

**LA DIAGNOSI NELLA PSICOTERAPIA
E IN PSICOLOGIA GIURIDICA:
RILEVANZA O IRRILEVANZA?**

**SINTESI DELLE RELAZIONI DEL CONVEGNO
DEL 20 e 21 OTTOBRE 2012
organizzato dalle
Scuole di Psicoterapia Interazionista**

La diagnosi nelle scienze cliniche della psiche non gode più di un consenso diffuso, e di una credibilità esente da ombre e perplessità. Tuttavia in taluni settori sanitari, accademici e giuridico-forensi, la diagnosi continua ad mantenere la centralità di un atto clinico-conoscitivo istituzionale, la cui importanza la situa nel solco della tradizione nosografica e psicodiagnostica di stampo positivista. Ciò non toglie che il cambiamento dei paradigmi epistemici che ha investito le scienze cliniche della psiche, abbia portato ad una trasformazione del concetto stesso di diagnosi, nei procedimenti, negli obiettivi e negli usi, e dall' altro favorito la perdita della sua rilevanza e presenza nei più recenti modelli operativi della psicoterapia.



Paolo Migone, *psichiatra e psicoterapeuta*, è condirettore della rivista *Psicoterapia e Scienze Umane*. Si è formato in Italia e negli Stati Uniti, ed è autore di varie pubblicazioni tra cui il libro *“Terapia psicoanalitica”*. Ha presentato in anteprima in Italia il DSM-III, aprendo anche un dibattito nei primi anni 1980 sul tema della diagnosi in psichiatria e psicoterapia.

Sintesi della relazione: “Diagnosi descrittiva in psichiatria: luci e ombre”

Esistono due principali concezioni della diagnosi in psichiatria, corrispondente a due rispettive visioni della psicopatologia che si possono definire “descrittiva” e “strutturale”.

La diagnosi descrittiva è stata sposata dai DSM-III (1980) e DSM-IV (1994) dell' *American Psychiatric Association*, e anche dalle impostazioni comportamentistiche in senso stretto. Il motivo per cui Bob Spitzer, il capo della *task force* del DSM-III, decise di adottare un approccio descrittivo e cosiddetto “ateorico” era legato al tentativo di trovare un linguaggio comune che unificasse la professione, divisa da una molteplicità di teorie e metodi diagnostici che erano responsabili della bassa attendibilità (*reliability*) delle diagnosi; per lo stesso motivo, fu costretto anche ad adottare un sistema

politico e non monotetico per i criteri diagnostici (Migone, 1983a, 1983b, 1985, 1992-99, 1995, 2011). Questa operazione riuscì a innalzare l'attendibilità ma non la validità delle diagnosi, che rimane molto bassa (prova ne è l'alta comorbidità, vero "tallone d'Achille" dei DSM). Infatti è difficilmente concepibile una diagnosi valida se non si conosce l'eziopatogenesi. In questo senso, si può dire che l'esperimento iniziato col DSM-III più di 30 anni fa sia fallito, e non a caso la preparazione del DSM-5, previsto per il 2013, ha suscitato accese polemiche (Spitzer & Frances, 2011).

La diagnosi strutturale invece è sposata dalla psichiatria classica e da quasi tutte le scuole psicoterapeutiche (escluse, come si è detto, quelle comportamentistiche), e presuppone che vi sia una "struttura" sottostante, responsabile dei sintomi. È al tentativo di modificare questa struttura (concettualizzabile in modi diversi, ad esempio neurobiologici oppure con modelli teorici provvisori o "metapsicologici") che mirano i diversi trattamenti. La stessa psicofarmacologia si basa su una psicopatologia strutturale perché i farmaci non devono colpire i "sintomi bersaglio" ma la struttura neurobiologica sottostante, tanto è vero che uno stesso farmaco può modificare sintomi diversi se, ad esempio, sono condizionati dalle stesse disfunzioni neurotrasmettoriali. A tutt'oggi la psichiatria, e ancor di più la psicoterapia, sono ancora divise in scuole diverse per cui non è possibile arrivare a diagnosi condivise che siano attendibili e nel contempo valide.

Tra le varie proposte che sono state avanzate come alternative (o complementari) ai DSM, si possono menzionare il PDM e l'"approccio prototipico" di Westen. Il PDM (PDM Task Force, 2006; Migone, 2006) è un *Manuale Diagnostico Psicodinamico*, proposto dalle principali associazioni psicoanalitiche internazionali, che sottolinea, tra le altre cose, gli stili di personalità e il vissuto soggettivo dei sintomi, descrive un "profilo del funzionamento mentale", ecc.; è attualmente in preparazione un PDM-2, curato da Vittorio Lingiardi e Nancy McWilliams, che intende porsi come uno strumento pratico, utile per i clinici anche di diversi orientamenti. L'"approccio prototipico" di Westen si differenzia dai DSM in quanto non si basa su criteri diagnostici politetici ma su prototipi diagnostici intesi come *pattern* o *gestalt* unitarie, non scomponibili, di cui si misura la distanza dal caso in esame; una tassonomia delle diagnosi di personalità basata su questo metodo e costruita con la SWAP è stata pubblicata quest'anno (Westen *et al.*, 2012).

Alcune pubblicazioni del Relatore:

Migone P. (1983), La diagnosi in psichiatria descrittiva: presentazione del DSM-III. *Psicoterapia e Scienze Umane*, XVII, 4: 56-90.

Migone P. (1995), La diagnosi descrittiva: i DSM dell'*American Psychiatric Association*. In: *Terapia psicoanalitica. Seminari*. Milano: Franco Angeli, 1995 (nuova ediz.: 2010), cap. 12.



Paolo Curci, già Ordinario di Psichiatria all'Università di Modena e Reggio Emilia, è stato responsabile del Settore di Psichiatria del Dipartimento di Salute Mentale dell'Azienda Sanitaria di Modena. E' autore di numerosissime pubblicazioni su Riviste italiane e internazionali e di alcuni volumi tra cui *'La sindrome delle molestie assillanti. Stalking'* (in collaborazione con GM Galeazzi e C Secchi) presso Bollati Boringhieri, 2003; *Soggetti morali a oltranza* (in collaborazione con C Secchi) presso Antigone, 2009; *L'illusione dell'ultima parola* (in collaborazione con M. Bertani e C. Secchi), presso Casa Usher, in stampa.

Sintesi della relazione: “La questione nosografica fra clinica ed epistemologia”

Problemi sempre più attuali della prassi clinica sono quelli di una sua corretta collocazione epistemologica, dei suoi rapporti con le discipline scientifiche ed umanistiche, della sua incessante ricerca di integrazione della dicotomia spiegare/comprendere. Nel panorama attuale rischia di smarrirsi il peculiare aspetto valutativo della clinica che, situandosi all'intersezione fra la singolarità di ciascun paziente e l'universalità delle conoscenze, rinvia a valori individuali e sociali non riducibili al campo strettamente scientifico. In questo intervento vengono proposti quattro spunti di riflessione. Un primo spunto di riflessione che potremmo intitolare “i perenni lavori in corso della nosografia psi” mira a problematizzare il sapere delle discipline psi invitando alla cautela, alla modesta, a non dare nulla per scontato e acquisito visti anche gli errori e gli orrori di un passato non troppo lontano.

Un secondo spunto di riflessione che potremmo intitolare “il passaggio dalla patologia del conflitto alla patologia del difetto” tende a mettere in luce alcuni dei significati delle più attuali impostazioni nosografiche rispetto a quelle del passato.

Un terzo spunto di riflessione che potremmo intitolare “atteggiamento psicoterapico e processo diagnostico” descrive i caratteri dell'atteggiamento psicoterapico indispensabile per una più calibrata valutazione della sofferenza psichica.

Un quarto spunto di riflessione che potremmo intitolare “un discorso sulla verità” propone il concetto foucaultiano di verità-evento nell'incontro psichiatra e/o psicoterapeuta e paziente nel processo diagnostico e terapeutico.

Alcune pubblicazioni del Relatore:

Curci P., Castagnini A.C., (1997), Riflessioni sulla nosologia, *Rivista Sperimentale di Freniatria*, CXXI, 323-354.

Curci P., Secchi C., (2000), Prefazione – La prassi clinica in medicina e psichiatria fra scienza, metodologia, tecnica e arte. *Nóos*, 6, 191-197.

Curci P., Secchi C., (2000), L'atteggiamento psicoterapico: un fondamento per la diagnosi nella pratica psichiatrica. *Nóos*, 6, 239-255.

Curci P., Galeazzi G.M.,(2001), Diagnosi operazionalizzata, linee guida terapeutiche, giudizio clinico. *Giornale Italiano di Psicopatologia*, 7, 206-209.

Curci P., Secchi C. (2005), Making Diagnoses in Phychiatrc Clinical Practce: The Point of View of the Psychotherapeutic Attitude. *Medicine, Health Care and Phylosophy*, 8: 63-68.

Curci P., Galeazzi G.M.,(2011), La diagnosi nella psichiatria dei servizi, Editoriale, *Rivista Sperimentale di Freniatria*, CXXXV, 2.



Eugenio Borgna, *primario emerito di psichiatria dell'Ospedale Maggiore di Novara. Nei suoi lavori scientifici si è occupato di psichiatria clinica e fenomenologica, di psicopatologia generale e speciale, di farmacopsichiatria e di psichiatria comunitaria.*

Sintesi della relazione: “Le fragili certezze della diagnosi”

Nel contesto di una psichiatria rivalutata come scienza umana, come scienza della intersoggettività, e non solo come scienza naturale, la diagnosi non può essere considerata nella sua ghiacciata e impersonale dimensione categoriale; ma deve essere riconsiderata nella sua dimensione problematica e interpersonale, mai statica e immobile, e mai nemmeno rigidamente programmabile. Alle certezze della psichiatria naturalistica con le sue assiomatiche categorie conoscitive e diagnostiche si contrappongono le fragili e talora impossibili certezze conoscitive e diagnostiche della psichiatria fenomenologica aperta a riconoscere le aporie e le contraddizioni dell'esistenza. Nel contesto di una psichiatria fenomenologica i sintomi non sono segmenti pietrificati come sono quelli di una malattia in senso clinico; ma sono esperienze vissute che narrano qualcosa di significativo in ordine alla storia della vita di chi sta male, e alla condizione umana *tout court*. Sono esperienze vissute che non hanno solo bisogno di essere constatate nella loro evidenza sintomatologica; ma di essere interpretate nella loro ragione d'essere eidetica. Sono esperienze vissute che, nella loro plasmabilità e nella loro plasticità, si trasformano continuamente nella misura.

Alcune pubblicazioni del Relatore:

Borgna E. (2011), *La solitudine dell'anima*, Feltrinelli, Milano.

Borgna E. (2012), *Di armonia risuona e di follia*, Feltrinelli, Milano.



Elena Faccio, ricercatrice e docente di Psicologia clinica all'Università degli Studi di Padova, Dipartimento di Filosofia, Sociologia, Pedagogia e Psicologia Applicata. Si interessa di temi relativi all'identità ed al cambiamento sia da un punto di vista teorico che clinico. E' autrice di numerose ricerche e di quattro volumi sui disturbi alimentari nella prospettiva del sé dialogico e interazionista; si interessa inoltre al tema del linguaggio e alla sua rilevanza nel processo di costruzione e negoziazione dei significati in psicoterapia. E' docente nelle Scuole di Specializzazione in Psicoterapia interazionista di Padova e Mestre.

Sintesi della relazione: “La neolingua diagnostica: confusioni concettuali e imperialismo lessicale nelle scienze cliniche della psiche”

Nel romanzo 1984 di Orwell, il regime di Oceania, una delle tre superpotenze continentali nate dopo un'ipotetica guerra atomica, esercita il proprio potere sulle coscienze individuali non solo alterando la verità della storia, ma anche, e ben più efficacemente, riorganizzando il linguaggio. E lo fa attraverso la creazione di una Neolingua. In essa il numero delle parole viene ridotto al minimo e a ciascuna è concesso un unico possibile significato. Fine della Neolingua è quello di rendere impossibile ogni altra forma di pensiero. Infatti la ricchezza del pensiero richiede ricchezza di linguaggio. E' più il modo in cui si parla, che non il contenuto, a tradurre il potenziale democratico di una forma mentis.

Il presente contributo vuole proporre alcuni spunti di riflessione sul tema del rapporto tra forme linguistiche e rappresentazioni della malattia mentale. Che legame esiste tra etichette linguistiche e categorie diagnostiche? Che differenze comporta l'utilizzo di aggettivi o di sostantivi? Può la forma linguistica attraverso cui viene descritta una “malattia” influenzare il grado di permanenza con cui viene percepita? Cercheremo di capirlo esplorando gli usi del verbo “essere” ed “avere” al confronto tra “malattie” fisiche e “psicologiche”. Questo esercizio di rappresentazione perspicua (per dirlo alla Wittgenstein) applicato alle pratiche discorsive della testistica clinica tradizionale e alle narrazioni prodotte dai neoaffiliati alla disciplina, ci consentirà di prendere coscienza degli effetti dell'impoverimento linguistico e semantico cui la Neolingua Diagnostica ha orwellianamente costretto la psicologia clinica.

Alcune pubblicazioni del Relatore:

Faccio, E., Cipolletta S., Dagani J., Romaioli D., (in press), Auditory hallucinations as a personal experience: analysis of non-psychiatric voice hearers' narrations, *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*.

Faccio E., Centomo C., Mininni G., (2011) Measure up with measure. Dismorphophobia as a language game, *Integrative Psychological and Behavioral Science*, 45,(3) 304-324. DOI 10.1007/s12124-011-9179-2

Faccio E., (January-February 2013), *The Corporeal Identity: When the Self-Image Hurts*, Springer, New York.



Paolo Severino, medico specialista in Psichiatria e psicoterapeuta, lavora presso servizi psichiatrici pubblici a partire dal 1991, dirigente medico di I livello presso il Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze dell'A.S.L. III "Genovese".

Sintesi della relazione: "Il ruolo della certificazione in psichiatria: effetti iatrogeni e funzioni terapeutiche"

L'intervento si propone di esaminare il problema della certificazione medica - con un'attenzione particolare alla certificazione psichiatrica - e considerare il significato e la rilevanza di questa attività medica, le sue implicazioni psicologiche, giuridiche e sociali e il suo ruolo nell'ambito della cura.

L'atto della certificazione rappresenta lo strumento tramite il quale il medico esercita il potere di stabilire che cosa delle sofferenze e delle lamentele riferite da una persona, o in essa evidenziate, sono effettivamente un sintomo e chi è veramente un malato.

Un certificato può quindi accordare o negare importanti diritti all'individuo e avere nella vita del paziente una particolare rilevanza, influenzando sul decorso della sua malattia, sulle sue scelte e sulla sua collocazione sociale.

In analogia ad ogni altro atto medico, vengono considerati i potenziali rischi iatrogeni connessi alle certificazioni mediche.

La proliferazione di richieste di certificazioni viene considerata come uno degli aspetti della generale medicalizzazione della vita che trasforma gli individui in potenziali pazienti portando ad una diminuzione del livello di salute della società nel suo complesso.

Viene sostenuto il punto di vista che dietro la pratica della certificazione vi possono essere necessità e rappresentazioni, spesso illusorie, di sicurezza e di difesa della comunità da quanti mettono in pericolo l'ordine sociale.

Viene quindi analizzata la peculiarità delle certificazioni in campo psichiatrico in relazione a problemi che riguardano le difficoltà del procedimento diagnostico e della prognosi delle malattie mentali, la mancanza di evidenti dati obiettivi, il linguaggio psichiatrico, il consenso alle certificazioni e il contesto in cui si svolge la valutazione. In conclusione si ravvisa la necessità che il medico, quando agisce con funzioni di tipo medico-legale, e lo psichiatra sviluppino una maggiore consapevolezza del potenziale iatrogeno e stigmatizzante della certificazione e degli scopi illusori che la società sembra volergli attribuire, per fare valere invece la sua funzione di strumento medico che integra gli atti strettamente tecnici della terapia, strumento insostituibile nel far valere i diritti di persone che si

possono trovare ad essere temporaneamente o cronicamente malate, al fine di favorirne l'autonomia e non la cronicità e la dipendenza.

Alcune pubblicazioni del Relatore:

Severino P.,(2011), Il ruolo della certificazione in psichiatria: effetti iatrogeni e funzioni terapeutiche, in Rivista Sperimentale di Freniatria, vol CXXXV- n° 2, pp.111-129.

Severino P.,(2003), Psicopatologia e nosografia, in A. Garofalo, L. Del Pistoia (a cura di), Sul comprendere psicopatologico, ETS edizioni, Pisa.



Paola Carozza, *Direttore del Dipartimento Salute Mentale Dipendenze Patologiche di Ravenna. Relatrice in Convegni nazionali ed internazionali, svolge attività di consulenza e formazione. E' membro del direttivo della WAPR Italia (World Association for Psychosocial Rehabilitation). Ha curato l'edizione italiana di Psychiatric Rehabilitation di W. Anthony e coll. (2003); ha pubblicato Principi di Riabilitazione Psichiatrica. Per un sistema di servizi orientato alla guarigione (2006) e Psichiatria di comunità, tra scienza e soggettività. Linee di pratica clinica per i servizi di salute mentale (2010).*

Sintesi della relazione: “La diagnosi categoriale vs la diagnosi dimensionale: dalla semplificazione biomedica alla complessità olistica”

Esistono due approcci principali per classificare i disturbi mentali: l'approccio categoriale, che classifica le malattie in base alla presenza o all'assenza di specifici sintomi, e l'approccio dimensionale che classifica le malattie in base a “quanto” un sintomo è presente.

Molti professionisti utilizzano una combinazione di entrambi gli approcci: si può definire se una persona ha un disturbo mentale o se non lo ha con un approccio categoriale e contestualmente si può adottare un approccio dimensionale per determinare con precisione il grado di espressione dei sintomi in specifici domini.

L'approccio categoriale organizza e descrive i disordini mentali in differenti categorie e sottocategorie, ognuna inclusiva di sintomi e di segni tipici. L'approccio dimensionale quantifica i sintomi o altre caratteristiche degne di nota e li converte in valori numerici, anziché inscriverli in una determinata categoria di disturbi mentali. In altri termini la classificazione è effettuata valutando la persona nelle sue dimensioni maggiormente rilevanti e assegnando alle dimensioni nel loro complesso o a ciascuna di esse un determinato punteggio. La valutazione delle dimensioni viene fatta utilizzando questionari o interviste. Per dimensione si intende un cluster di caratteristiche biologiche, psicologiche o comportamentali misurabili che possono essere presenti contemporaneamente.

Nell'approccio dimensionale il punto fondamentale non è la presenza o meno del disturbo mentale, quanto piuttosto il grado di alterazione di una particolare dimensione. La quantificazione delle alterazioni presenti nelle dimensioni considerate attraverso l'uso di scale può fornire una descrizione più ricca e più dettagliata dello stato di salute mentale di una persona, declinandolo in un profilo.

Si ritiene che l'approccio dimensionale potrebbe ridurre l'eventualità che si avviino i tipici processi di stigmatizzazione associata alle malattie mentali, in quanto una persona non è rigidamente definita in schematiche classificazioni categoriali ma considerata in base all'interazione dialettica delle sue molteplici dimensioni di funzionamento. Inoltre, attraverso valutazioni periodiche, si possono monitorare i cambiamenti nelle diverse dimensioni considerate come risposta al trattamento e, quindi, misurare anche l'efficacia di quest'ultimo.

L'approccio dimensionale presuppone l'adozione del paradigma biopsicosociale e di una concezione olistica del paziente e si basa sul principio che la malattia mentale, come anche la salute mentale, può essere meglio compresa e quindi anche meglio trattata, se si considerano specifici fattori associati a ciascuna delle tre principali dimensioni di funzionamento (biologica, psicologica e sociale) e le loro modalità di influenzarsi reciprocamente.

Alcune pubblicazioni del Relatore:

Carozza P.,(2011), La diagnosi e la valutazione del funzionamento nel trattamento riabilitativo. *Rivista Sperimentale di Freniatria*, VOL. CXXXV - N° 2.

Carozza P.,(2010), La guarigione dalla malattia mentale: esito o processo? *Psichiatria di Comunità*, Vol.1 – N. 1.



Diego Romaioli, psicologo, psicoterapeuta, Dottore di ricerca in psicologia sociale e della personalità. Come professore a contratto, insegna psicologia di comunità presso l'Università di Verona. E' docente nelle Scuole di Specializzazione in Psicoterapia Interazionista di Padova e di Mestre. Inoltre è ricercatore associato dell'Istituto di Psicologia e Psicoterapia di Padova e dell'Organizzazione Internazionale Taos Institute. Svolge attività di psicoterapeuta a Brescia e come consulente tecnico presso il Tribunale della stessa città.

Sintesi della relazione: “Diagnosi e valutazione dell'efficacia in psicoterapia: il futuro di un'utopia”

La ricerca in psicoterapia ha sempre più focalizzato la sua attenzione sugli studi circa l'efficacia dei differenti trattamenti terapeutici. In questo campo, l'approccio più comunemente sostenuto è quello relativo ai cosiddetti

Empirically Supported Treatments che si basano sulla validazione sperimentale di tecniche manualizzate per specifiche “psicopatologie”. Contingenze di tipo storico, sociale ed economico hanno favorito la popolarità di queste procedure, vincolando spesso i clinici a dispensare terapie sostenute da “evidenze empiriche” e costruite attorno a pacchetti di intervento standardizzati. Tali approcci sono essenzialmente emuli del modello medico, dove la terapia si pone come obiettivo la guarigione (il miglioramento del “sintomo”) e le procedure vengono indirizzate dalla diagnosi e dalla conseguente prescrizione di trattamenti specifici. Ciò significa che i principali studi di valutazione dell'efficacia raccolti dal mainstream possono includere solo terapie manualizzate (approssimate ai protocolli farmacologici), le quali vengono applicate previo riconoscimento di uno dei disturbi codificati sul DSM. Il presente contributo intende svelare le limitazioni concettuali, metodologiche e operative di una simile prassi, suggerendo scenari alternativi per la costruzione di pratiche terapeutiche più teoricamente illuminate e orientate in senso pragmatico. In particolare, si discuteranno i seguenti punti critici:

-Da un punto di vista metodologico, le procedure di valutazione dell'efficacia fondate empiricamente presentano difficoltà tecniche insormontabili, dal momento in cui vengono assimilati impropriamente tra loro fenomeni che afferiscono a differenti livelli di realtà. Ad esempio, negli studi sulla psicoterapia, non può esservi un equivalente del “placebo” utilizzato negli studi farmacologici, in quanto i trattamenti impartiti ai pazienti nei gruppi di controllo non possono essere neutrali e producono sempre, a qualche livello, degli effetti psicologici. Allo stesso modo, un disegno di ricerca a “doppio-cieco” è impossibile nella ricerca in psicoterapia, in quanto i clienti non possono essere ignari della tipologia di trattamento che stanno ricevendo, dal momento in cui essi, insieme ai terapeuti, vi partecipano attivamente.

-Da un punto di vista epistemologico, le valutazioni di “evidenza” in ambito psicoterapeutico non possono essere fondate sull'osservazione pura, né possono essere libere da teorie o valori impliciti di riferimento. In queste procedure, difatti, viene postulata l'esistenza di una realtà indipendente dall'osservatore e si ambisce a raggiungere una verità oggettiva, impiegando il metodo tradizionale scientifico. Tale opzione di realismo ingenuo è però stata fortemente criticata dai movimenti postmodernisti. Infatti, potremmo dire che la lobotomia può risultare efficace per estirpare gli “impulsi aggressivi”, così come l'analisi dei sogni può essere una pratica utile per ‘accedere “all'inconscio”: in entrambi i casi, però, è sempre l'osservatore e la sua teoria di riferimento a rendere intelligibile - e quindi a decretare come valido - un determinato esito.

-Da un punto di vista operativo, il vasto impiego di etichette diagnostiche per dirigere il trattamento ha indotto i clinici ad accogliere e perseguire una dimensione implicita di “normalità”, caratterizzata genericamente dalla cosiddetta “remissione dei sintomi”. L'efficacia del trattamento viene cioè “misurata” dalla scomparsa degli indicatori costitutivi di diagnosi, tralasciando completamente la possibilità di accogliere, esplorare e salvaguardare le plurime realtà (norme) soggettive a fronte delle quali le

persone costruiscono una propria euritmia e percezione di benessere. La valutazione dell'efficacia delle psicoterapie, pertanto, non andrebbe riferita ad un insieme di criteri normativi stabiliti a priori, ma andrebbe vagliata in stretta associazione a valori e prospettive validi contestualmente.

Alcune pubblicazioni del Relatore:

Romaioli D.(2011), Sui giochi linguistici. *Scienze dell'interazione, Rivista di Psicologia Clinica e Psicoterapia*, n.3, pp.90 - 96.

Romaioli D.(2011), Opening Scenarios: a Relational Perspective on How to Deal with Multiple Therapeutic Views, *Psychological Studies*.



Antonio Iudici, psicologo, psicoterapeuta, professore a Contratto Università degli Studi di Padova, Consulente tecnico d'ufficio Tribunale dei Minorenni di Brescia. E' docente nelle scuole di specializzazione in Psicoterapia Interazionista di Padova e di Mestre.

Sintesi della relazione: “Trasformare l’immutabile: la diagnosi discorsiva applicata alla disabilità”

Il tema della disabilità porta con sé una lunga tradizione di attribuzioni culturali che hanno concorso a identificarla con l'idea di “soggetto incapace”, “compromesso”, “malato”. A questa attribuzione culturale hanno concorso tanto le modalità conoscitive tipiche del senso comune quanto alcuni procedimenti utilizzati dallo specialista. Da una parte le richieste di spiegazione e sostegno di famiglie, insegnanti e datori di lavoro, dall'altra alcuni processi di categorizzazione, riconducibili ad un approccio medico-sanitario, usati dall'esperto. Il compenetrarsi delle due tendenze conoscitive ha contribuito a mantenere un'idea della disabilità come caratteristica del soggetto. Mai come in questo periodo si assiste infatti ad un proliferare di etichette diagnostiche che inseriscono il soggetto in categorie sovra ordinate, con implicazioni quotidiane sulla vita delle persone a cui è attribuita una disabilità. Quindi, ad esempio, se la trisomia 21 (sindrome di down) preordina e autorizza a svolgere certe attività con l'utente e non altre, il disturbo di personalità non altrimenti specificato (NAS) diviene l'anticamera atta a deresponsabilizzare l'individuo, il disturbo pervasivo (o generalizzato) dello sviluppo preconizza invece un futuro esposto all'incomunicabilità.

Il presente contributo intende presentare alcune esemplificazioni con lo scopo di far emergere come la “disabilità” prenda forma dal modo attraverso cui sono impostati e mantenuti certi criteri attributivi e diagnostici. Influenzando sulla carriera sociale e psicobiografica della persona, creando un'identità che si esaurisce nell'etichetta diagnostica, oppure in un

deficit marginale che la disabilità attribuita identifica come elemento di coerenza.

A questo proposito è possibile considerare come l'osservatore e il soggetto interagendo possono imbastire una reciprocità narrativa da cui può emergere l'immagine di una disabilità stereotipa che rischia di far identificare le caratteristiche e le risorse del soggetto con deficit diagnosticato.

Alcune pubblicazioni del Relatore:

Iudici A.,(2012), Disturbo del Deficit d'Attenzione/Iperattività. Rilievi clinici, farmacologici, sociali ed economici inerenti la più controversa categoria nosografica applicata ai minori, *Scienze dell'Interazione, Rivista di Psicologia Clinica e Psicoterapia*, n.1-2, pp. 30-78.

Iudici A.,(2011), Identità e Devianza: come l'architettura sociale configura l'idea di sé, *Scienze dell'Interazione, Rivista di Psicologia Clinica e Psicoterapia*, vol.3, n.3, pp.66-84.



Marco Vinicio Masoni, architetto, psicologo e psicoterapeuta. Si occupa di formazione, conduzione di progetti per gli enti locali e pubblicistica. E' docente nelle scuole di psicoterapia interazionista di Padova e Mestre.

Sintesi dell'intervento: "Eccessi psicodiagnostici sulla popolazione scolastica"

Pur restando di contenuto vago e generico il termine "diagnosi" gode del privilegio di connotazioni istituzionalizzanti (come per es.: "pubblico ufficiale", "legge", "certificazione" ecc.).

Caratteristica di tale privilegio è che l'aspetto formale supera per peso quello sostanziale: esiste una enormità di leggi stupide e "ingiuste", ma nei discorsi e nella retorica quotidiana prevale il termine "legge" su "stupido" e "ingiusto".

Insomma la diagnosi, offrendo certezze istituzionali, è un passo retorico vincente, regna infatti nello spazio pubblico, poiché è vero che delle istituzioni si può dire che siano insulse, ma solo in stanze private, dove è facile e ficcante subire l'accusa "a nome di chi parli?".

La diagnosi quindi, acquistata nei secoli un enorme peso connotativo, è oggi utilizzata (ove la classificazione si fa difficile) come tale, come piede di porco retorico, adatta a scardinare inferriate per entrare in "case" che mai ne avevano avuto bisogno. Oggi la più debole di queste, la peggio difesa, offerta all'invasione diagnostica dalla incredibile ottusità di scelte politiche decennali, è la casa scuola. Dislessia, discalculia, disgrafia, disortografia, ipercinetività, scarsa capacità attentiva, ecc. vi si stanno infiltrando come

una nuova peste. Ma attenzione all'inganno diagnostico, alla sua potenza retorica: non sono peste, sono segni di normali differenze individuali, lo diventano quando grazie al "nome diagnosi" acquistano credibilità istituzionale.

Alcune pubblicazioni del Relatore:

Masoni, M.V. (1994), *Insegnamento e devianza minorile*, Giuffrè, Milano.

Masoni, M.V. (1997), *La consultazione psicologica nella scuola*, Giuffrè, Milano.

Masoni, M.V. (2000), (con Gius E.), *Costruire il successo scolastico*, UTET, Torino.

Masoni, M.V. (2001), *Studiare bene senza averne voglia*, Erickson, Trento.

Masoni, M.V. (2004), (con Vezzani B.), *La relazione educativa*, Franco Angeli, Milano.

Masoni, M.V. (2004), *Lo psicologo fra i banchi*, Erickson, Trento.

Masoni, M.V. (2011), *Sono preoccupato per mio figlio- Le risposte dello psicologo*, Erickson, Trento.



Alessandro Salvini, già Ordinario di psicologia clinica all'Università di Padova, attualmente è direttore scientifico dell'Istituto di Psicologia e psicoterapia di Padova (Psicopraxis) e delle Scuole di specializzazione in psicoterapia di Padova e di Mestre. I suoi attuali interessi di ricerca e clinici riguardano i metodi della psicoterapia, le perturbazioni della coscienza di sé, e la costruzione dell'identità nei comportamenti devianti.

Sintesi della relazione: "Alcune considerazioni sulla diagnosi in psicoterapia e psicologia giuridica"

Le scienze cliniche della psiche hanno esteso oltre misura, e in certi casi in maniera scientificamente impropria, il criterio conoscitivo basato sul costruito "sintomo/diagnosi/malattia", applicandolo sempre di più ai modi di agire ed essere delle persone quando valutate sotto il profilo dell'accettabilità morale e dell'adattamento sociale. Con il risultato di attribuire ogni afflizione personale, diversità e devianza, ad un certo prototipo patologico, imitando nel linguaggio e nelle pratiche formali i procedimenti medico-biologici. Se è vero che ogni linguaggio relativo al fare e all'essere istituisce un'ontologia, si assiste alla configurazione di nuove malattie psichiche che coincidono con il numero dei professionisti disposte ad attribuirle e delle persone disposte a definire le loro affezioni in base alla malattia diagnosticata. Condizionando, ad esempio, sia la percezione dei pazienti tipizzati in psicoterapia, sia l'occhio dei giudici che hanno spostato la loro attenzione dal reato alla psiche del reo. Tutto questo ci ha resi propensi a credere che sia possibile stabilire una verità oggettiva ed esplicativa al di sotto di quella processuale e psicologica delle persone, trasformando gli attributi di qualità e di valore in proprietà della psiche, in

generi narrativi e in evidenze psico-biografiche. Con il risultato di dare alle diagnosi descrittive, categoriali e prototipiche una rilevanza esplicativa e predittiva che come è noto non possono avere. Inoltre l'uso estensivo e generalizzato della diagnosi, separando il soggetto semiotico dalla sua malattia, ha trasformato, ad esempio, molti procedimenti giuridici in pratiche diagnostico-morali, inquisitive e pedagogiche, e la pratica della psicoterapia in uno strumento correttivo di ripristino normativo.

L'autorità tecnica attribuita alle diagnostiche istituzionali ha finito per imporre lo stigma della "malattia" anche ad azioni e stati psicologici giudicabili solo come riprovevoli, inspiegabili, assurdi, contrari al comune sentire, disturbanti, insoliti, bizzarri o eccentrici. Consolidando nella rappresentazione collettiva l'idea che ogni modo di essere "non conforme", o "soggettivamente sofferto", debba essere imputato ad una causa, ad un'anomalia, presente nel substrato bio-psichico delle persone. Convinzione spesso condivisa dagli operatori della salute mentale, i cui modi di pensare e percepire sono rintracciabili nel paradigma positivista-naturalista da cui derivano i lo saperi professionali e convinzioni. Paradigma peraltro irrinunciabile per tradizione e necessità, atto a legittimare ancor oggi i saperi e i ruoli delle professioni della "psiche".

Attraverso il rito della "diagnosi", come procedimento cognitivo, socio-amministrativo e linguistico, esteso ai modi di essere e di agire di certe persone (in cui l'eventuale substrato patologico di natura biopsichica rimane forzatamente ipotetico) si finisce per trasformare le analogie in omologie, le interpretazioni in spiegazioni, le differenze in somiglianze, i costrutti in entità reali, la psiche in un oggetto empirico, le convenzioni sociali, storiche e culturali e la stessa semiosi dei sentimenti in leggi insite nella natura umana. Forse le scienze cliniche della psiche dovrebbero usare molta prudenza nel classificare come patologici quei modi di essere e di fare insoliti e particolari, non configurabili come gli esiti di malattie propriamente dette modi di essere e di agire percepiti da un lato dai criteri valutativi e discorsivi utilizzati dagli osservatori e dall'altro generati dagli attori, attraverso la loro soggettività intenzionale e i vincoli situazionali.

Alcune pubblicazioni del Relatore:

Salvini A., (2006) Normalità/Anormalità. *Dizionario storico di psicologia, psichiatria, psicoanalisi e neuro scienze*, cura di F. Barale e altri, Einaudi Torino.

Salvini A., (2011) I limiti dei giudizi di personalità. *Psicologia clinica dell'interazione e psicoterapia*, a cura di A.Salvini e M.Dondoni, Giunti, Firenze.

Salvini A., Salvetti M., (2011) La costruzione e la spiegazione dei comportamenti devianti: dai modelli diagnostici a quello interazionista, *Scienze dell'interazione, Rivista di Psicologia Clinica e Psicoterapia*, n.2, pp.116,130.

Salvini A., Quarato M., (2011) Ascoltare voci: sdoppiamenti e dissociazioni nella coscienza di sè, *Il nostro inquilino segreto. Psicologia e Psicoterapia della coscienza*, pp.325,361, Ponte alle Grazie, Milano.



Gianvittorio Pisapia insegna “Criminologia”, “Sociologia della devianza” e “Criminologia e politica criminale” presso il Dipartimento di Filosofia, Sociologia, Pedagogia e Psicologia applicata (FISPPA) dell’Università di Padova. E’ presidente dell’Associazione Italiana di Criminologia. E’ membro dell’European Forum for Restorative Justice e fa parte del Comitato scientifico della rivista “Mediaries”.

Sintesi della relazione: “E’ possibile una diagnosi in criminologia?”

Qualora si ritenesse che la criminologia è una competenza di secondo livello e che il criminologo è colui che applica all’autore di reato le proprie competenze psicologiche o psichiatriche di base, la risposta sarebbe affermativa.

Qualora si ritenesse che un reato commesso è sintomatico della personalità del suo autore, la risposta sarebbe affermativa.

Qualora si ritenesse possibile considerare determinati aspetti della condotta di un soggetto come pericolosi e qualificare di conseguenza l’individuo stesso come pericoloso, la risposta sarebbe affermativa.

Qualora non si intenda accogliere l’eclettismo disciplinare della criminologia tradizionale ad approccio criminocentrico e imprigionare l’autore di reato nella definizione giuridica del suo atto...

Alcune pubblicazioni del Relatore:

Pisapia G.V., (2005), *Manuale operativo di criminologia*, Cedam, Padova.

Pisapia G.V., (2012), *Il criminologo, l’intervento individualizzato e la pericolosità sociale*, Logos, Padova.



Antonio Forza è avvocato penalista, esperto del processo penale minorile, vive e lavora a Venezia. Ha svolto attività di docenza in ambito universitario e da alcuni anni insegna presso il Master di Psicopatologia e Neuropsicologia Forense nella Facoltà di Psicologia dell’Università degli Studi di Padova. Ha partecipato alla stesura della Carta di Noto (2002), alla stesura della II e II Carta di Noto (2010) e del Protocollo di Venezia (2007). E’ segretario della Società di Psicologia

Giuridica. Collabora con alcune riviste giuridiche tra cui la Rivista Penale, Criminalia e Diritto Penale e Processo.

Sintesi della relazione: “Rilievi critici alle procedure diagnostiche in psichiatria forense ed in psicologia giuridica”

La relazione si sofferma in modo particolare sulle diagnosi effettuate dagli esperti nei casi di abuso sessuale a danno di minori.

Nella maggior parte dei casi in questo genere di processi mancano riscontri oggettivi che possano sostanziare l'accusa. In altre parole, sono assenti prove diverse dalla testimonianza del minore. Rari, infatti, sono i casi in cui siano presenti evidenze quali testimonianze di persone diverse dalla vittima, materiale biologico, riscontri medici o videoregistrazioni dei fatti.

Per questi motivi assume grande rilievo la valutazione dell'idoneità a testimoniare del minore, la cui testimonianza diventa l'unico elemento per l'accertamento processuale dei fatti.

Condurre in modo inadeguato l'esame sulla idoneità del minore a rendere testimonianza può portare a conseguenze processuali di particolare gravità. Da un lato un responsabile potrebbe venire assolto, dall'altro un innocente potrebbe essere condannato, con tutte le ripercussioni che una condanna per questi reati può comportare. Ciò diventa particolarmente devastante quando il presunto colpevole è un familiare vicino alla piccola vittima.

Durante le fasi di raccolta e valutazione dei racconti testimoniali non sempre vengono utilizzate metodologie corrette dal punto di vista scientifico e troppo spesso viene lasciato spazio alla personale interpretazione ed alla soggettività del perito. Spesso vengono valorizzati elementi che se possono avere una certa utilità in campo clinico, in ambito processuale possono viceversa rivelarsi ambigui e devianti.

Le discipline psicologiche e psichiatriche forensi applicate al processo dovrebbero invece rispettare solidi criteri di scientificità, in modo da garantire l'accuratezza del dato probatorio.

Fondamentale in questo, come in altri generi di indagine sullo stato mentale dei soggetti, in ambito forense, è la formazione dell'esperto, oltre al suo costante aggiornamento scientifico e professionale.

Alcune pubblicazioni del Relatore:

Forza A. (2010), *La psicologia nel processo penale*, Giuffrè, Milano.

Forza A. (1997), *Il processo invisibile. Le dinamiche psicologiche nel processo penale*, Marsilio, Venezia.

Forza A., Michielin P., Sergio G., (2001), *Difendere, valutare e giudicare il minore*, Giuffrè, Milano.



Massimo Osler, avvocato del Foro di Padova. Esperto in diritto di famiglia e delle persone. Ha conseguito il master post lauream in “alternative disput resolution” ed in psicologia giuridica. Socio della Associazione Italiana Avvocati Familiaristi e della Associazione Italiana Psicologia Giuridica. E’ membro del consiglio direttivo della Camera Minorile di Padova.

Sintesi della relazione: “Luci ed ombre della diagnosi nella valutazione degli affidi genitoriali”

In ordine alla tutela dei figli minori, il nostro ordinamento giuridico ha compiuto delle notevoli evoluzioni, attraverso il susseguirsi di interventi normativi, ispirati ai principi: a) della netta distinzione tra (le sorti del) rapporto coniugale e rapporto genitoriale; b) dell'irrelevanza ai fini della tutela (e della relativa disciplina) dello status del figlio (legittimo, naturale, legittimato, adottivo, riconosciuto, non riconosciuto); c) dell'eguaglianza di entrambi i genitori nell'esercizio della potestà genitoriale nei confronti del figlio.

Di conseguenza, il concetto di potestà genitoriale e di affidamento hanno oggi un significato ed una disciplina diversa rispetto al passato.

I compiti di cura, educazione, di soddisfacimento dei bisogni (materiali e affettivi) dei figli sono affidati a coloro che sono titolari della potestà genitoriale. Di regola, i titolari della stessa sono i genitori, ai quali viene riconosciuta per il fatto della procreazione e a condizione della loro idoneità ad esercitarla.

Se, alla nascita o successivamente ad essa, il genitore non è più idoneo ad essere titolare della potestà genitoriale, egli sarà dichiarato temporaneamente o definitivamente decaduto dalla stessa e la medesima sarà esercitata dall'altro genitore o da un terzo.

Dal punto di vista concreto, l'essere genitori si traduce nel prendere tutte le decisioni che riguardano la vita del figlio, secondo determinati criteri che possono variare nel corso della sua vita. Infatti, le decisioni del genitore devono sempre essere assunte nell'interesse del figlio, ma devono anche tener conto – con il formarsi della sua personalità – di quelle che sono le sue inclinazioni, i suoi desideri, armonizzando le scelte con la capacità di discernimento che il minore, a seconda della sua età, della sua crescente maturità e dell'oggetto della decisione, sarà sempre più in grado di esprimere.

L'affidamento dei figli è istituto giuridico distinto dal concetto di potestà genitoriale e postula la disgregazione dell'unità familiare (separazione/cessazione della convivenza della coppia genitoriale) o la cessazione della convivenza del figlio con i genitori. A differenza del primo concetto (potestà), che risponde alla domanda “chi decide nell'interesse del

figlio?”, il secondo istituto (affidamento) risponde alla domanda: “con chi vive il minore?”.

Entrambi gli istituti, pur essendo di norma (e preferibilmente) coincidenti in capo alla medesima persona fisica, prevedono una specifica idoneità al loro esercizio, che dovrà essere valutata caso per caso, anche attraverso indagini peritali e/o valutazioni dei servizi sociali competenti. Il giudizio di idoneità/inidoneità è quindi un giudizio complesso rispetto al quale la diagnosi, intesa come inquadramento clinico nosografico, rappresenta un elemento di per sé non sufficiente, in quanto la valutazione non si esaurisce nella identificazione del disturbo dell’adulto ma nella sua capacità di soddisfare i bisogni del figlio.

Alcune pubblicazioni del Relatore:

Osler M., (2008), *La nuova legge sull’affido condiviso: il punto di vista giuridico, Psicologia clinica giuridica*, cap. IV, Giunt, Firenze.

Ha collaborato alla redazione di pubblicazioni editoriali giuridiche (CEDAM).



Antonio Ravasio, *psicologo, psicoterapeuta. Docente nelle Scuole di Specializzazione in Psicoterapia Interazionista di Padova e Mestre. Docente al master in Mediazione Familiare presso l’Università di Padova. Ha svolto attività di docenza di Psicologia Clinica e di Psicologia delle Tossicodipendenze. Svolge attività di psicoterapeuta e giuridico. E’ Giudice minorile presso la Corte d’Appello di Brescia.*

Sintesi della relazione: “Valutazioni Cliniche e diagnosi nei casi di violenza sessuale sul minore”

Su un versante, la “violenza sessuale sui minori” si propone sempre di più come evento psico-sociale, giudiziario e comunicativo di massa dove interagiscono una molteplicità di “identità situate” guidate da appartenenze affettive e parentali, da ruoli e compiti e spesso giustapposti. L’evento “abuso” per l’allarme sociale che lo accompagna, sembra trasformarsi progressivamente, generando nuove morfologie di significato, man mano che scorre fra i meandri delle diverse convinzioni, credenze e finalità, e si traduce in una serie di nuove realtà individuali e collettive divergenti, dense di sconcerto e di ulteriore sofferenza, come purtroppo eventi di cronaca dimostrano.

Sull’altro versante, questo processo di risignificazione sociale sembra trovare conferma e avvallo nelle procedure della tradizione scientifico-giuridica e nello stesso mandato che il Giudice affida all’esperto incaricato di svolgere l’indagine peritale.

Compito che non richiede tanto di comprendere i significati unici di una storia individuale e irripetibile di violenza perpetrata all’interno di uno specifico contesto relazionale, ma di ricondurre la vicenda oggetto di

indagine ad unica fattispecie giuridica di "violenza sessuale". Le dimensioni psicologiche che non hanno rilevanza penale diventano marginali e l'attenzione dell'esperto si concentra sugli aspetti sessualizzati. La ricerca di "sintomi compatibili con una esperienza di vittimizzazione" sessuale implica la trasformazione di una dolorosa vicenda psicologica in un "costrutto patologico", rispetto al quale sia possibile ricercare indicatori di presenza o assenza. E' legittimo chiedersi se sia sostenibile scientificamente una tale trasposizione semantica e categoriale e se le conclusioni peritali che se ne traggano abbiano validità scientifica?

In alternativa, la consapevolezza delle possibilità conoscitive di una indagine psicologica, la conoscenza sulla formazione del ricordo e sulla testimonianza, insieme ad altre competenze cliniche e psico-giuridiche, dovrebbero essere i requisiti guida per una metodologia adeguata allo svolgimento di una indagine diagnostica. Accertamenti psicologici in cui le persone intervistate (la vittima e i testimoni) tendono ad offrire dei resoconti influenzati dall'essere già stati narrati, come dalle preoccupazioni sulle possibili conseguenze presenti e future e sul come possono essere da altri interpretate a loro favore o danno.

Alcune pubblicazioni del Relatore:

Ravasio A., Pedroni V., Turchi G.P., (2010), Psicologia clinica in ambito giuridico e criminologico, in *Psicologia clinica dell'interazione e psicoterapia*, Salvini A., Dondoni M., (a cura di), pp 329-365, Giunti, Firenze.

Salvini A., Ravasio A., Faccio E., Lo psicologo clinico nei casi di violenza o di abuso sessuale sui minori, in *Psicologia clinica Giuridica*, Salvini A., Ravasio A., Da Ros T., (a cura di), (2008), pp. 57-99, Giunti, Firenze.

Salvini A., Ravasio A., Da Ros T., Quarato M., Innovazione e cambiamento in psicologia clinica forense, in *Psicologia clinica Giuridica*, Salvini A., Ravasio A., Da Ros T., (a cura di), (2008), pp. 17-56, Giunti, Firenze.

Ravasio A., Dolci S., Da Ros T., (2007), Il resoconto scritto nel lavoro psico-sociale con minori vittima di violenza e abuso, in *Educare e comprendere in comunità per minori*, a cura del Coordinamento Provinciale delle comunità alloggio e reti familiari della provincia di Bergamo, pp. 65-94, Sestante Edizioni, Bergamo.