 56)

Riferimenti bibliografici

Celia G., (2016). La psicoterapia strategico integrata. L’evoluzione dell’intervento clinico breve. Ed. Franco Angeli

D’Ambrosio R, Garra G., Modolo G. Percorso di Promozione del Benessere Affettivo. SSD Epidemiologia ed Educazione Sanitaria. Dipartimento Integrato della Prevenzione – ASL TO1

Koch K, 1998. Il reattivo dell’albero. Il disegno dell’albero come ausilio psicodiagnostico. Giunti Editore

Murdock M., (1987). L’immaginazione guidata con i bambini e gli adolescenti. Astrolabio. Roma

Nardone G., (2012). Aiutare i genitori ad aiutare i figli. Ponte alle Grazie, Milano

Novick K.K., Novick J.,(2013). Il lavoro con i genitori. I migliori alleati nella psicoterapia con il bambino e l’adolescente. Ed. Franco Angeli. Milano

Watzlawick P., Beavin J.H., Jackson, Don D. (1971). Pragmatica della comunicazione umana, studio dei modelli interattivi, delle patologie e dei paradossi. Roma. Astrolabio

Weiser J., (2019). Fototerapia. Tecniche e strumenti per la clinica e gli interventi sul campo. Ed. Franco Angeli. Milano

Sitografia

www.studiobumbaca.it (2019)

psiche.cmsantagostino.it (intervista Di Croce S., 2019)



dott. ssa Simona Pierini

Psicologa, psicologa giuridica, psicoterapeuta strategico integrata, terapeuta EMDR

Giovanna Celia

Prontuario di strategie terapeutiche

Esercizi e prescrizioni
per sciogliere nodi psicologici
in breve tempo

PSICOTERAPIE

FrancoAngeli





Società Italiana di Psicoterapia
Integrata e Strategica

con il patrocinio di:



UNIVERSITÀ
DI FOGGIA

2° Convegno Nazionale SIPIS·ON-LINE

24 OTTOBRE 2020

10:00-18:00

SYLLABUS

I cambiamenti in psicoterapia
e nell'intervento clinico
ai tempi del COVID

KEYNOTE



Giovanna Celia



Mauro Cozzolino



Giorgio Nardone



Philip Zimbardo



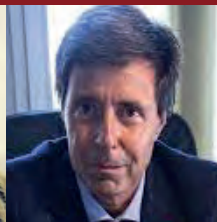
Maurizio Pompili



Bart J Walsh



Anna Maria Giannini



Fabio Lucidi



Maurizio Sibilio



Pierpaolo Limone



Prenotazione obbligatoria

www.sipis.it

s.psicointegratastrategica@gmail.com

RIFLESSIONI DI UN GIUDICE ONORARIO MINORILE IN FORMAZIONE.

LA FUNZIONE MONOCRATICA DELLE UDIENZE ISTRUTTORIE TRA COMPETENZE SPECIALISTICHE E AUDIZIONE GIUDIZIARIA: UN POSSIBILE PARADOSSO E LA SUA POSSIBILE SOLUZIONE.

di Sara Velardi

Abstract

L'articolo contiene prime riflessioni di un giudice onorario minorile dopo alcuni mesi di pratica presso il Tribunale per i minorenni di Messina. In particolare l'autrice individua e descrive la funzione monocratica dell'istruttoria, svolta da un giudice di formazione psicologica-psicoterapica, come paradosso pragmatico, quindi la sua possibile soluzione.

The article contains the first considerations of a juvenile court judge after some months of practice at the juvenile court of Messina. The author identifies and describes specifically the unipersonal function of the investigation, carried out by a judge with psychological-psychoterapic education, as a pragmatic paradox, therefore its possible solution.

“Non si può insegnare la verità...Il paradosso dei paradossi è che il contrario della verità è ugualmente vero”.

H.Hesse

Introduzione

Previo periodo di tirocinio, da gennaio 2020, ricopro il ruolo di Giudice onorario minorile presso il Tribunale per i Minorenni della mia città, Messina. Avvicinarmi al mondo della giustizia, da psicologa, è stata una scelta compiuta ormai diversi anni fa quando, in occasione del tirocinio pre-laurea, iniziavo ad affiancare in ambito peritale, una docente dell'Università Sapienza di Roma, la Professoressa Marisa Malagoli Togliatti. A lei devo il battesimo come psicologa nel contesto giuridico ma, soprattutto, devo molto del mio “saper fare” e anche qualcosa del mio “saper essere” all'interno di un ambito apparentemente distante, un pò per definizione e un pò per formazione, dalle logiche di aiuto. Gli anni vissuti al suo fianco, mi danno oggi quel senso di appartenenza che, in maniera simbolica, mi fa sentire parte di un trigenerazionale competente e dai nobili intenti che, come molti sapranno, ha fatto la storia della giustizia Italiana e non solo. Qualcuno ha detto : *“Per sapere dove vuoi andare devi sapere da dove vieni”*.

Per questo ho voluto raccontarvi, in breve, “sotto quale benedizione” nasce il mio impegno per questo nuovo incarico.

La necessità di scrivere questo articolo è nata da una riflessione maturata in occasione dei primi mesi vissuti all'interno delle aule del Tribunale per i minorenni, a partire dalla fase di affiancamento dei Giudici onorari così detti senior. In particolare la riflessione ha avuto origine dall'ascolto delle emozioni che ho provato (da tirocinante) e provo oggi, nello svolgere la funzione monocratica del-

l'istruttoria. Più volte è emersa prepotente l'emozione che, da psicoterapeuta, provo quando ho a che fare con il paradosso pragmatico. Dopo una prima, doverosa, disamina storica e una descrizione delle diverse funzioni che caratterizzano il ruolo di giudice onorario, mi soffermerò quindi sulla questione legata alle competenze cliniche, soprattutto per quelli con formazione psicologica-psicoterapeutica, nei vari procedimenti e in particolare modo nella fase istruttoria. In fine spiegherò il concetto di paradosso pragmatico e come lo stesso si inserisce, a mio parere, all'interno di questo specifico contesto; descriverò con quali modalità, ad oggi, ne vengono fuori i giudici onorari e proverò a formulare una proposta come spunto di riflessione per un diverso funzionamento del Tribunale per i minorenni.

Un po' di storia

Il 20 luglio 2020 il Giudice onorario minorile compirà 86 anni. Una persona anziana, di grande esperienza, che ha affrontato e superato quegli eventi critici, o tappe evolutive che dir si voglia, propri di ogni essere umano, necessari alla sua evoluzione. E' così che mi piace introdurre questa figura della quale narrerò la storia a partire dalla sua nascita.

Erano gli inizi del 1900 quando alcune correnti di pensiero (con la circolare del Ministro Guardasigilli Orlando del 1908 e i progetti Quarta del 1912 e Orlandini del 1922) che volevano una giurisdizione specializzata per i minori, sono riuscite a far varare il decreto che nel 1934 ha dato vita a quella figura privata, inizialmente intesa come "protettore" dei minori al fianco del giudice togato, per << mitigare l'orientamento generalmente severo della difesa sociale>>. (G.Volpe, 2007). Il giudice onorario è nato dunque ufficialmente nel 1934, con l'articolo 2 del regio decreto legge 20 luglio 1934 n. 1404, lo stesso articolo che istituiva il Tribunale per i minorenni e ne fissava la composizione.

L'art. 2 del r.d.l. n. 1404/1934 stabiliva che il tribunale per i minorenni era "*composto da un magistrato, avente grado di consigliere di corte d'appello, che lo presiede, da un magistrato avente grado di giudice, e da un cittadino benemerito dell'assistenza sociale, scelto fra i cultori di biologia, di psichiatria, di antropologia criminale, di pedagogia*". Solo nel 1941, però, con il nuovo ordinamento giudiziario (r.d. n. 12 del 30 gennaio 1941) veniva precisato che, agli "esperti" del tribunale per i minorenni veniva conferito il titolo di <<giudice onorario>>. Appena nato, il giudice onorario era uno ed era maschio e apparteneva ad un collegio giudicante seppur in modo minoritario rispetto alla composizione del collegio stesso: uno su tre in tribunale e uno su cinque in corte d'appello. Con gli art. 4 e 5, modificando gli articoli 2 e 5 del r.d.l. n. 1404/1934 e gli art. 50 e 58 del r.d. n. 12/1941, la stessa legge introduceva la psicologia come nuova disciplina tra quelle di possibile appartenenza del giudice onorario. Inoltre, sempre la stessa legge, stabiliva che i componenti privati degli organi giudiziari minorili dovevano essere due, un uomo e una donna di almeno trent'anni di età. Da quel momento, come ancora oggi, un collegio del tribunale per i minorenni è composto da quattro giudici, due professionali e due onorari mentre, i cinque giudici della sezione per i minorenni della corte d'appello sono diventati tre giudici professionali e due onorari.

Un'importante tappa, forse la prima vera fase di crescita, è stata quella che si è verificata a metà degli anni cinquanta con la riforma della competenza rieducativa del tribunale per i minorenni, attuata con la legge 25 luglio 1956 n. 888, che ha introdotto la misura rieducativa dell'affidamento al servizio sociale del minore "irregolare per condotta o carattere". Da quel momento, quando il tribunale chiedeva l'applicazione di tale misura, uno dei suoi componenti (e quindi anche un giudice onorario) a ciò designato dal presidente, esplicava approfondite indagini sulla personalità del minore, impartiva prescrizioni e direttive, e seguiva l'andamento della misura, detta anche libertà assistita (artt. 25, n. 1, e 27 r.d.l. n. 1404/1934, come modif. dalla legge n. 888/1956) (Fadiga, 2006). Ugualmente accadeva, a norma dell'art. 26 ultimo comma, "quando il minore si trovi nella condi-

zione prevista dall'art. 333 del codice civile": quando cioè si verteva in tema di competenza civile del tribunale per i minorenni (limitazioni della potestà per condotta pregiudizievole dei genitori) e non di competenza rieducativa. In tal modo, venivano per la prima volta attribuite ai giudici onorari funzioni monocratiche e non collegiali. (Fadiga, 2006). Nello stesso anno, con la legge del 27 dicembre 1956 n. 1441 veniva ammessa la partecipazione delle donne all'amministrazione della giustizia nelle corti di assise e nei Tribunali per i minorenni.

Come per lo sviluppo del bambino - caratterizzato da momenti critici di regressione transitoria in cui il comportamento dello stesso si disorganizza per poi riorganizzarsi in modo più evoluto (Brazelton, 1992) -, anche la figura del giudice onorario negli anni '70 ha avuto una battuta d'arresto se non, addirittura, di inversione di tendenza rispetto all'andamento precedente per poi evolvere alla fine degli anni '80.

Senza scendere nel dettaglio, è stata la legge sull'adozione speciale del 1967 e, ancora di più, quella del 1983 a spostare l'attenzione sull'importanza di un giudice togato specializzato, e porre alquanto in ombra la figura del giudice onorario, o per lo meno, a farne sembrare il ruolo meno necessario (Fadiga, 2006). Il ruolo sembrava iniziare a riprendersi quando, per via della mole di lavoro legata alle nuove competenze derivanti dalla suddetta normativa sull'adozione, soprattutto nei tribunali più attivi, i giudici onorari venivano coinvolti in attività di carattere più generale come: Il controllo degli elenchi dei minori ricoverati in istituto, l'istruttoria delle domande di adozione, il collegamento con i servizi sociali territoriali ecc. Seppur in ripresa, quindi, il ruolo del giudice onorario andava in una direzione diversa da quella originaria: da quello minimo di segretario del giudice o del presidente a quello intermedio di segretariato sociale, sino a quello più gratificante ma ambiguo di crypto-consulente tecnico. Ruoli impropri e riduttivi che hanno rischiato di snaturare la vera funzione.

Solo con la riforma del processo penale minorile, alla fine degli anni ottanta, è stato possibile parlare di una reale ripresa sostanziale del ruolo del giudice onorario. Nasceva il giudice dell'udienza preliminare minorile collegiale. L'art.50 del r.d. n. 12/1941 modificato dall'art. 14 del d.p.r. n.449 del 22 settembre 1988 definiva la composizione del collegio con una maggioranza onoraria: un giudice professionale e due giudici onorari, un uomo e una donna. In questo campo venivano aperte al giudice onorario prospettive stimolanti come "la messa alla prova" e la "mediazione" oltre a quelle, peraltro mai espressamente abrogate, sulla cosiddetta competenza rieducativa.

Un altro momento critico nella vita del giudice onorario minorile è rintracciabile negli anni '90 con l'aumento delle famiglie di fatto e per i conseguenti problemi di conflittualità e di affidamento del figlio all'uno o all'altro genitore naturale (da estendersi anche, in minor misura, ai procedimenti di adozione). La mole di lavoro e il ridotto numero di giudici togati ha indotto a ricorrere all'aiuto dei giudici onorari anche nell'attività istruttoria: il fenomeno è così rilevante che lo stesso Consiglio superiore della magistratura finirà per riconoscerlo e per regolamentarlo.



Le funzioni del giudice onorario minorile

Il sistema della giustizia minorile prevede che le deliberazioni dei provvedimenti civili, penali e amministrativi devono essere assunte in camera di consiglio. Come più volte ribadito nelle pagine precedenti, la camera di consiglio prevede necessariamente la partecipazione paritaria di due giudici onorari (un uomo e una donna) facenti parte del collegio, oltre ai giudici togati.

Le funzioni dei giudici onorari si esercitano, quindi, su quasi tutto l'arco delle competenze del tribunale per i minorenni. In materia penale, le udienze preliminari, il dibattimento e le deliberazioni del tribunale di sorveglianza e del tribunale del riesame sono prevalentemente di competenza collegiale. Nel processo civile e in quello amministrativo più spesso, viene delegata al giudice onorario l'assunzione delle prove o delle informazioni (istruttoria), per le quali attività esso svolge funzioni monocratiche.

Competenze cliniche e funzione monocratica del giudice onorario minorile

Da quanto fin detto, risulta chiaro che il giudice onorario minorile viene scelto in quanto portatore di una specifica competenza: psicologica, sociale, medica o pedagogica. Da quando i giudici onorari hanno iniziato a svolgere anche la funzione monocratica, però, è stata posta la questione, soprattutto da parte degli avvocati, relativa all'utilizzo delle tecniche della professione di provenienza proprio nella conduzione delle udienze istruttorie. A tal proposito, con delibera del 9 luglio 2003 è intervenuto il Consiglio superiore della magistratura che, dopo aver sottolineato come l'apporto di conoscenze dei giudici onorari sia *“indispensabile per la ricostruzione del fatto, in specie nei procedimenti per la dichiarazione dello stato di adottabilità”*, pone esplicitamente il problema dell'individuazione di ruolo e funzioni dei giudici onorari; si è domandato cioè *“...a cosa serve la loro conoscenza specialistica, come può essere utilizzata? Che tipo di apporto possono dare alla ricostruzione, accertamento e valutazione della situazione di fatto?”* Nel rispondere ha osservato innanzitutto che la ragione di un giudice specializzato per i minori si rinviene *“..nella particolarità della materia, nelle conoscenze extra-giuridiche (psicologiche, sociologiche mediche,..) necessarie per la corretta comprensione delle fattispecie, nella presenza di una normativa a maglie larghe che lascia amplissimi spazi di discrezionalità al giudice”*. (par. “Giudici onorari-gli emendamenti all'art.4; la previsione di cui all'art. 6-bis”). La stessa delibera prosegue *“.....sembra da escludere: da) che il componente privato possa svolgere la sua funzione ponendo in essere un'attività del tipo di quella che solitamente è richiesta ad un consulente tecnico.ugualmente e ancor più deve dirsi per quei fatti per conoscere i quali è necessario l'intervento di un esperto (come la ricostruzione della personalità del minore, la valutazione di elementi incidenti sulla sua attendibilità, la valutazione dell'intervento terapeutico che ha reso il minore 'pronto' a raccontare gli eventi traumatici di cui è stato eventualmente vittima [...]). Qualora il giudice decidesse sulla base di valutazioni tecniche di fatti accertati non previamente sottoposte alle parti con facoltà di controprova saremmo di fronte ad una palese violazione di contraddittorio; db) che il componente privato possa condurre l'espletamento di mezzi di prova (in specie l'audizione) secondo tecniche di comunicazione proprie delle scienze psicologiche e sociali che contengano un rischio di manipolazione del soggetto o dedurre dal linguaggio non verbale o da altri elementi conseguenze non documentabili e quindi non utilizzabili ai fini della decisione” (parr. da e db)”*.

A tal proposito, sempre in riferimento alla delibera di cui sopra, il Consiglio superiore della magistratura, si è espresso esplicitando quelli che, ad oggi, sono alcuni dei criteri ai quali i giudici onorari devono attenersi nello svolgimento delle udienze istruttorie. Risulta dunque che il giudice onorario non può:

1. formulare domande che presuppongono conoscenze specialistiche, sia nella stessa formulazione che nella successiva interpretazione delle risposte;
2. fare interventi che possano, anche solo, configurarsi come interventi psicopedagogici, psicoterapici ecc, sia sui minori che sui familiari tutti.

Per quel che riguarda il primo punto vanno evitate tutte quelle tecniche definite psico-diagnostiche a partire dal colloquio clinico (strumento principe di uno psicologo) quindi, domande clinico-anamnestiche o quelle che in qualche modo vanno a sondare le emozioni profonde delle persone. Ancor di più anche il linguaggio non verbale manifestato in udienza non è utilizzabile ai fini del provvedimento che verrà in seguito formulato da parte del collegio, così come da delibera del consiglio superiore della magistratura.

Quanto appena riportato sembra rimandare ad una logica paradossale: si chiede ad un giudice, scelto per "specifica competenza", di adattare costantemente il proprio ruolo spogliandosi dei panni da professionista per vestire quelli da giudice e viceversa.

Eppure, da un punto di vista delle dinamiche relazionali, se un giudice interagisse con il minore o il suo familiare con le metodiche tipiche dell'operatore clinico (psicoterapeuta, educatore, assistente sociale ecc) tenderebbe a prodursi ciò che nei termini delle terapie sistemico-relazionali viene indicato come disturbo di comunicazione dato da uno slittamento, o, a seconda dei casi, da un'ambiguità nella definizione del contesto della relazione. (Selvini Palazzoli, M., 1970; Malagoli Togliatti, 1991; Viaro e Krippendorff, 2003).

Cosa può fare, dunque, un giudice onorario quando si trova davanti ad un incarico da parte del giudice togato o del Pubblico Ministero (procedimenti civili, penali o amministrativi) in cui si legge: <<..valendosi della propria specifica esperienza professionale proceda al seguente atto istruttorio: audizione genitori e minori>> (ad esempio). Partiamo da un'informazione di base secondo la quale, il tribunale per i minorenni nei vari procedimenti, diversamente da ciò che accade nelle procedure giudiziarie, è chiamato ad acquisire prove su ciò che sta accadendo durante la procedura e non tanto su ciò che è già accaduto. Nello specifico, al giudice onorario, viene chiesto di rilevare con rapidità il problema del minore e di avvicinarsi con delicatezza, ma tempestivamente alla sua situazione (P.Serra, 2013). La competenza in questo caso, propria del giudice onorario, sta nell'individuare celermente i temi più attinenti l'oggetto dell'istruttoria quindi facilitare la comprensione immediata, empatica, delle esperienze dell'altro. Secondo Moro (2005) il giudice minorile può e deve accertare la reale situazione con ogni strumento utile di cui ritenga opportuno avvalersi, facendo emergere la verità "dal confuso intrecciarsi delle relazioni e dai concreti vissuti dei suoi protagonisti; non è il passato che va scandagliato, ma è il futuro che va costruito nell'ambito di una strategia di intervento che consideri tutte le potenzialità valorizzabili".

Quest'altra affermazione mette a dura prova il "dilemma" del giudice onorario il quale deve esercitare costantemente una sorta di autocontrollo teso ad evitare di scivolare nell'uso di metodologie cliniche poiché, tenuto conto del contesto, deve avere l'abilità di non mettersi in contraddizione con la terzietà del giudice e con le garanzie di difesa.

E' importante, a questo punto, portare all'attenzione di chi legge una questione a mio parere fondamentale, che ritroveremo successivamente sotto forma di soluzione del probabile paradosso nel quale si trova il Giudice onorario che deve condurre un'istruttoria. Il problema fin qui esposto, infatti, sembra non presentarsi, quando un giudice onorario si trova ad esercitare la sua funzione all'interno delle camere di consiglio o quando è impegnato a leggere relazioni e dichiarazioni di esperti o, ancora, nel contesto penale. In tutti questi contesti, infatti, prendendo parte ad un collegio, accade naturalmente che le sue competenze vengono integrate e supportate da strumenti tecnici, offerti dai magistrati, utili a comprendere le singole questioni anche dal punto di vista giuridico. Allo stesso modo, in una logica di scambio reciproco, avviene che i magistrati ricevono dai giudici onorari, strumenti tecnici psicologici, sociali, medici e pedagogici. Questo permette a tutti i facenti parte del

collegio di avere molteplici criteri di valutazione e di contemperarli al fine di deliberare all'esito di una dinamica di reciproco adattamento tra soluzione giuridica da un lato e esigenza psicologica, sociale, pedagogica e medica dall'altro (P. Serra, 2013).

Quando il Giudice onorario minorile è uno psicologo psicoterapeuta: il paradosso pragmatico

<<Si può definire il paradosso come una contraddizione che deriva dalla deduzione corretta da premesse coerenti>>. Proverò a spiegare questa definizione riportando uno dei paradossi che molti di voi conosceranno e che narra quanto segue:

<< Un certo villaggio ha tra i suoi abitanti un solo barbiere. Egli è un uomo ben sbarbato che rade tutti - e unicamente - gli uomini del villaggio che non si radono da soli>>. Questi sono i fatti. La domanda è : chi rade il barbiere? Questa definizione da una parte è esauriente ma dall'altra ci fa finire subito nel paradosso se si cerca di collocare il barbiere stesso o tra coloro che si radono da soli o tra coloro che non si radono da soli. Una deduzione rigorosa dimostra che non ci può essere un barbiere simile; tuttavia restiamo con un senso di disagio.

Questo paradosso fu presentato per la prima volta nel 1918 dal filosofo inglese Bertrand Russell. Riducendolo ai termini più semplici, questo paradosso ci mette davanti a due insiemi di uomini del villaggio: coloro che si radono da soli e coloro che non si radono da soli e, dunque, si fanno radere dal barbiere. Il problema effettivo è: a quale gruppo appartiene il barbiere? Di fatto il barbiere non appartiene ad alcuno degli insiemi, in quanto, come si è visto, la sua presenza produce la conclusione contraddittoria secondo cui egli rade se stesso se e solo se non si rade. In realtà, come osservato dal filosofo americano Willard Van Quine, il paradosso può essere considerato una prova valida a sostegno del fatto che il barbiere non può esistere: risulta un caso classico di *reductio ad absurdum*. (N. Falletta, 2017). Con questa locuzione latina, nota anche come ragionamento per assurdo, si intende quel tipo di argomentazione logica nella quale, muovendo dalla negazione della tesi che si intende sostenere e facendone seguire una sequenza di passaggi logico-deduttivi, si giunge ad una conclusione incoerente e contraddittoria.

Un altro esempio mi torna utile per introdurre l'ipotesi che vorrei proporre in merito all'utilizzo della specializzazione richiesta al giudice onorario; in questo caso si tratta, nello specifico di un'ingiunzione paradossale (sempre appartenente alla categoria dei paradossi pragmatici).

<<Sii spontaneo! >> Chiunque riceve questa ingiunzione si trova in una posizione insostenibile, perché per accondiscendervi dovrebbe essere spontaneo entro uno schema di condiscendenza e non spontaneità. Tale ingiunzione richiede cioè un comportamento specifico che, proprio per sua natura, non può essere che spontaneo. (P. Watzlawick et al., 1971)

La presentazione fatta fin qui del paradosso attraverso la storiella e poi anche con una frase che ognuno di noi nella sua vita, almeno una volta, ha sentito pronunciare, mi servono per farvi fare esperienza di quello che si prova a stare dentro ad un paradosso e di quali possono essere le conseguenze comportamentali - pragmatiche- di questo. *Heinz Von Foerster, esponente di spicco nel campo della cibernetica e del costruttivismo radicale, dichiarava "se vuoi vedere, impara ad agire!" (1973);* imperativo che segue una logica non ordinaria, utile a sottolineare come l'azione e il comportamento, uniti alla conoscenza di nuovi elementi e a nuove informazioni, siano uno dei fattori di cambiamento ritenuti più importanti.

Certa che in molti sarete riusciti a sperimentare le emozioni legate al paradosso, vale la pena riesaminare la faccenda - relativa al ruolo del giudice onorario minorile, in particolare di formazione psicologico- psicoterapeutica, in sede istruttoria -, utilizzando un aspetto più cognitivo, più consapevole che sottende a tali meccanismi.

Gli elementi essenziali sono i seguenti:

- 1) Una forte relazione complementare (Il Consiglio superiore della magistratura e il subordinato giudice onorario).
- 2) Entro lo schema di questa relazione, viene data un'ingiunzione che deve essere obbedita ma deve essere disobbedita per essere obbedita (il giudice onorario è parte del consiglio come specifica competenza psicologica se e soltanto se veste i panni del giudice e si spoglia dai panni del professionista e viceversa).
- 3) Il giudice onorario che in questa relazione è nella posizione *one-down* non è in grado di uscire fuori dallo schema e quindi di dissolvere il paradosso commentandolo cioè metacomunicando su di esso (sarebbe un atteggiamento di 'insubordinazione')

Possiamo definire dunque questa relazione basata su premesse vere, per mezzo di ragionamenti corretti che tuttavia portano a conclusioni contraddittorie.

In questo caso le premesse sono che per esercitare il ruolo di giudice onorario bisogna "essere in possesso di competenze specialistiche". Nel caso dello psicologo, questo viene scelto per le sue capacità di ascolto e di comunicazione utili al fine di accertare la reale situazione facendo emergere la verità dal "confuso intrecciarsi delle relazioni e dai concreti vissuti dei suoi protagonisti"; o ancora per le capacità cliniche utili al fine di "leggere le dinamiche relative alle relazioni significative, a rilevare eventuali segni di disfunzione e, a compiere valutazioni "prognostiche" relative all'impatto dei diversi possibili provvedimenti" (Serra, 2013). Tutto questo però non può prescindere dal contesto che impone l'impossibilità da parte del giudice onorario, appunto, di avvalersi, ad esempio, di tecniche di comunicazione proprie delle scienze psicologiche e sociali o ancora, dedurre dal linguaggio non verbale o da altri elementi conseguenze non documentabili e quindi non utilizzabili ai fini della decisione per motivi legati alla mancanza di contraddittorio, ecc. (vedi sopra la delibera del Consiglio superiore della magistratura del 9 luglio 2003). Sarebbe come chiedere ad un giudice togato di svolgere un'istruttoria quindi, porre domande, facendo finta di non conoscere e quindi non tenere conto della giurisprudenza.

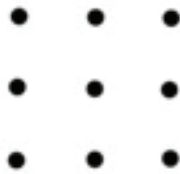
Come si esce da questo paradosso?

Ad oggi, in termini pratici, per far fronte al paradosso che viene a presentarsi nella conduzione di un'istruttoria, un giudice onorario << pur restando ben lontano dall'attivare le tecniche del colloquio clinico e limitando l'indagine a ciò che attiene l'oggetto dell'istruttoria, utilizzerà inevitabilmente alcune metodologie dell'ascolto apprese ed esercitate nella sua professione. Se è vero, infatti, che c'è una grande differenza tra il colloquio in ambito clinico e l'audizione giudiziaria, è anche vero che il giudice onorario, durante le udienze, non potrebbe, badate bene, neppure se lo volesse, disattivare la pratica del riconoscere e far tesoro delle proprie emozioni che si è consolidata con la sua esperienza clinica>> (Serra, 2013).

In realtà questa non sembra una strategia efficace poiché continua a lasciare il giudice onorario nel dubbio.

Un esempio, invece, di reale superamento del paradosso è qualcosa che il giudice onorario già fa quando si torva ad agire all'interno del collegio per i restanti procedimenti. Così come è stato descritto a pagina 3. Di seguito proverò a spiegare qual'è il meccanismo che, in quel caso, permette tale superamento utilizzando il noto problema del "quadrato di Maier" (Norman Maier, psicologo tedesco degli anni trenta) di area gestaltista.

Ci viene proposto uno schema di 9 punti disposti in file da 3 con il compito di unire i 9 punti con 4 tratti di penna, senza mai staccare la penna dal foglio.



La difficoltà sta in una sorta di fissità funzionale della figura formata dai 9 punti che, a causa delle leggi della vicinanza e della somiglianza (Gestalt - Leggi di organizzazione degli stimoli visivi) viene vista come un quadrato (perceettivamente presente ma non autorizzato nè dalla disposizione dei punti nè dalle istruzioni date per la soluzione del problema), una struttura forte dunque, che ha anche la proprietà di indurci a considerare il perimetro come una specie di limite invalicabile, un margine non oltrepassabile. Se si continua a fare tentativi restando con la penna all'interno del quadrato, non si giunge a una conclusione valida. Ciò è possibile solo sconfinando dalla figura percepita e utilizzando una porzione più vasta del foglio.



Un ostacolo soggettivo alla soluzione di problemi, è da intendersi, infatti l'autolimitazione del soggetto. Normalmente pensiamo di avere un'unica possibilità di soluzione ma, basta introdurre un elemento esterno per guardare tutto in un'ottica diversa quindi risolvere il problema. Questo accade quando, in sede di consiglio, le competenze psicologiche vengono integrate e supportate da strumenti tecnico- giuridici offerti dai magistrati e viceversa. Questo da l'idea di "sconfinare dalla figura percepita utilizzando una porzione più vasta del foglio".

Spero si a chiaro a tutti che, <<La soluzione di questo paradosso come la soluzione ai problemi delle persone, sta nella possibilità di pensare un nuovo paradosso per risolvere il paradosso che il problema presenta, sta nella possibilità di mettere in crisi i nostri abituali schemi di pensiero, la nostra naturale tendenza alla semplificazione per abbracciare una modalità di pensiero più vaga. Il filosofo peruviano Quesada (1976) ha utilizzato il termine "logica paraconsistente" per definire un sistema formale in cui possono verificarsi in modo controllato delle eccezioni al principio di non contraddizione, cioè possono presentarsi delle contraddizioni, senza però che con questo sia possibile derivare nel sistema ogni proposizione, evitando quindi il principio di esplosione. Ora, una logica paraconsistente, di per sé, è un sistema capace di gestire le contraddizioni, magari in attesa di una loro soluzione; non si impegna necessariamente ad affermare che le contraddizioni siano vere. Una logica paraconsistente, è quella maggiormente efficace nell'affrontare la complessità del reale e dei suoi paradossi, come il linguaggio, ma in grado di utilizzare l'autoinganno, la credenza, il paradosso e la contraddizione, insiti nel pensiero dell'uomo >>(Celia, 2016).

Qualche proposta

Ci sono diverse opzioni possibili, sulle quali mi piacerebbe aprire una discussione. Come già aveva proposto Fadiga (2006), forse occorrerebbe rinnovare la funzione del giudice onorario, magari rivedere la sua posizione nelle istruttorie in quanto, come fin qui sostenuto, bloccato all'interno di un paradosso. Una prima modifica potrebbe riguardare l'esonero completo del giudice onorario dallo svolgere attività istruttorie, soluzione estrema e poco produttiva per il processo minorile ma diversamente utile per sottrarlo dal tiro incrociato degli avvocati e dei politici che spesso rallentano il corso della giustizia. La seconda, più plausibile, se non fosse per la carenza numerica di giudici togati, potrebbe disporre che le istruttorie vengano svolte da due giudici di diversa formazione (togato ed onorario) contemporaneamente, come se fosse "un mini collegio". Questo porterebbe, molto probabilmente, a ricreare quella funzionalità che caratterizza il lavoro del collegio, basato sullo scambio reciproco tra competenze diverse che garantirebbero, a mio parere, un'ulteriore accelerazione nel rilevare il problema del minore per poterlo risolvere in maniera ancor più tempestiva e meno appellabile da parte degli avvocati. Entrambe le proposte considerano il tempo un alleato o un nemico del minore, a seconda di come vanno le cose. Chi ha a che fare con i minori, infatti, conosce quale valore assume il tempo se viene rapportato alla velocità dei cambiamenti della sua evoluzione. Più un bambino è piccolo meno sa anticipare il futuro e quindi gestire il ritardo.

Riferimenti bibliografici

- Abbruzzese S. (2006), "Avvocati e giudici onorari, un rapporto difficile", *Minori-giustizia*, n.1
- Bertrando P., Toffanetti D. (2000), *Storia della terapia familiare*, Raffaello Cortina, Milano.
- Briere J. (1992) *Child abuse trauma*, Sage, Newburny Park, CA.
- Bruner J.S. (1992) (ed.orig. 1990), *La ricerca del significato*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Cancrini M.G., Harrison L. (1983), *La trappola della follia*, La Nuova Italia Scientifica, Roma.
- Castellani C., (2000), "Ruolo e funzioni del giudice onorario nel processo civile minorile in una prospettiva di attuazione dei principi di collegialità e specializzazione", *Quaderni del Consiglio Superiore della Magistratura*, n.109.
- Cavallo M. (1991), "I problemi più urgenti dei giudici onorari", *Minorigiustizia*, n.4
- Ceccarelli E. (2000), "Il processo civile minorile", *Quaderni del consiglio Superiore della Magistratura*, n.109
- Ceccarelli E. (2003), "Attività dei giudici onorari nella procedura della messa alla prova", in *minoriefamiglia.it*
- Ceccarelli E. (2011), "L'ascolto del bambino nei procedimenti civili", in Pè A., Ruggiu A., *Il giusto processo e la protezione del minore*, Puer/Franco Angeli, Milano.
- Celia G. (2016). *L'approccio strategico integrato: L'evoluzione in psicoterapia*. Milano: Franco Angeli
- Cozzolino M. (2008), *Le strategie comunicative. Soluzioni per problemi relazionali e professionali*, Edizioni Carlo Amore, Roma.
- Civadali I. (1988), "Come un giudice ascolta un ragazzo", *Minorigiustizia*, n.4
- De Leo G. (1981), *La giustizia dei minori*, Einaudi, Torino.
- De Leo G. "Psicologia della responsabilità", Laterza, 1996
- De Leo G., Patrizi P., (a cura di) (1995), *La formazione psicosociale per gli operatori della giustizia*, Giuffrè, Milano.
- Dell'Antonio A.M. (2000), "L'ascolto dei minori nei procedimenti civili", *Quaderni del Consiglio Superiore della Magistratura*, n.109
- Di Blasio P. (2000), *Psicologia del bambino maltrattato*, Il Mulino, Bologna.
- Dosi G. (2005), *L'avvocato del minore nei procedimenti civili e penali*, Giappichelli, Torino.
- Dusi P. (2000), "Il giusto processo nel nuovo art.111 della Costituzione e il giusto processo civile minorile", *Minorigiustizia*, n.3
- Faccioli F., Mestitz A. (1995), "Indagine sui giudici onorari minorili in Italia", *Minorigiustizia*, n.2
- Fadiga L. (2002), "Le proposte governative di modifica della giustizia minorile: riforma o controriforma?" *Minorigiustizia*, n.1-2
- Fadiga L. (2004), "Il bambino nel processo", *Interazioni*, n.1
- Fadiga L. (2005), "Il ruolo degli esperti minorili in Italia", *La giustizia non professionale in Europa, Incontro di studio, 10-11 novembre*, Roma.
- Fadiga L. (2006), "Elogio del giudice onorario scritto da un giudice professionale", *Minorigiustizia*, n.1
- Faletta N.(1989) (ed.orig. 1983), *Il libro dei paradossi*, TEA, Milano
- Finocchiaro A. (2000), "Il giudizio per la dichiarazione giudiziale per la genitura naturale. Il rito applicabile. L'istruttoria", *Quaderni del Consiglio Superiore della Magistratura*, n.109

- Foti C. (1987), "Il ruolo dello psicologo nel collegio giudicante del tribunale per i minorenni", in Gulotta G. (a cura di), *Trattato di psicologia giudiziaria*, Giuffrè, Milano.
- Frati F. (2004), "Principi fondamentali della deontologia professionale dello psicoterapeuta italiano contemporaneo", *Psicoterapia e Scienze Umane*, n.2
- Gulotta G. (in collaborazione con I. Frioni, I. Cutica, A. Racano, D. Vittoria, M. Trevisan) (2002), "Epistemologia", in *Elementi di psicologia giuridica e di diritto psicologico*, Giuffrè, Milano.
- Gulotta G. (in collaborazione con G. Cesaro, P. Patrizi, B. Forresi) (2002), "Psicologia forense minorile", in *Elementi di psicologia giuridica e di diritto psicologico*, Giuffrè Milano.
- Ianniello R., Mari L. "Minori, Famiglie, Tribunale. Verifiche, sostegni ed interventi sulle famiglie in difficoltà nell'attività del Tribunale per i minorenni", Giuffrè, 2007
- Losana C., Bouchard M. (1994) , "La collegialità nella prassi del Tribunale per i Minorenni di Torino", *Minorigiustizia*, n.1
- Malagoli Togliatti M. (1991), "Il contesto nella psicoterapia relazionale", in Malagoli Togliatti M., Telfener U. (a cura di), *Dall'individuo al sistema*, Bollati Boringheri, Torino.
- Mazzucchelli F. (1998), "L'ascolto dell'adolescente da parte del giudice onorario psicologo clinico", *Minorigiustizia*, n. 4
- Mestiz A. (2011), "Chi sono i giudici onorari minorili? Risultati di un'indagine", *Minorigiustizia*, n.1
- Moro A.C. (2005), "Un giudice per i minori", in Spina L. (a cura di), *Corso di formazione e-learning in diritto minorile per giudici onorari*, <http://formazione.minoriefamiglia.it>.
- Occhiogrosso F. (1997), "Quale giudice per quale esecuzione", *Minorigiustizia*, n.3
- Occhiogrosso F. (2000), "Il ruolo dei Pm nei procedimenti civili minorili", *Quaderni del Consiglio Superiore della Magistratura*, n.109
- Operti L. (2006), "Al tribunale per i minorenni tristezza e speranza: riflessioni di un giudice onorario", *Minorigiustizia*, n.1
- Pazè P. (1998), "L'intelligenza emotiva e la capacità di ascolto come competenze del giudice", *Minorigiustizia*, n.4
- Pazè P. (2004), "L'ascolto del minore", in Aa.Vv., *Il bambino ascoltato. Esperienza a confronto e nuove sollecitazioni legislative*, EdizioniEts, Pisa.
- Pepino L. (2005), "Cultura dei giudici minorili e risposte al reato: tra modelli ideali e 'senso comune penale'", *Minorigiustizia*, suppli. al n.4
- 2007, Petruccelli, I., Petruccelli, F. (a cura di), *Introduzione alla psicologia giuridica. Campi applicativi e metodologie di intervento*, Milano, Franco Angeli.
- 2004, Petruccelli, F., Petruccelli, I. (a cura di), *Argomenti di psicologia giuridica*, Milano, Franco Angeli.
- Serra P. (2003), "L'identità e il ruolo del giudice onorario minorile", *Questione giustizia*, n.4
- Serra P. (2004), "Giudici onorari: formazione e funzione nei diversi procedimenti". *Seminario*, 22 maggio, Castiglione delle Stiviere.
- Serra P., " La questione dell'indipendenza del giudice onorario minorile", *Questione Giustizia*, n.1
- Serra P. (2013), *Il giudice onorario minorile. Nuova edizione aggiornata*, Franco Angeli, Milano.
- Spina L. (2004), "Corte Costituzionale, ordinanza n.330 del 4 novembre 2003- Verso una de-specializzazione del giudice minorile?", www.minoriefamiglia.it/stampa.asp?id=225
- Spitz R.A. (1962) (ed.orig. 1958), *Il primo anno di vita del bambino*, Giunti Barbera, Firenze.
- Turri G.C. (2001), "Il procedimento penale per i minorenni tra assistenza e sanzione" *Minorigiustizia*, n.3-4
- Watzlawick P., Nardone G. (a cura di) (1997), *Terapia breve strategica*, Raffaello Cortina, Milano.
- Watzlawick P., Beavin J.H., Jackson Don D. (1967), *Pragmatics of Human Communication*, Norton, New York (trad. it. *Pragmatica della comunicazione umana*, Astrolabio, Roma, 1971)



Dott.ssa Sara Velardi
Psicologa-Psicoterapeuta

IL SOSTEGNO ALLE FAMIGLIE ADOTTIVE: UN'ESPERIENZA CLINICA DELL'ASSOCIAZIONE "DESTINAZIONE MINORI" DI ROMA

di Ilvia Chieco e Maria Scribano

ABSTRACT

L'Associazione di Promozione Sociale Onlus Destinazione Minori sita a Roma presenta con questo articolo la sua esperienza clinica di supporto ad un gruppo di 6 famiglie adottive. Si tratta di una esperienza clinica ormai applicata dallo staff della Onlus da anni con l'obiettivo di favorire nelle famiglie condivisione, flessibilità, maggiore empatia, nuove esperienze emozionali e soprattutto capacità di "mettersi nei panni del bambino sempre".

Con questo articolo si vuole anche sottolineare la necessità per i professionisti che vogliono lavorare nel settore dell'adozione di avere una formazione specifica e un aggiornamento costante per poter facilitare cambiamenti funzionali nelle famiglie, genitori e figli.

In this article, Onlus Destinazione Minori, an Association of Social Promotion located in Rome, presents its clinical experience in support activities for a group of 6 adoptive families.

This is a consolidated clinical experience applied by the team for years. The aim is promoting awareness, sharing, flexibility, greater empathy, new emotional experiences and, above all, the ability to "put always yourself into child's shoes" avoiding adoptive failure or adoptive unhappiness. This article also aims to highlight the need for professionals who want to work in the adoption sector to have specific training and constant update in order to ease functional changes in families, parents and their relationships.

1. PREMESSA

Questo articolo trae spunto dall'esperienza clinica pluriennale con le famiglie adottive, maturata presso l'**Associazione di Promozione Sociale Onlus Destinazione Minori** (di seguito indicata con "Destinazione Minori") sita in Roma. Destinazione Minori ha al suo interno una équipe esperta di psicologi, medici, psicoterapeuti specializzati nel settore minorile e adozione, oltre che affidamento familiare. Ciò che caratterizza la specializzazione degli operatori è la formazione anche in ambito giuridico avendo svolto la funzione di Giudice Onorario presso il Tribunale per i Minorenni di Roma.

L'articolo vuole favorire la condivisione tra colleghi di tale esperienza clinica oltre che fornire spunti formativi e informativi agli psicoterapeuti, anche in formazione, che desiderano lavorare e specializzarsi nel settore dell'adozione.

Le domande di aiuto e sostegno da parte delle famiglie adottive, o in attesa di diventarlo, crescono in modo cospicuo soprattutto in un contesto in cui il Servizio territoriale non riesce più a fornire (per vari motivi) il sostegno che risulta fondamentale per la buona riuscita del progetto adottivo, anche ad anni di distanza dell'inserimento del minore in famiglia e ridurre "fallimenti adottivi" o "infelicità adottive", a tutela dei minori coinvolti e delle loro famiglie.

Nel presente articolo vengono forniti alcuni spunti sulla cornice giuridica relativa all'adozione per meglio comprendere il percorso adottivo, per poi affrontare nello specifico le emozioni, le difficoltà e i principali bisogni delle famiglie adottive.

La parte centrale è dedicata all'esperienza clinica maturata da anni presso il Centro Adozioni di Destinazione Minori con varie famiglie: nello specifico attualmente sono attivi **4 gruppi per un totale di 24 famiglie e una media di 6 coppie per ogni gruppo.**

L'articolo approfondisce le fasi di lavoro di uno di questi gruppi, costituito da 6 coppie genitoriali e i loro bambini adottati di età tra 0-6 anni.

2. II PERCORSO ADOTTIVO

L'équipe di Destinazione Minori reputa fondamentale per i professionisti conoscere la cornice che porta una coppia o una famiglia ad accogliere un bambino adottabile.

Conoscere l'iter che ha dovuto percorrere la famiglia, con tutte le sfumature emotive, diventa infatti nel corso della presa in carico una risorsa fondamentale per i professionisti.

Questo il motivo per cui abbiamo dedicato all'argomento una parte dell'articolo. Parte che non può essere esaustiva – essendo un altro il focus dell'articolo - per cui rimandiamo ad approfondimenti il lettore interessato.

Come si diventa famiglia adottiva.

Tutti gli adempimenti necessari per diventare idonei all'adozione e per rendere un bambino adottabile sono presenti nella Legge 184 del 1983.

Possiamo sintetizzare il percorso riferendo che una coppia sposata da almeno tre anni o sposata con una convivenza provata di almeno tre anni può fare al Tribunale per i Minorenni, della città dove ha la residenza, domanda di idoneità all'adozione internazionale e/o di disponibilità all'adozione nazionale.

La coppia farà una serie di incontri di informazione sull'adozione e in seguito sarà valutata da una équipe di operatori del Servizio territoriale (assistenti sociali e psicologi) riguardo la loro capacità di accudire e accogliere un minore in stato di adottabilità. La coppia sarà valutata anche dal punto di vista medico sanitario e si fanno accertamenti presso il casellario giudiziario per eventuali carichi pendenti degli aspiranti genitori e dei loro più stretti parenti.

Tutti gli elementi raccolti nel corso degli accertamenti vengono valutati dai Giudici del Tribunale per i Minorenni per emettere un Decreto di idoneità alla coppia per l'adozione internazionale e/o per inserire la coppia nella banca dati delle coppie disponibili all'adozione nazionale nel Tribunale per i Minorenni dove si è fatta la domanda.

Dopo aver ottenuto il Decreto di adozione internazionale la coppia ha un anno di tempo dalla notifica dello stesso per dare mandato ad un Ente autorizzato e procedere per una eventuale proposta di abbinamento con un minore di un Paese straniero.

Le coppie inserite in banca dati che sono risultate idonee per adozione nazionale possono essere chiamate dal Tribunale per avere proposte di abbinamento di uno o più minori secondo le

disponibilità date (R. Ianniello, L. Mari, 2007), fino ai tre anni successivi alla presentazione della domanda. Le coppie a scadenza della domanda possono chiedere il rinnovo e devono effettuare un nuovo accertamento degli elementi psicologici, sociali, e medico sanitari visto il tempo trascorso dalla precedente domanda. Nel corso della disponibilità le coppie possono fare domanda anche in altri Tribunali presenti sul territorio nazionale.

Nell'articolo parliamo spesso di coppie che vogliono adottare ma vanno considerate anche le famiglie biologiche o adottive che vogliono accogliere uno o due bambini adottabili. Per loro il percorso è uguale a quello delle coppie ma la valutazione include anche gli eventuali effetti sull'equilibrio familiare e sulla crescita del bambino presente nella piena tutela di tutti i minori coinvolti.

Quando parliamo di abbinamento parliamo dell'unione di due storie: quella della coppia/famiglia che sceglie di accogliere un minore e quella di un bambino dichiarato adottabile. A tal proposito è importante chiarire che un bambino è adottabile non solo perché viene abbandonato dai genitori alla nascita ma perché il Tribunale decide di allontanarlo da una famiglia non accudente e pregiudizievole nei suoi confronti.

Caratteristica importante è una prognosi non favorevole emersa dagli accertamenti fatti, nel senso che la condizione di non tutela del bambino è riconducibile ad un periodo non limitato nel tempo e non definibile, pregiudicando così un buon progetto di vita del bambino.

Le caratteristiche delle mancate responsabilità genitoriali e le innumerevoli forme di abusi e maltrattamenti subiti dai bambini sono un argomento ampio che non può essere approfondito in questo articolo.

Va comunque sottolineato come per abusi e maltrattamenti non si deve solo pensare all'abuso sessuale, al maltrattamento fisico, alla trascuratezza fisica, all'ipercura ma anche all'abuso psicologico, alla violenza assistita, alle forme di non adeguato attaccamento.

Le conseguenze sul piano dello sviluppo emotivo ed evolutivo del bambino possono avere la stessa incidenza al di là della tipologia di abuso subito.

Le coppie adottive attraversano e vivono innumerevoli emozioni, dalla scelta di adottare, al percorso di informazione e valutazione, all'idoneità ad adottare, all'eventuale proposta di abbinamento con il minore e infine alla conoscenza del bambino in casa famiglia, all'ingresso a casa loro e nella loro famiglia allargata fino agli anni successivi non privi di difficoltà proprio per i vissuti specifici del minore adottato (la cosiddetta fase del "post adozione").

Occorre sfatare il mito che "basta una famiglia" per "sanare" le difficoltà del bambino.

La famiglia necessita di supporto professionale ed emotivo per individuare modalità funzionali per ogni specifico bambino.

Per meglio chiarire tutta questa procedura alleghiamo di seguito l'Infografica creata ad hoc dallo staff del Centro Adozioni di Destinazione Minori:

Adottiamo un bambino?

Le prime cose da verificare:

- ✓ Desideriamo un bambino. Ci riflettiamo. Abbiamo bisogno di primissime informazioni
- ✓ Siamo sposati e possiamo dimostrare che tra convivenza e matrimonio sono passati almeno tre anni. Se abbiamo già un minore a casa possiamo adottare solo minori più piccoli di lui/lei
- ✓ Abbiamo più di 18 anni ma meno di 63, una casa in affitto o propria e buone condizioni di vita
- ✓ Abbiamo già fatto il corso propedeutico alla ASL (Azienda Sanitaria Locale) oppure al Consultorio familiare di zona

La prima cosa da decidere:

VEDI QUESTO SIMBOLO? QUI POSSIAMO FORNIRE ASCOLTO E SUPPORTO

Adozione Nazionale, o Internazionale?

Possiamo anche farle entrambe!

Continuiamo il nostro percorso!

Preparare tutti i documenti richiesti dal Tribunale per i Minorenni e depositare domanda in cancelleria

Attestare l'avvenuta convivenza, nel caso si sia sposati da meno di 3 anni

Colloquio con il GIL (Gruppo Integrato di Lavoro) composto da Assistente sociale e Psicologa/o, per individuare le proprie disponibilità a caratteristiche specifiche del minore

Fare le indagini medico-legali (esami clinici) e il colloquio con il Corpo di Polizia

Attendere l'inserimento nella lista di attesa per ADN (Adozione Nazionale) e/o il Decreto di idoneità per ADI (Adozione Internazionale). In caso di non idoneità è possibile fare ricorso in Corte d'Appello
Colloquio con un Giudice Onorario del Tribunale per i Minorenni

Attendere la relazione del GIL, del Medico Legale, e del Tribunale per i Minorenni (per il casellario giudiziale)

Adozione Nazionale:

Inserimento in Banca Dati della propria disponibilità. Fare eventualmente domanda in altri Tribunali per i minorenni

Periodo di attesa per un eventuale abbinamento

Eventuale Convocazione in Tribunale per colloquio con Giudice Togato o Onorario per proposta di abbinamento

Incontro di «rete» con la casa famiglia, Tutore e Giudici

Se non scelti

Se scelti, incontro con il bambino, decreto di frequentazione e successivo collocamento a casa

Affrontare tutto il periodo del rischio giuridico

Aspettare la relazione del GIL ed il decreto di affidamento preadottivo (durata un anno)

Aspettare la relazione finale del GIL ed il colloquio finale con il Giudice Onorario

Decreto di Adozione Definitiva, cambio del cognome e dei documenti del minore

Inizia il POST-adozione

Adozione Internazionale:

Scegliere l'Ente ADI ed il Paese

Fare il percorso di preparazione all'adozione internazionale con l'Ente scelto

Abbinamento in ADI con Ente e decisione di accettazione

Attendere di conoscere il bambino o la bambina

Frequentazione all'estero, anche con più di un viaggio

Arrivo in Italia e inserimento del minore a casa.

Trascrizione dell'atto di adozione del paese straniero, con cambio del cognome

destinazione minori.it



3. PERCHE' LE FAMIGLIE ADOTTIVE HANNO BISOGNO DI SUPPORTO PSICOLOGICO

Le Autrici lavorano da anni in questo ambito, intervenendo in una casistica ampia di disagi, difficoltà e disturbi. Non va assolutamente generalizzata questa condizione né mai equiparata l'adozione a priori ad una condizione di disagio o pregiudizio. Ci sono realtà adottive che non presentano difficoltà o solo eventuali difficoltà tipiche delle fasi evolutive e non legate alla storia adottiva. In questo articolo ovviamente ci focalizziamo sui disagi e le difficoltà per dare un contributo agli specialisti che vogliono lavorare o già lavorano nel settore. Dall'altra parte l'esperienza clinica evidenzia come sia importante un confronto e un sostegno anche in quelle situazioni prive di difficoltà evidenti ed eclatanti proprio perché risulta sempre utile a livello genitoriale la riflessione, l'ascolto delle emozioni, la flessibilità e la condivisione.

Quando si parla di bambini adottati che presentano difficoltà, si parla di diverse forme di disagio e di sofferenza anche legate alla fascia di età. Va inoltre considerato che non sono esclusi da eventuali disagi i minori che sono stati adottati, per esempio, a pochi giorni dalla nascita e va considerato che il disagio può esprimersi ad anni di distanza dall'inserimento nella famiglia adottiva.

Lavorare in questo settore ci ha portati ad intervenire su bambini con difficoltà di apprendimento, con atteggiamenti oppositivi provocatori, in ritardo con lo sviluppo evolutivo, con atteggiamenti aggressivi, o iperattivi, con disregolazione emotiva. Spesso vengono richieste valutazioni dalla scuola e attuati per loro programmi formativi specifici (Bisogni Educativi Speciali) e richiesti insegnanti di sostegno. Sono bambini che spesso faticano ad avere fiducia nell'adulto, a gestire le separazioni.

Purtroppo tali disagi e l'instaurarsi di dinamiche relazionali e familiari disfunzionali possono portare al cosiddetto "fallimento adottivo": al termine di un percorso di incomunicabilità e sofferenze, da parte dei genitori e del minore, si arriva in casi estremi ad un ricollocamento di quest'ultimo, su disposizione del Tribunale per i Minorenni, presso una casa famiglia, in attesa di una nuova eventuale successiva adozione.

Risulta evidente la drammaticità di tale situazioni e le ripercussioni sui genitori e soprattutto sul minore (M.T. De Camillis, T. Zaccariello, 2013).

Si fa pochissima ricerca in Italia su tale settore. Basta pensare che da una ricerca bibliografica risultano solo due ricerche esplorative effettuate (2003-2013) dal Tribunale per i Minorenni di Milano e da quello di Roma. Si tratta di due ricerche distinte, ognuna riferita al proprio territorio di appartenenza (O. Pennisi, 2013).

Dai dati raccolti in entrambi i Tribunali emerge un quadro di cause dei fallimenti adottivi (separazione dal minore adottato) abbastanza variegato: emergono "costellazioni" di cause che riportano a fattori di rischio quali le caratteristiche dei bambini adottati, dei genitori adottivi e dell'intervento professionale.

Nelle ricerche indicate risulta interessante soffermarsi sull'analisi delle domande di aiuto che le famiglie in difficoltà hanno avanzato prima di sentirsi costretti a separarsi dal minore: nel 47,7% dei casi le famiglie in difficoltà non hanno richiesto l'intervento dei servizi sociali. Dai casi stimati sia dal Tribunale di Milano che di Roma i servizi risultano essere stati carenti da questi scenari nella fase di supporto durante l'adozione.

L'équipe del servizio territoriale è tenuta a monitorare e sostenere la famiglia nel periodo del collocamento e dell'affidamento preadottivo, ma di fatto dalla nostra esperienza professionale emerge che gli operatori faticano a farlo, spesso per carenza di personale.

Il tutto è demandato alle singole coppie, alla loro capacità di rendersi conto di essere in difficoltà e di ammettere di aver bisogno di aiuto, fino a chiedere questo aiuto e iniziare i percorsi di sostegno con professionisti del settore.

Le ricerche citate e la nostra esperienza professionale hanno evidenziato in questi anni l'esistenza di un comune denominatore che attraversa tutti i casi di difficoltà adottive ed è la **MANCANZA DI SUPPORTO E DI AIUTO PROFESSIONALE ALLE FAMIGLIE ADOTTIVE** (Pennisi, 2013) in tutte le fasi del percorso adottivo, anche a distanza di anni dal momento dell'adozione .

4. IL LAVORO CLINICO DI GRUPPO CON LE FAMIGLIE ADOTTIVE

Dopo varie esperienze di sostegno alle famiglie adottive in modo individuale e con numerosi incontri informativi e formativi con le famiglie, la Onlus inizia a utilizzare nel 2017 un **setting di gruppo**.

Ad oggi l'équipe specifica di Destinazione Minori ha in carico un totale di **4 gruppi di famiglie adottive per un totale di 24 famiglie**.

Il sostegno individuale è ancora presente e molto utilizzato in Destinazione Minori e funzionale a dare uno spazio specifico alla SINGOLA storia di quella famiglia. Si tratta di uno spazio dove la centratura è unicamente quella famiglia, quella fase storica che attraversa e i loro bisogni.

Nel sostegno individuale è sempre garantita la presenza di due psicoterapeute esperte in adozione e la stessa co-conduzione è attuata negli incontri di gruppo.

Per scelta ogni gruppo è costituito da un massimo di 6 famiglie per garantire l'espressione massima dei bisogni familiari e creare un clima "più intimo", che favorisce maggiormente fiducia e profondità dell'ascolto delle emozioni. La nostra esperienza ci porta assolutamente ad evitare gruppi superiori al numero di 6.

Un'ulteriore scelta è quella di creare gruppi omogenei per fasce di età dei bambini: ciò facilita la condivisione di problematiche legate alla fascia di età a prescindere dal momento dell'adozione (tempo trascorso dall'adozione). Per cui si hanno gruppi di famiglie con minori 0-6 anni e dai 6 anni ai 12 (prescolari e post scuola).

Nei gruppi con bambini 0-6 anni abbiamo attivato la modalità doppia (bambini che giocano e genitori che si incontrano) di cui parleremo nel dettaglio in seguito.

Ad ogni incontro è il gruppo che **propone i suoi argomenti, le sue riflessioni**, e ogni individuo che **rappresenta le sue eventuali difficoltà**.

Le terapeute si pongono in una condizione di **assoluto ascolto dei bisogni e delle espressioni di ciascun partecipante**. Si pone attenzione al singolo all'interno del gruppo utilizzando anche le risorse del gruppo stesso.

La cadenza degli incontri avviene per tutti i gruppi mensilmente e per la durata di due ore circa.

La FORZA di tale esperienza è anche la presenza dei bambini in una stanza attigua a quella dove i genitori incontrano le terapeute.

I bambini hanno l'occasione di stare insieme, di giocare tra di loro mentre i genitori fanno sostegno. I bambini sono seguiti nei giochi da due/tre volontarie di Destinazione Minori opportunamente formate e selezionate per le loro specifiche caratteristiche che le rendono maggiormente adeguate per la fascia di età dei minori.

Tale **“doppia” attività (bambini che giocano e genitori che lavorano ai fini di un sostegno)** ha presentato innumerevoli elementi positivi e ci ha portato a varie riflessioni.

E' stato lo stesso gruppo a proporlo per meglio organizzarsi e non dover pensare a chi e come lasciare i bambini: prendersi uno spazio ma “non troppo distanti dai bambini” è stata una riflessione che ha aiutato le coppie a riflettere sul loro essere genitori.

Il gruppo ha accettato il rischio di “incursioni” dei bambini nella stanza soprattutto all'inizio quando ancora loro si dovevano abituare ad una modalità diversa di stare insieme agli altri.

Con il trascorrere del tempo le incursioni sono fortemente diminuite ma quando erano presenti è stato possibile per noi psicoterapeute osservare le dinamiche familiari, le reazioni della coppia genitoriale o di uno dei due, per poterle utilizzare e restituire alle coppie stesse e aiutarle a trovare modalità maggiormente funzionali all'autonomia del bambino.

Stessa osservazione viene effettuata nel tempo all'arrivo delle famiglie in sede, al momento della separazione con i loro figli, e in seguito a fine incontro. Si possono osservare i cambiamenti delle dinamiche genitori-figli in una occasione di osservazione libera e spontanea.

Abbiamo visto bambini con difficoltà di separazione abituarsi a salutare i genitori e andare nella loro stanza giochi con i loro amichetti, abbiamo visto i genitori gestire meglio tale separazione e modificare le modalità di saluto con i loro bambini, vediamo i bambini restare per due ore con i volontari a fare lavoretti e giocare in forma libera.

A volte è stato utile avere un confronto con le volontarie per avere maggiori elementi di osservazione dei comportamenti di alcuni bambini senza la presenza dei genitori e con i pari.

Una caratteristica vincente è stata la **co-conduzione del gruppo da parte di due psicoterapeute** con esperienze professionali simili ma non solo, con esperienze formative diverse ma strettamente complementari, con una esperienza comune più che decennale come Giudici Onorari presso il Tribunale per i Minorenni nel settore adozione e della volontaria giurisdizione.

Una psicoterapeuta madre adottiva e affidataria e una psicoterapeuta madre biologica: questo aspetto che prima era stato non considerato come risorsa preziosa dalle psicoterapeute è diventato sempre più una “forza professionale”. Per ogni situazione portata dal gruppo, la terapeuta madre adottiva può utilizzare in modo strategico anche le sue esperienze per fornire spunti al gruppo; la terapeuta madre biologica può portare la sua visione e spesso “normalizzare” all'età del bambino e alle caratteristiche dei bambini non adottati quando la difficoltà è ricondotta dal gruppo in modo troppo univoco alla storia adottiva del figlio.

L'esperienza della co-conduzione è estremamente positiva e costruttiva; siamo lo “specchio” del gruppo, nel senso che abbiamo individuato in noi le stesse dinamiche che sono diventate sempre più le caratteristiche di questo gruppo: rispetto dei tempi una dell'altra; piena fiducia professionale nell'altra; ascolto reciproco sincero; supporto nei momenti di impasse; curiosità e arricchimento nell'ascoltare come l'altra “vede le cose”; grande tranquillità nel lavorare; emozioni; arricchimento

professionale. Possiamo dire che questa esperienza per noi psicoterapeute è stata molto arricchente dal punto di vista professionale. Le riflessioni e le restituzioni diverse al gruppo da parte di ciascuna diventano per i partecipanti punti di vista diversi e un arricchimento esperienziale da utilizzare poi nella loro vita e nelle relazioni familiari e sociali.

Le psicoterapeute inoltre provengono da percorsi formativi e di specializzazione diverse e questo ha rappresentato una ulteriore risorsa nell'ottica piena **dell'integrazione dei modelli di riferimento** e di intervento.

Vengono utilizzate da entrambi le basi teoriche e le tecniche della conduzione di gruppi in contesti clinici.

5. UNA FINESTRA SULLE EMOZIONI, RIFLESSIONI E BISOGNI PORTATI DAL GRUPPO DI FAMIGLIE ADOTTIVE

In questo articolo ci focalizzeremo sull'esperienza di un gruppo specifico di genitori con minori fino a 6 anni di età e riguarda una conduzione di un gruppo avviata già dal 18 marzo del 2017: è stata una madre adottiva che ci ha fatto la richiesta di iniziare il gruppo e si è fatta portavoce anche per gli altri.

Il gruppo di cui parleremo nello specifico in questo articolo consiste in 6 coppie con bambini dai 2.5 ai 5 anni al momento della costituzione del gruppo.

I bambini sono 4 adottati alla nascita, due all'età di 2 anni (in casa da un anno al momento della costituzione del gruppo).

Quattro coppie già si conoscevano tra di loro, mentre due non conoscevano nessuno. Tutti avevano avuto esperienza di partecipazione ad altri gruppi ma tendenzialmente auto-condotti.

I bimbi sono tre maschietti e tre femminucce. Una bimba è di origine afro-brasiliana, un bimbo di etnia rom.

Scrivere su una attività clinica è abbastanza complesso: le emozioni che circolano sono tante e a diversi livelli; gli argomenti trattati si intrecciano e si completano. Questo per chiarire al lettore che soprattutto in questa parte dell'articolo abbiamo dovuto fare alcune scelte perché sono innumerevoli le emozioni e le riflessioni che sono circolate nel lavoro con questo gruppo.

Cercheremo di schematizzare il più possibile gli argomenti e le emozioni che sono state maggiormente presenti nell'arco di questi anni in un gruppo che "è cresciuto insieme ai propri figli".

Il gruppo ha chiesto di fare un percorso con professionisti esperti nel settore spinti dall'esigenza di confrontarsi su dubbi e difficoltà: dopo la fase dell'abbinamento si sentivano soli e "abbandonati" dalle istituzioni e dai Servizi del territorio, un po' persi davanti alle loro difficoltà anche a distanza di tempo dall'ingresso del bambino in famiglia.

Alcuni di loro avevano partecipato ad altri gruppi descritti come principalmente autocondotti e quindi volti più al confronto di esperienze tra pari.

Sentivano la mancanza di una esperienza che oltre la condivisione e il confronto tra pari potesse godere del contributo di psicoterapeuti esperti.

Gli incontri di gruppo si sono sempre svolti in un ambiente sereno, di sincera condivisione, con un ricco scambio di emozioni (pianto, risate, occhi lucidi, ecc...) e piena partecipazione di tutti, rispettoso pienamente degli altri sempre.

Le coppie si sono man mano sempre più amalgamate, mostrando grande fiducia nell'altro e ascolto sincero, condividendo anche spazi di divertimento e di incontri oltre lo spazio degli incontri di gruppo, la rete di sostegno si è creata e consolidata negli anni sempre più, offrendo una preziosa risorsa nel quotidiano tra loro adulti e anche tra bambini.

I bambini si sono molto uniti sempre più tra di loro e arrivano felici in sede per incontrare i loro amici.

Le psicoterapeute all'inizio dell'incontro non portano mai un loro argomento o una loro riflessione ma lasciano che sia **ogni partecipante a produrre emozioni**, a riportare episodi sui quali sente il bisogno di confrontarsi e migliorare.

Come dicevamo **tanti sono stati gli argomenti oggetto di riflessione** e ne trattiamo alcuni nel pieno rispetto della privacy delle persone coinvolte e rendendo le riflessioni e le emozioni non riconducibili a specifiche persone.

Un interessante argomento che ha portato a varie riflessioni è stato “come **equilibrare** gli effetti possibili della storia adottiva con il considerarli alla stregua degli altri bambini”. Tale considerazione ha una caduta su tanti livelli educativi, comportamentali ed emotivi. *Come posso interpretare i comportamenti di mio figlio alla luce della sua storia di abbandono e dei traumi che ha subito, ma non rendendolo “vittima” o considerandolo “speciale”?* e quindi attuare modalità comportamentali che non solo possono rinforzare questo vissuto nel bambino ma possono incidere sulla sua fiducia e sicurezza.

Trattando questo aspetto le coppie hanno sperimentato quante erano le caratteristiche comuni nei loro bambini: difficoltà a gestire le frustrazioni, attenzione continua alle parole e comportamenti dei genitori, possessivi con i genitori, ansia da separazione, insicurezza, prepotenza, oppositività, difficoltà nell'alimentazione, nel ritmo sonno veglia.

Restituire ciò li ha portati a potenziare l'ascolto degli altri, a rassicurarsi vedendo problemi comuni, ad aumentare la loro consapevolezza e sicurezza, diminuendo le preoccupazioni, soprattutto di sbagliare e potendo apprendere le diverse modalità di gestione utilizzate dagli altri partecipanti.

Abbiamo notato una elevata sensibilità all'**errore**, tanta paura di sbagliare in loro genitori, tanta responsabilità e senso di colpa per gli errori: paura di far male a bambini già feriti, già provati dalla vita.

E' molto frequente in loro la paura di esser “dannosi” quando invece un Tribunale li ha scelti per “recuperare” questi bambini.

Anche perché sentono che le istituzioni li hanno “scelti”, gli hanno dato un grande compito, importante e devono corrispondere a questa fiducia data dallo Stato: essere “bravi” genitori, adeguati. Anche un atteggiamento leggermente punitivo nei confronti del figlio viene vissuto con senso di colpa: “creo frustrazione ad un bambino già provato dalla vita; facilito in lui il ricordo di

un ambiente precedente non accudente e non tutelante”. Questo atteggiamento se non elaborato e superato può portare ad una mancanza di confini educativi, comportamentali e ad insicurezza nei bambini.

Il gruppo li ha aiutati sempre più ad essere genitori “spontanei”, liberi nonostante la storia dei bambini, liberi dalla trappola di “curare le ferite dei figli”, liberi dal dover essere perfetti. Da una parte va considerata la loro storia adottiva ma questa non deve diventare una gabbia o una lettura univoca di tutto quello che accade. Come terapeute abbiamo tanto lavorato su questo aspetto favorendo equilibrio, ma soprattutto fiducia in loro stessi e nelle loro risorse e flessibilità in base al singolo momento, alla singola situazione che la famiglia vive.

Legato a questa difficoltà è il “come farsi rispettare e dare le **regole**” soprattutto se ci sono atteggiamenti oppositivi. Sapere che sono difficoltà comuni a tutti su tale aspetto ha molto rassicurato le coppie e i singoli genitori. E’ stato utile anche sperimentare alcune modalità usate da altre coppie e farle proprie; sperimentarle dentro le mura di casa per poi raccontarle all’incontro successivo.

Le terapeute li hanno accompagnati nella loro storia personale e di coppia, nell’individuare le **modalità educative** dei loro genitori **apprese** da loro in quanto figli. Alcuni si sono riscoperti più simili di quanto pensassero ai loro genitori e in alcuni casi tale considerazione li ha aiutati a “risolvere” il rapporto con i propri genitori o a iniziare a farlo. La loro flessibilità a riguardo è aumentata durante il periodo degli incontri.

Le modalità educative e comportamentali dei nonni dei bambini erano spesso colme di emozioni di fastidio da parte dei genitori che non si sentivano rafforzati nelle loro capacità genitoriali, ma anzi “criticati, messi in discussione”: è emerso forte il bisogno di essere considerati “validi” genitori anche e soprattutto da parte dei loro stessi genitori.

In alcune situazioni lavorare su questo aspetto ha portato ad individuare strategie di maggiore autonomia, a prendere la giusta distanza da atteggiamenti, caratteristiche, modalità che non sono in linea con il nuovo nucleo familiare.

Parlare della propria famiglia di origine in un gruppo di genitori adottivi significa sentire l’eco emotivo della **famiglia di origine del proprio figlio**: tanta la paura, i dubbi, la necessità di confronto, la paura di sbagliare su questo aspetto.

Le psicoterapeute hanno accompagnato le famiglie a trovare le modalità per “mantenere viva” la storia adottiva del bambino, tenendo conto delle singole specificità della storia e del bambino stesso.

Si sono trovate modalità nuove e tipiche di ogni famiglia, si sono superati alcuni fantasmi parlandone in gruppo, si sono condivise le peggiori fantasie a riguardo, si sono condivisi libri e testi specifici, si sono costruiti in ogni famiglia libricini che univano le storie del bambino come simbolo di piena accettazione e rispetto della storia del bambino senza fratture: il bambino “è” anche “tutta” la sua storia, in un continuum.

Si sono accolte le emozioni, con tutte le sfumature, nei confronti dei genitori biologici: nel gruppo circolavano emozioni di rabbia, gratitudine (*“grazie per averlo comunque fatto nascere”*), sensazione di pericolo, ~~paura che possano decidere di pretendere contatti con il figlio, etc...~~

Si è lavorato tanto su “cosa si prova verso la famiglia biologica”, su “come chiamarli?”.

Ci si è confrontati sulla eventuale curiosità di sapere di più della storia del proprio figlio “*vogliamo avere notizie o meglio di no? Vado a cercare o no?*”.

Vari incontri sono stati dedicati a tale tema che spesso trovava un'eco nelle loro **gravidanze mancate**, nei loro anni di frustrazione per un bambino biologico che non arrivava, nelle loro emozioni quando in quel periodo notavano in modo assurdo “*tante pance in giro*” e provavano emozioni forti e dolorose.

Il gruppo ha permesso alle mamme ma anche ai papà adottivi di entrare in modo protetto a vedere quegli anni trascorsi e a “mettere a posto”, a parlarne con più forza, a ricollocare in loro quella esperienza anche ad anni di distanza, anche con un figlio nella “stanza accanto”.

Come la famiglia adottiva non può “sanare” l'esperienza di abbandono, ma può aggiungere esperienze positive in modo tale che l'esperienza dolorosa sia affrontabile e superabile, così è emerso che anche l'aver un figlio non può “sanare” del tutto quelle esperienze dolorose di mancata filiazione biologica che, se ricontattate, suscitano forti emozioni.

Le famiglie attraverso questo lavoro hanno evidenziato quanto si tende a parlare sempre e spesso della madre biologica e raramente della figura del **padre**.

Le psicoterapeute li hanno aiutati a dare una adeguata attenzione anche al vissuto che i loro figli potrebbero avere nei confronti non solo della cosiddetta “mamma di pancia” ma anche del “papà biologico”.

I padri adottivi in parte si sentono di non confrontarsi con la figura paterna biologica: un costrutto mentale non reale ma solo frutto della cultura di appartenenza a nostro parere.

I papà hanno avuto uno spazio anche per raccontarsi negli anni dei tentativi di diventare padre biologico, della loro “necessità” di dare forza alle loro compagne, delle loro taciturne emozioni, di dover mettere da parte il loro dolore per poter accogliere quello delle compagne.

Parlare della famiglia di origine ha portato le famiglie a confrontarsi con il tema del “**vuoto**” e del “**non sapere**”.

Nella storia adottiva bisogna fare i conti con ciò che non si sa per aiutare i propri figli, a fare i conti con quello che non sanno e che forse non potranno mai sapere della loro storia adottiva (domanda principe “*perché sono stato abbandonato o sono stato tolto dalla famiglia dove sono nato*”).

Le coppie sono state accompagnate ad individuare le risorse che avevano già messo in campo in altre situazioni simili nella loro vita in cui “non sapevano, non conoscevano”. Le coppie, ad esempio, si sono messe in contatto su quanto non sanno della vita precedente dei loro partner, su come loro stessi hanno gestito nella loro vita il vuoto di informazioni diventando un modello per i figli di come si affrontano situazioni di vuoto informativo.

Ciò li ha portati a considerare la risposta “non so” alle possibili domande dei loro figli sul loro passato: “*non so, ma possiamo fare ipotesi insieme di cosa può essere accaduto*” è la frase e il concetto costruito dalle famiglie a seguito di incontri, riflessioni, cambiamenti interni individuali e di coppia.

Poter essere non perfetti e insieme ai figli **creare delle risposte** piuttosto che **dare** risposte a **domande** spesso viste e percepite come “**scomode**”.

E' tipico infatti dei bambini adottati fare domande sul loro passato ai genitori nei momenti meno intimi e meno previsti. E spesso i genitori entrano in difficoltà. Il gruppo ha aiutato i partecipanti anche su questo aspetto aumentando la sicurezza e la stima nelle loro capacità di individuare la risposta più adeguata alla loro famiglia e alla loro storia.

Collegato a questo ultimo argomento quello della **protezione** del proprio figlio, da eventuali parole o osservazioni da estranei o dalla famiglia: come gestire le domande inopportune degli altri sull'adozione del bambino. In tale senso è stato utile aiutare i genitori a creare un'alleanza forte con il proprio figlio: pensare più al bambino che a sé o agli altri; costruire anche delle ipotetiche frasi da dire insieme al bambino (dipende ovviamente dall'età dello stesso) quando ci si trova di fronte ad alcune domande da parte degli estranei. Ciò per garantire la totale privacy del bambino. Ci sarà un tempo in cui il bambino forse vorrà parlare a tutti della sua storia di adozione, ma ci sarà un tempo in cui il bambino/adolescente non ne vorrà parlare con nessuno o vorrà scegliere qualcuno con cui parlarne.

Si è affrontato anche l'argomento di chi per il **colore della pelle e l'etnia di appartenenza** non può scegliere di dire o non dire, di condividere o non condividere: si è vista questa situazione dal punto di vista del bambino per empatizzare con lui e stargli accanto.

Il tema della **scuola** si è presentato nel gruppo in modo chiaro e a volte totalizzante a ridosso dell'inizio dell'anno scolastico del primo anno di primaria. Alcune difficoltà si erano riscontrate già nella scuola dell'infanzia. Ansia e preoccupazione, non sapere come comportarsi in relazione ai docenti, sono state alcune emozioni che sono tutt'ora affrontate nel gruppo.

Tale argomento, quello della scuola per i bambini adottati, è molto vasto e interessante e meritevole di approfondimenti. Non tutti, ma parecchi bambini adottati presentano difficoltà nell'apprendimento, disturbi dell'attenzione: a noi piace riferire che questi bambini pongono attenzione ad altro, alle emozioni interne ed esterne e meno ai concetti da apprendere. Questo li rende ad alcuni occhi bambini con "difficoltà" di attenzione e quindi a rischio di etichette diagnostiche.

Altri temi trattati sono stati: la **rabbia** e come gestirla, la gestione dei **nonni** quando il loro modello educativo non è in linea con quello dei genitori, le ansie da separazione, la gestione del cibo in alcuni casi, la "preferenza" del figlio per un genitore piuttosto che per un altro e come facilitare la figura che il bambino sembra meno accettare, la complementarità della coppia genitoriale, la scelta di adottare per una seconda volta, il rapporto di coppia che cambia con la crescita del bambino, le emozioni meno piacevoli come la stanchezza dei genitori, il senso di essere "pieni" di emozioni e di fatti, la mancanza di tempo e soprattutto di spazi di sé e per la coppia, l'essere soffocati per la concentrazione di energie e attenzione al bambino e al quotidiano. Tutti hanno mostrato difficoltà all'inizio a lasciare il bambino anche ai nonni. Dopo che hanno preso coraggio e sperimentato, hanno avuto invece un grande benessere nel prendersi degli spazi per se stessi, la coppia, il riposo o fare attività che piacciono.

Da parte delle psicoterapeute c'è stato sempre un filo conduttore che vogliamo evidenziare a conclusione e che è quello di aiutare il genitore a "**guardare il mondo con gli occhi del proprio bambino**", crescere come individui e come genitori mettendosi nei panni del bambino.

Difficile, ad esempio, interpretare e leggere l'opposizione come un mettere alla prova la fiducia dei genitori, come richiesta di attenzione. In questo aspetto nello specifico il mettersi nei panni del

bambino ha aiutato i genitori a non entrare in una escalation rischiosa di rabbia e distacco dal bambino stesso e dal loro desiderio genitoriale.

Nel corso degli incontri abbiamo anche fornito in modo strategico alcuni aspetti teorici di riferimento a quello che nello specifico rimandavamo a loro. Questa modalità è stata molto costruttiva e molto gradita dai partecipanti che hanno avuto modo di ancorare le riflessioni a concetti teorici riconosciuti nella pratica clinica.

6. CONCLUSIONI: L'IMPORTANZA DEL SUPPORTO ALLE FAMIGLIE E DELLA FORMAZIONE AGLI OPERATORI

A conclusione di questo articolo, basato sulla nostra esperienza clinica, vogliamo evidenziare l'importanza di un sostegno clinico alle famiglie adottive in tutte le loro fasi evolutive.

Dalla nostra esperienza risultano importanti alcuni elementi e risorse come la condivisione, la flessibilità, mettersi in discussione ma soprattutto **“il mettersi nei panni del proprio bambino”**. L'esperienza descritta in questo gruppo è paragonabile a quella che le terapeute stanno avendo con gli altri gruppi anche se caratterizzate da alcuni elementi tipici e dalla fascia di età maggiore dei bambini (in un gruppo).

A conclusione vogliamo sottolineare l'importanza di una formazione specifica per poter operare nel settore delle adozioni.

E' un settore dove bisogna unire la pratica e le conoscenze cliniche di base con l'evoluzione e le fasi specifiche del percorso adottivo; dove alcune strategie possono essere più funzionali proprio per il fatto, ad esempio, di riuscire a raggiungere specifici obiettivi in un tempo abbastanza breve. Occorre saper mettere insieme adozione e la realtà quotidiana di quel bambino specifico, saper interpretare i comportamenti, sapere delle tappe che un'adozione può comportare, conoscere i cambiamenti e gli adattamenti che ogni bambino deve affrontare, conoscere gli effetti dell'abbandono, essere a conoscenza della cornice giuridica e, attraverso questa, entrare veramente nei panni di quel bambino.

Lavorare con le famiglie e per queste famiglie significa anche saper gestire la “responsabilità professionale”.

Se da una parte tale concetto deve essere sempre presente nella pratica clinica, l'équipe di Destinazione Minori lo sente ancora più forte in questo campo.

Ricordiamo infatti che sono bambini che hanno subito un abbandono, hanno già avuto una famiglia non accudente e hanno quindi estremo bisogno di una famiglia adeguata, hanno bisogno che la famiglia assegnata loro dal Tribunale sia la famiglia che li possa saper accogliere e aiutarli a crescere. Ed è per questo aspetto che lo psicoterapeuta che si accinge a lavorare con una famiglia adottiva deve assumersi ancora di più la responsabilità di una formazione specifica da integrare con quella di base come psicoterapeuta.

Va specificato come in questo settore mancano ricerche e approfondimenti sugli elementi che possono incidere sulla buona riuscita dell'adozione.

Sarebbero auspicabili sempre più lavori su tale argomento e sempre più confronto sulle esperienze cliniche con le famiglie adottive.

Confidiamo con questo articolo di aver contribuito a riguardo.

Riferimenti bibliografici

Andolfi M , Chistolini M , D'Andrea A, “ *La famiglia adottiva tra crisi e sviluppo*” , Franco Angeli, 2017

Bandler R, Grinder J. “*I modelli della tecnica ipnotica di Milton H. Erikson*”, Astrolabio, 1975

Brodzinky D.M, Paljos J” (a cura di) “*Lavorare nell'Adozione*” a cura di M. Chistolini, Franco Angeli 2011

Celia G. “*La psicoterapia strategico - integrata*”, Franco Angeli, 2016

Chistolini M., “*La famiglia adottiva. Come accompagnarla e sostenerla*”, FrancoAngeli, 2010

De Camillis M. T. “*Con lo sguardo del bambino*”, Fondazione Alberto Colonnetti, 2008

De Camillis M.T., Zaccariello T. “*Il bambino nella testa il bambino nel cuore. Il percorso adottivo*”, Fondazione Alberto Colonnetti, 2013

De Leo G. “*Psicologia della responsabilità*”, Laterza, 1996

Dell'Antonio A. M. “*Elementi di psicodinamica delle relazioni familiari*”, edizioni Kappa, 1992

Fadiga L. “*Una nuova cultura dell'infanzia e dell'adolescenza. Scritti di Alfredo carlo Moro*”, Franco Angeli, 2013

Ianniello R., Mari L. “*Minori, Famiglie, Tribunale. Verifiche, sostegni ed interventi sulle famiglie in difficoltà nell'attività del Tribunale per i minorenni*”, Giuffrè, 2007

Miliotti A. G. “*Adozione: le nuove regole. Come affrontare meglio il “viaggio” dell'adozione*, Franco Angeli Le Comete, 2007

Minorigiustizia “*Riconoscersi genitori e figli nel percorso dell'adozione*”, Franco Angeli, n.1, 2009

Minorigiustizia “*I bambini che stanno male in casa loro*”, Franco Angeli, n.3, 2009

Minorigiustizia “*Adolescenza, costruzione dell'identità e appartenenze familiari plurime*”, Franco Angeli, n.2, 2013

Minorigiustizia “*La conservazione e la cura dei legami nell'affidamento familiare e nell'adozione*”, Franco Angeli, n.4, 2014

- Minorigiustizia *“Il punto di vista delle famiglie adottive”*, Franco Angeli, n.1, 2017
- Nardone G., Giannotti E., Rocchi R. *“Modelli di famiglia”*, Ponte delle Grazie, 2001
- Paradiso L., *“Parenting Adottivo. Funzioni, stili e competenze genitoriali adottive”*. *Tangram Edizioni Scientifiche 2015*
- Pennisi O. *“Il fallimento adottivo: un’analisi qualitativa sui minori” restituiti” nel Tribunale per i minorenni di Roma”*, in *Minorigiustizia*, n.2, pag. 166-182, Franco Angeli, 2013
- Semi A.A. *“Tecnica del colloquio”*, Raffaello Cortina, 2002
- Schofield G, Beek M.: *“Adozione, Affidato, Accoglienza. L’attaccamento al centro delle relazioni familiari”* Raffaello cortina Editore 2013
- Skorjanec *“Il linguaggio della terapia breve. Retorica e logica del cambiamento terapeutico”*, Ponte alle Grazie, Firenze 2000, p. 86
- Vadilonga F. , *“Curare l’adozione”*, Raffello Cortina, 2010
- Watzlawick P., Nardone G. *“Terapia breve strategica”*, Raffaello Cortina editore, 1997
- Watzlawick P. *“Il linguaggio del cambiamento. Elementi di comunicazione terapeutica”*, Feltrinelli, 1977
- Watzlawick P. (a cura di) *“La realtà inventata. Contributi al costruttivismo”*, Feltrinelli, 2006



Dott.ssa Silvia Chieco

Medico Chirurgo, Specialista in Psicologia Clinica e Psicoterapia, Psicoanalista.
Alta specializzazione in Diritto e Tutela dei minori. Già Giudice Onorario Tribunale per i Minorenni di Roma. Presidente di Destinazione Minori APS Onlus



Dott.ssa Maria Scribano

Psicologa clinica psicoterapeuta, Esperta in psicologia giuridica;
Docente presso la Scupsis (Scuola di specializzazione in Psicoterapia strategica integrata- Roma); Giudice Onorario presso il Tribunale per i Minorenni di Roma; Psicologa Destinazione Minori APS Onlus.
Già collaboratrice Onlus Telefono Azzurro;
già Responsabile Servizio di Consulenza Centro Provinciale Giorgio Fregosi – Roma



**PSICOLOGIA CLINICA
PSICOTERAPIA OGGI**