

ISCRA s.r.l.
ISTITUTO MODENESE
di PSICOTERAPIA SISTEMICA E RELAZIONALE

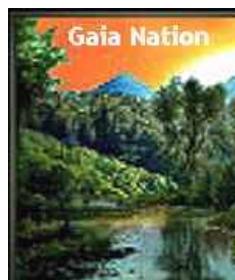
e-mail info@iscra.it - Sito internet www.iscra.it

MODENA 41100 – Via Berengario, 58 – Tel. 059.238177 – Fax 059 210370

Istituto riconosciuto dal Ministero dell'Università, ai sensi dell'art. 3 della Legge 56/89 che regolamenta le scuole di formazione in psicoterapia, con D.M. 10/10/94 – G.U. n.250.

Tesi di Specializzazione
in Psicoterapia Sistemica e Relazionale

**“L’Approccio Sistemico nella Consulenza
Psicologica Forense”**



Specializzanda D.ssa Patrizia Lenassi

Didatta Ch.ma D.ssa Maria Teresa Giarelli

Anno Accademico 2004

ISCRA s.r.l.
ISTITUTO MODENESE
di PSICOTERAPIA SISTEMICA E RELAZIONALE

e-mail info@iscra.it - Sito internet www.iscra.it
MODENA 41100 – Via Berengario, 58 – Tel. 059.238177 – Fax 059 210370

Tesi di Specializzazione
in Psicoterapia Sistemica e Relazionale

**“L’Approccio Sistemico nella Consulenza
Psicologica Forense”**

Specializzanda D.ssa Patrizia Lenassi

Didatta Ch.ma D.ssa Maria Teresa Giarelli

Anno Accademico 2004

INDICE

INTRODUZIONE	pp 4
Contesto Teorico di Riferimento	pp 5
– <i>La nozione di “Embricazione” secondo l’Epistemologia Sistemica</i>	pp 6
– <i>L’Embricazione nei Sistemi Terapeutici</i>	pp 10
Contesto Operativo di Riferimento	pp 12
– <i>La Perizia Psichiatrica</i>	pp 13
– <i>La Relazione Psicologica in ambito Forense</i>	pp 15
– <i>Approccio Nosografico-classificatorio</i>	pp 16
• <i>La Diagnosi Clinica</i> “.....	pp 16
• <i>Gli Strumenti Testologici di Psicodiagnosi</i>	pp 17
– <i>Approccio Narrativologico</i>	pp 18
• <i>La Diagnosi clinica</i> “.....	pp 18
• <i>Il Genogramma Familiare</i>	pp 19
• <i>La Ri-costruzione Storico- esistenziale del cliente</i>	pp 20
• <i>Il Contributo dell’Osservazione Autoreferenziale</i>	pp 21
Obiettivi Generali dello Studio	pp 22
– <i>L’importanza della Consulenza Psicologica Sistemica, in ambito Forense</i>	pp 23
– <i>Enfasi rispetto alle Situazioni cliniche di Embricazione dei casi peritali presentati</i>	pp 24
METODOLOGIA	pp 26
Piano dello Studio	pp 27
– <i>Tipologia di Soggetti selezionati</i>	pp 28
– <i>Modalità dell’utilizzo degli Strumenti tecnici</i>	pp 29
– <i>Iter osservato per la definizione del parere clinico</i>	pp 31
RISULTATI	pp 32
Illustrazione materiale clinico	pp 33
– <i>Caso 1</i>	pp 34
– <i>Caso 2</i>	pp 40
– <i>Caso 3</i>	pp 47
– <i>Caso 4</i>	pp 54
– <i>Caso 5</i>	pp 61
– <i>Caso 6</i>	pp 65
– <i>Caso 7</i>	pp 72
Principali evidenze emerse	pp 77
– <i>Risultati delle Indagini psicodiagnostiche</i>	pp 78
– <i>Condizione giudiziaria attuale</i>	pp 79
OSSERVAZIONI CONCLUSIVE	pp 80
– <i>L’Efficacia di un Linguaggio “condivisibile”</i>	pp 81
– <i>Il Linguaggio Analogico e le Ragioni del Cuore</i>	pp 83
RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI	pp 84

INTRODUZIONE

Contesto Teorico di Riferimento

La nozione di “Embricazione” secondo l’Epistemologia Sistemica

“Operare una distinzione è scientifico, vedere la complementarità è sistemico” (von Foerster H. '98).

Il concetto sistemico sotteso al termine dell’embricazione¹ (*embrication*), è stato descritto nelle opere più significative di Varela F. ('79);

al fine di promuovere l’abitudine all’esercizio di una modalità di pensiero che presuppone, rispetto alla modalità di osservazione, di considerazione di un fenomeno che include un rapporto tra caratteri opposti, l’apertura ad una visione globale, profonda, a 360° e come viene definita tecnicamente, complementare.

Il pensiero sistemico, infatti, abbraccia uno schema concettuale che prevede un’elaborazione complessa degli oggetti di studio, rispetto alle modalità di elaborazione perseguite dagli orientamenti epistemologici considerati dualisti;

in cui, appunto, risultano essere predilette determinate modalità di elaborazione mentale *ordinate, consequenziali*, in un’ottica lineare e/o *al massimo*, interazionista, con ritagli/segmentazioni/riduzioni dei campi di analisi/ e/o con la semplificazione dei processi sottesi alla relazione tra le parti.

Schema concettuale sistemico, a differenza, unitamente al determinato e “scientificamente accreditato” rifiuto dell’elusione della considerazione delle loro relazioni (degli oggetti di studio medesimi) con il contesto e dei, ad esse ascritti, legami generativi/produttivi/creativi, collegati ai processi *interni* integrati e complessi, al fine di amplificare ed approfondire la processualità circolare ed a beneficio di una (finale) migliore profondità di campo.

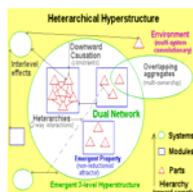
Sappiamo che ogni sistema tende ad interagire naturalmente ed inevitabilmente con ogni sistema circostante (Mariotti M. '04 pp54).

Ed è nell’accoppiamento strutturale (*coupling*) con l’ambiente, che un sistema vivente sarebbe propenso a mutare la sua struttura (i modi attraverso cui si organizza), per mantenere la sua organizzazione (o identità). (Fruggeri L.'04).

Quindi, un sistema cambia per mantenere sé stesso e *d’altro canto* l’evoluzione del sistema, è possibile, se esso mantiene la sua identità; inoltre, non c’è un tutto senza interconnessione di parti e non è possibile identificare un sistema se non considerandolo in rapporto a un qualche ambiente, così come non ci sono parti definibili in quanto tali che non siano connesse in un sistema. (Fruggeri L. et al. '03 pp300).

La fig. 1 rappresenta, secondo una visione Complessa Olistica, un’organizzazione eterarchica in cui, gerarchie, reti, connessioni, in un incessante flusso vitale, continuamente si creano, si evolvono e muoiono (Telfener U. et al. '03 pp354).

Fig. 1 – La Struttura dei Sistemi Complessi (Chris L.).



¹ Disposizione in strati parzialmente sovrapposti, accavallare, dipendere, collegarsi strettamente

Concetti teorici, mutuati ed approfondito negli studi di Maturana H. e Varela F., secondo i quali autori, in considerazione testistica, riferita alle principali caratteristiche di un sistema, dell'organizzazione e della struttura (Tab.1), si potrebbe inferire, che qualsiasi organizzazione data, potrebbe essere realizzata per mezzo di molte diverse strutture² (Maturana, H., Varela, F.,...trad it. p. 33).

Tabella 1 - Organizzazione e Struttura di un Sistema

CARATTERISTICHE DI UN SISTEMA	Descrizione teorica
ORGANIZZAZIONE	Le relazioni tra componenti che definiscono una unità composita (sistema) come unità composita di tipo particolare
STRUTTURA	I componenti effettivi (comprese tutte le loro proprietà) e le relazioni effettive che valgono tra loro e che realizzano concretamente un sistema, come membro particolare della classe (tipo) di unità composite, al quale appartiene in virtù della sua organizzazione.

Non ci sarebbe progresso, né ottimizzazione dell'uso dell'ambiente, ma solamente conservazione dell'adattamento e dell'autopoiesi, (Maturana H., Varela F.) (Tab.2)"

Tabella 2 - Adattamento e autopoiesi di un Sistema

PROCESSI DI UN SISTEMA	Descrizione teorica
ADATTAMENTO	Da una visione centrata sull'idea di un adeguamento passivo fra ambienti e organismi, l' enfasi scientifica attuale è per una concezione del cambiamento quale costruzione di percorsi evolutivi molteplici fra organismi e ambienti (Bocchi G. et al. in Telfener U. et al. '03, pp 121).
AUTOPOIESI ³	Una unità realizzata attraverso una chiusura organizzazionale di processi di produzione in modo tale che: a) l'organizzazione stessa dei processi si generi attraverso l'interazione dei suoi stessi prodotti (componenti); b) un confine topologico, (la parte della struttura di un sistema che permette all'osservatore di identificarlo come unità) emerga come risultato degli stessi processi costitutivi (Jantsch E. in Varela F. et al.'03). (sistema autopoietico=produttore e prodotto)

Il concetto di “sistema adattivo non ottimizzato” e della produzione di novità come condizione di sopravvivenza (come in un gioco d'azzardo fra l'organismo che deve produrre nuovi modelli per interpretare e prevedere la realtà e l'ambiente ridefinito come “spazio delle possibilità”) si riconnette alla concezione di un adattamento “relativo e interinato” e all'idea di una “danza coevolutiva” fra organismi e ambiente (Lewontin in Ceruti M. et al. pp23).

L'approccio sistemico promuove come modalità possibili di conoscenza, l'accettazione dell'indescrivibile, la possibilità di speculazione, la fantasia, l'immaginazione.

L'accesso a quanto non è ancora spiegabile si affiancherebbe, in una visione complementare, a ciò che è predicibile e calcolabile già, in una visione più ampia in cui si accetta sia l'uno che l'altro modo di pensare. (Telfener U. et al. '03, op.cit. pp82); e si considera i corrispondenti livelli di realtà non escludentesi a vicenda, ma con un legame tra loro di complementarità, in cui ognuno rimanda necessariamente all'altro (Morin '76 in Onnis L. '96 pp75 (a).

² Maturana, H., Varela, F., *Autopoiesis and cognition: The realization of the living*, Dordrecht, Holland, Reidel, 1980 (Trad. it. *Autopoiesi ecognizione: La realizzazione del vivente*, Venezia, Marsilio Editore, 1985).

³ Autopoiesi= (dal greco) autoproduzione comparsa per la prima volta nella letteratura internazionale nel 74 in un articolo di Varela, Maturana e Uribe

In particolare ed in relazione all'abbraccio di una visione complessa, Varela F., appunto, nell'ambito della promozione dell'uso dell'epistemologia cibernetica rispetto alla considerazione delle situazioni dualistiche, (polarità, contrasto di opposti, ecc.), ha elaborato il seguente costrutto teorico, sottoforma di formula: "la cosa / il processo che porta alla cosa" (Tab3).

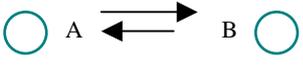
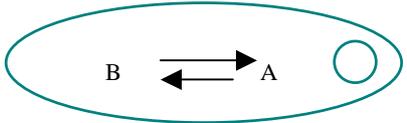
Tabella 3 - Dal testo originale di F. Varela ⁴,

A whole is here a set of simultaneous interactions of parts (components, nodes, subsystems) which exhibit stability as a totality. The parts are the carriers of particular interactions which we can chop out from the whole and consider their participation in various sequential processes that constitute the whole.

Se consideriamo i due lati come diversi, ma in relazione, accediamo alla visione cibernetica delle relazioni; in questa cornice possiamo vedere i diversi lati come "un'embricazione di livelli in cui un termine della coppia emerge dall'altro" (Varela F. '76 pp64, in Keeney BP '85, pp106).

Due elementi, quindi, pur essendo contrari, potrebbero essere considerati tra loro embricati, nel caso in cui, possono essere, a loro volta, considerati, come l'uno emergente dell'altro (Tab.3). (Fruggeri L. '03 op. cit. pp300).

Tabella 4 - Visioni Dualistica vs Complementare (Fonte: Fruggeri L., pp300)

	<p>PROSPETTIVA DUALISTICA</p> <p>Le Coppie di opposti hanno la forma del Tipo A/non-A, B viene definito in quanto no-A e viceversa</p>
	<p>PROSPETTIVA COMPLEMENTARE</p> <p>Le polarità di una coppia di opposti vengono considerate come due entità assimetriche dal principio dell'autoriflessività: ognuna di loro può essere definita, a un livelli diverso, come il processo da cui emerge l'altra.</p>

- ◆ In un ottica dualista le coppie di opposti: Parte/tutto; sistema/ambiente; individuo/relazione; cambiamento/stabilità ecc. appaiono come mutuamente escludentisi, la parte non può essere confusa con il tutto e viceversa ecc.;
- ◆ l'ottica complementare, mettendo in evidenza un'altra forma di rapporto tra contrari, quale la loro mutua specificazione (la loro embricazione), permette di descrivere le opposte polarità come emergenti l'una dall'altra (Fruggeri L.,op. cit.,pp300).

Le emergenze risulterebbero essere concettualmente qualificate come le qualità o proprietà di un sistema (emergent quality), le quali presenterebbero un carattere inedito rispetto alle qualità o proprietà delle sue componenti, considerate isolatamente o dalle stesse componenti disposte in maniera diversa in un altro sistema.

Tabella 5 - Le Qualità dell'Emergenza secondo Morin E.

TIPOLOGIA DELLE QUALITÀ	DESCRIZIONE TEORICA
<p>Qualità Integrative prodotto globalità novità</p>	<p>Riconoscibile, per esempio nella cellula, che possiede le <u>proprietà emergenti</u> di alimentarsi, metabolizzarsi e riprodursi Poiché l'<u>emergenza</u> stessa scaturisce dall'organizzazione del sistema In quanto l'<u>emergenza</u> è indissociabile dall'unità globale in quanto l'<u>emergenza</u>, è una qualità inedita in riferimento alle qualità precedenti delle componenti</p>

⁴ Varela F. "Not one, not two," The Coevolution Quarterly, no.11(1976), p.63

Ogni organismo vivente appare non specificato dalle proprie componenti ma come prodotto unico di un processo ontogenetico legato alla sequenza di ambienti in cui si verifica (Martello P. et al. in Telfener U. et al. '03 pp301).

L'emergenza è caratterizzata dalla interconnessione di quelle che sono considerate come le principali, ad essa ascritte, qualità distintive (Morin E. '77, pp139).

In chimica ad esempio dove alcuni elementi si combinano in una varietà di sostanze nuove e complesse. Un altro esempio sono i cosiddetti Moiré patterns – fenomeni ottici ottenuti sovrapponendo due o più reticoli. In entrambi i casi, il risultato è di una complessità che non si potrebbe mai spiegare in base agli elementi separatamente considerati (Watzlawich et al. '73 pp119-120).

Sono le catene di determinazione circolare a contenere ed esprimere una complessità che lascia emergere qualità inedite e proprietà che si generano nella sua organizzazione.

Von Forester H. (in Martello P. et al., op. cit., pp301-03) ha dimostrato come la regola di composizione delle componenti in interazione nella coalizione sia superadditiva (*superadditive composition rule*).

“La misura della somma delle parti è maggiore della somma della misura delle parti (Von Foerster '68 in B. Keeney '85 pp100)

E, ogni componente di un sistema vivente adattivo acquista collettivamente una proprietà che nessuna di esse (componenti) possedeva singolarmente (Holland '92 in Martello P. et al., op. cit., pp301-03).

Il comportamento complesso di tutte le componenti non ha necessariamente radici complesse, ma può emergere dall'unione di componenti semplicissime: l'emergenza perciò è riconoscibile nell'organizzazione delle componenti e non nelle componenti stesse. (Martello P. et al., op. cit., pp301-03).

L'Embricazione nei sistemi terapeutici

L'approccio sistemico, ha introdotto, quindi un modo "complesso" di guardare ai fenomeni (complementare vs dualistico); ponendo l'enfasi sull'esistenza di un rapporto dinamico creativo tra i medesimi fenomeni di natura opposta, anziché statico e non produttivo come considerato dalla visione dualistica.

Il concetto dell'emergenza, infatti, prevede l'esistenza di una relazione *ricorsiva* tra individuo e mondo o tra individuo e individuo, sconfutando la tesi sulla sua esclusiva riconducibilità all'individuo o al mondo; la forma, ad esempio, è considerata rappresentare un'emergenza dell'interazione chiaramente *ricorsiva* tra osservatore e osservato (Gregory '98 in Martello P. et al., op. cit.).

La nozione di emergenza è attenta alla genesi del nuovo; l'osservatore attraverso un processo di apprendimento e di accoppiamento strutturale con il sistema osservato, ha la possibilità di generare il riconoscimento di una dimensione inedita, mentre la relazione di osservazione tende a generare la sua riconoscibilità.

Varela F. ('74) offre una descrizione che si potrebbe definire poetica dell'unità cognitiva, quale emergenza particolare dei processi di diverse aree cerebrali (Tab.6).

Tabella 6 - L'unità cognitiva secondo Varela F. ('74)

L'unità cognitiva è l'emergere di una coordinazione di frammenti grazie ad un processo che definirei musicale, un processo di risonanza tra diverse aree cerebrali. Mi piace immaginare l'unità cognitiva come una musica, un canto a più voci all'interno di una sincronizzazione temporale transitoria. Noi conosciamo come un'unità che emerge da un sottoinsieme di frammenti selezionato dalla totalità di frammenti possibili.

L'emergenza è considerata la via attraverso la quale si genera l'inedito, quello che prima non c'era (Martello P. et al., op. cit.).

Sull'emergenza, si potrebbe ipotizzare l'esistenza di determinate connessioni tra le diverse formulazioni teoriche promosse da diversi approcci epistemologici di pensiero.

Nella prospettiva della Gestalt, il carattere organizzazionale/(*sistemico*) della forma globale è un processo di emergenza. Una melodia non è una somma di note, un gruppo non è la somma dei suoi membri.

Secondo il concetto gestaltico di campo, ogni situazione interpersonale, è strutturata oltre che spazialmente, temporalmente, secondo altri elementi configurativi che le fanno da macro cornice e la condizionano con nuovi significati particolari. (Marquez H. '96).

Ed ogni emergente è relazionale; ossia ogni nuova configurazione, ogni riorganizzazione del campo interpersonale, ogni cosa nuova che succede, ogni cosa osservabile nella situazione, ogni cambiamento (definiti *emergenti*) è di tipo relazionale (Bléger J. in Marquez H. '96).

In sintonia, la prospettiva psicanalitica, secondo la quale, la struttura psicoterapica del campo bipersonale non si può considerare determinata da impulsi istintuali dell'analizzando, né tanto meno dell'analista, né si può considerarla come la somma delle situazioni interne;

è qualcosa (*emergenza*) che si crea tra due persone, all'interno dell'unità (*sistema*) che essi costituiscono nel momento della seduta e differisce radicalmente da quello che ciascuno dei due (*individui, sistemi ecc.*) è separatamente dall'altro (Baranger M. et al. pp42).

Secondo gli autori psicanalitici, le organizzazioni gruppali naturali (coppie matrimoniali, ecc.) tendono alla definizione e alla cristallizzazione (*omeostasi familiare* ?), mentre le organizzazioni in ambito psicoterapico - coppia analitica - (*sistema terapeutico*) tendono all'indeterminazione e alla mobilità (op. cit. pp 44).

Secondo l'approccio sistemico della II Cibernetica, il terapeuta deve essere consapevole del suo ruolo di co-determinazione dei processi interni alla situazione terapeutica.

L'osservazione partecipante ("Self-observing"), del terapeuta, tende a favorire l'individuazione e relativa considerazione dei fenomeni giudicati significativi per i relativi fini terapeutici

A questo proposito, Bion W. sosteneva che nell'osservazione terapeutica si usano i cinque sensi, più un senso comune, che accomuna, organizza i dati situazionali e che ne consente la nascita delle intuizioni, favorendo in questo modo la produzione e la formulazione di ipotesi. (Marquez H. '96).

Marquez H. ('96) aggiunge che "il problema portato dal paziente sarà riattualizzato con il terapeuta, perché è un problema che non resta confinato al suo pensiero ma si dispiega nei suoi rapporti e nel suo essere-nel-mondo. L'osservatore partecipante è considerato (per adesso) il miglior strumento per lo studio di una situazione umana".

Anzieu D. nella sua opera sui gruppi, sostiene che nell'ambito di una situazione psicoterapica gruppale, vi è resistenza al cambiamento finché la fomentazione fantasmatica (emergenza) non è avviata nei membri.

La fantasmaticizzazione o attività di fomentazione fantasmatica nell'apparato psichico individuale, si trova particolarmente stimolata fra 2 o più persone dall'amore o da una profonda amicizia.

La fantasmaticizzazione è un'attività del preconscious che articola rappresentazioni di cose e rappresentazioni di parole secondo relazioni complesse (spostamento, condensazione, figurazione, conversione nell'opposto, modello del linguaggio infantile).

E' considerata necessaria alla sanità psichica per la scarica pulsionale regolare che apporta e per la circolazione del senso intrapsichico e interindividuale che permette.

E' stimolando questa capacità che i metodi di gruppo possono avere degli effetti individuali positivi specialmente nello sviluppo della creatività. (Anzieu D.,).

Secondo Bateson G. ('76), la natura sistemica della mente può emergere nella coscienza attraverso l'aiuto di determinati fenomeni umani (l'arte, la religione i sogni ecc.); La pura razionalità finalizzata è di necessità patogena e distruttrice di vita. (pp 181).

In ambito sistemico, il percorso terapeutico potrebbe rappresentare la forma emergente dei principali processi terapeutici embricati tra loro.

In particolare, l'approccio sistemico:

- prevede lo spostamento dell'attenzione dal rapporto tra situazione e paradigma alla modalità di analisi e costruzione; il soggetto costruisce il suo mondo costruendo sé stesso (Telfener U. in White '92).
- Tende a connettere in modo complementare, la retorica (terapeuta "retore": colui che fa domande) con l'ermeneutica (cliente "ermeneuta": dà i significati); le domande del terapeuta delegano la responsabilità dell'attribuzione dei significati al cliente (Boscolo L. et al. '96 pp129).
- Tende a *significare* le proprietà individuali (ruolo, valori aspettative e motivazioni) all'interno delle sequenze di comunicazione terapeutica reciprocamente inscindibili (non-sommatività dell'interazione) (Watzlawich et al.'73, pp120).
- Relativamente all'occultamento (*concealment*) ed all'intimità e condivisione (*intimacy, sharing*) terapeutici, afferma che l'individuazione e la totale condivisione delle informazioni sono incompatibili; l'atto dell'occultamento tra terapeuta e cliente permette di definire un confine tra di essi e in tal modo li individua (Boscolo L. et al. '96 pp 84).
- Favorisce la sensibilità all'equilibrio tra silenzio e parola (Boscolo L. et al. '96 pp117).

- Pone enfasi al gioco dell'interdipendenza dei processi relativi all'interazione tra famiglia e ambiente sociale di cui è parte. Gioco in cui, differenze genetiche, valori culturali, modalità relazionali, differenze individuali, appartenenze sociali, rapporti istituzionali, credenze individuali e di gruppo, ideologie, rappresentazioni sociali, condizioni economiche, caratteristiche ambientali, processi di comunicazione interpersonale e sociale sono tutti elementi che, interrelati tra loro, concorrono a comporre il gioco stesso (Fruggeri L. '04).

Contesto Operativo di Riferimento

La Perizia Psichiatrica

La perizia psichiatrica, in ambito giudiziario, è considerata svolgere un ruolo fondamentale nell'ambito della emissione di una sentenza. (Andreoli V.'99) sia per reati cosiddetti penali che in ambito civile (separazioni, divorzi, affidamento dei figli, risarcimenti assicurativi ecc.).

Le perizie, secondo il nuovo Codice di Procedura Penale, possono venire commissionate dal Pubblico Ministero, dal Gip (Giudice per le Indagini Preliminari, giudice che fa parte dell'organo che ammette al giudizio), e/o durante il dibattimento da una Corte, per esempio la Corte d'Assise (organo giudicante). (Andreoli V. '98).

La funzione del clinico all'interno di un'aula di tribunale non è di accertare i fatti, bensì di descrivere le eventuali componenti psicopatologiche di un determinato comportamento criminoso (Longano E. et al. '04). Compito del perito, infatti, è quello di rispondere ai quesiti posti dal Magistrato che generalmente riguardano la verifica di uno stato di infermità mentale, al momento dei fatti ed il grado di pericolosità sociale. (Bruno F. et al. '93)

L'imputabilità risulta essere esclusa e/o diminuita in determinate condizioni:

- di natura fisiologica dipendenti dall'età,
- di natura patologica derivanti da infermità di mente o da anomalie congenite,
- e di natura tossica dovute all'abuso di alcolici e di sostanze stupefacenti (art. 88 e art. 96 del c.p.).

Alcune infermità psichiatriche risultano essere correlate quasi sempre ad uno stato di non imputabilità (psicosi - schizofrenica e distimica, demenze, oligofrenie, malattie organiche esogene ed endogene, ecc.).

Altre infermità come ad esempio le alterazioni della personalità e le psiconevrosi, non trovano facilmente un accordo clinico-legale tra i periti ed i giudici, né nel senso della negazione, né in quello dell'affermazione dell'imputabilità. .

E' possibile tuttavia, un'estensione delle cause di non imputabilità anche ai quadri psicopatologici non classificabili tra le vere e proprie malattie mentali, purché si possa dimostrare che essi influenzano il comportamento criminoso espresso dall'imputato.

Occorre anche un nesso causale per cui il fatto commesso risalga allo stato di mente, come l'effetto alla causa. Condotte criminogenetiche classificate come di matrice nevrotica, psicopatica, borderline, se, giudicate appartenere alla persona come una "modalità abituale di essere nel mondo", non rientrano nelle patologie psichiatricamente rilevanti; a meno che non risultino essere corredate da determinati specifici elementi clinici (Tab.7).

Tabella 7 - Elementi clinici accreditanti valore di esclusione e/o riduzione dell'imputabilità alla malattia psichica (Bruno F. et al. '93)

- ◆ frattura evidente rispetto al peculiare stile di vita del soggetto;
- ◆ netta, chiara e rilevante sproporzione tra avvenimento causale da un lato, intensità, tipo e durata della risposta dall'altro;
- ◆ possibile presenza di una condizione di compromissione dello stato di coscienza coperta e seguita da amnesia e dismemoria;
- ◆ eventuale presenza di disturbi dispercettivi o di idee preconcette o prevalenti o deliranti, purché non indotti da sostanze alcoliche e psicoattive (esplicita esclusione prevista negli artt. 92 e 93 c.p.);
- ◆ alterazioni non recitate e non finalizzate a carico degli istinti fondamentali;
- ◆ ricca partecipazione emotiva;
- ◆ durata relativamente breve della reazione, in riferimento al fatto delittuoso.

Il giudizio di pericolosità così come espresso dal Codice Penale, è un giudizio di predizione, ovvero prognostico, che si fonda in particolare sulla presunzione della esistenza di un elevato grado di probabilità che la persona commetta nuovi reati. (Bruno F. et al. '93) (Tab. 8).

Tabella 8 - Elementi giudicati concorrenti in senso positivo e/o negativo alla reiterazione del comportamento delittuoso (art. 133 cp) (Bruno F. et al. '93)

1. motivi a delinquere e dal carattere del reo;
2. precedenti penali e giudiziari e, in genere, dalla condotta e dalla vita del reo antecedenti al reato;
3. condotta contemporanea o susseguente al reato;
4. condizioni di vita individuale, familiare e sociale del reato

Il giudizio di pericolosità sociale psichiatrica potrebbe essere collegato alla presenza di determinate condizioni (Tab. 9).

Tabella 9 - Condizioni correlate positivamente al giudizio di pericolosità sociale (Fornari U. '89)

1. presenza di una sintomatologia psicotica molto florida e riccamente partecipativa a livello emotivo, con assoluta assenza di consapevolezza di malattia;
2. accertamento di un grave deterioramento o una grave destrutturazione psicotica della personalità, con o senza pluricoveri o plurirecidue;
3. notizia di uno o più scompensi comportamentali ravvicinati, sia in senso 'auto' che 'etero' distruttivi;
4. progressione di gravità nelle condotte di scompenso;
5. scarsa o nulla risposta alle terapie praticate, purché adeguate e purché non si tratti di simulatore;
6. necessità di protezione del malato e della società dagli acting-out che i disturbi psicotici hanno indotto e probabilmente, se non certamente, indurranno.

Una ricerca empirica effettuata dalla Cattedra di Psicopatologia Forense dell'Università di Torino su una serie di perizie psichiatriche (N309) eseguite negli anni '80 da cinque periti diversi di quattro Regioni del Nord Italia, allo scopo di indagare i criteri usati in sede peritale per l'accertamento della pericolosità ha correlato la pericolosità sociale alla presenza o meno di precedenti psichiatrici., precedenti penali ed alla condizione di occupazione professionale (Terzi MG. '93 in Giannini I. '04).

Inoltre, tale pericolosità è risultata essere significativamente associata alla presenza di deficit intellettivi, alterazioni deliranti del pensiero, alterazioni dell'umore o della sfera affettiva o disturbi psicotici del rapporto con la realtà e con gli altri (Giannini I.'04).

In un altro studio effettuato presso l'Istituto di Medicina Legale dell'Università di Genova (N100 casi peritali), sono stati individuati ulteriori elementi favorevoli a una previsione positiva di pericolosità (Tab.10).

Tabella 10 - Elementi correlati alla condizione di pericolosità sociale (Cavaliere R., Balocco V. in Giannini I.'04).

- con l'età (18-21 anni);
- il sesso (sesso maschile);
- lo stato civile (non coniugati);
- la condizione socio-economica (condizioni economiche modeste o modestissime);
- una storia positiva per eventi penali e/o psichiatrici (soprattutto per intossicazione cronica da alcool o stupefacenti,
- affezioni da stati schizofrenici, cerebropatie infettive o congenite, psicosi borderline, epilessia ed altre patologie mentali).

E' stata anche vagliata, nell'ambito della medesima ricerca, l'ipotesi di una generale tendenza ad un "errore di sovrappredizione" della pericolosità sociale (Cavaliere R., Balocco V. in Giannini I.'04).

Di particolare complessità, è emersa la valutazione psichiatrica in ambito forense della doppia diagnosi ("dual disorder"), sindrome caratterizzata dalla presenza di due o più disturbi psichiatrici di cui almeno uno costituito da un abuso di sostanze alcoliche o stupefacenti. (Catanesi R. et al. in Giannini I.'04).

Inoltre in dottrina si afferma che "il reato connesso al disturbo psichico assume la veste di sintomo che, anche se violento e contro le leggi, è pur sempre sintomo da ricollegare alla storia individuale e sociale del reo malato e come tale elemento per la diagnosi e la cura (Giannini I.'04).

Viene raccomandato, un uso "critico", della letteratura clinica sulla modalità di identificazione di una condizione psicofisica individuale (Di Nuovo S. '04)⁵ ; "*creando un ponte che dal gabinetto di psicomatria si tende verso le aule di giustizia*", *un ponte intessuto di esperienza*" (Altavilla in Testa M., '03).

Considerazione quindi per un approccio clinico globale alla persona, in cui le discipline correlate al diritto, si possano ben connettere con le altre discipline appartenenti alla sfera umanistica (psicologia, psichiatria, antropologia, sociologia, criminologia, medicina legale ecc).

La Relazione Psicologica in ambito Forense

La valutazione psichiatrica richiesta in ambito forense, viene spesso corredata da una valutazione di carattere psicologico.

Infatti, spesso vengono formulate, dal giudice e/o da altre figure professionali giudiziarie al perito psichiatra, delle richieste specifiche, relativamente alla sfera comportamentale, emozionale, cognitiva ecc. della persona coinvolta nell'inchiesta;

l'obiettivo è quello di meglio approfondire le dinamiche collegate all'evento disfunzionale, alla luce dell'intera storia esistenziale della persona. (Spazzapan B., '04)⁶.

Ai fini della produzione di una relazione psicodiagnostica migliore, ai fini di una efficace e soddisfacente "restituzione" agli organi giudiziari o non richiedenti, si rivela quanto mai importante l'assunzione di un approccio metodologico complesso;

che possa considerare all'interno di un rapporto *creativo* di interrelazione complementare, i risultati ottenuti secondo l'applicazione di metodi preferiti da approcci diversi, quali, in generale:

- l'Approccio nosografico-classificatorio
approccio di tipo psicometrico che si avvale di test strutturati, sia di intelligenza che di personalità
- e l'Approccio Narrativologico
approccio non psicometrico: schemi desumibili da colloqui o interviste, 'storie di vita' ecc. (Di Nuovo S. '04).

⁵ Giudice onorario nel Tribunale per i Minorenni, Catania, Facoltà di Scienze dell'Educazione, Università di Catania

Approccio nosografico-classificatorio

◆ *La Diagnosi Clinica*

“L’etimo della parola “*diagnosi*” rimanda al significato di conoscenza e quindi a rigore dei termini si fa diagnosi ogni volta che raccogliendo dei dati si cerca di aumentare le conoscenze su qualcosa o su qualcuno” (Minuchin S. '74 in Frison R. '04 pp538).

La diagnosi è stata considerata in medicina e dalla psichiatria ufficiali, un punto di partenza irrinunciabile che prende in considerazione l’anamnesi medica, gli elementi clinici obiettivi, i dati di laboratorio, le condizioni di vita del paziente (Telfener U. in Togliatti et al.'95).

Una diagnosi clinica nosografia considera infatti, prioritario l’identificazione di segni , tratti e caratteristiche di un paziente in funzione di precostituite concezioni di sintomo, sindromi e malattie che vengono poi confermate e riconosciute (Telfener U. in Telfener U. et al. '03).

La diagnosi potrebbe essere vista come un processo di collegamento di vari livelli di astrazione: la raccolta dei dati, la descrizione della situazione emergente, la lettura sulla base dei modelli teorici di riferimento (Auserwald E. '68 in Frison R. '04 pp538).

Nell’ambito forense, diffuso è il pregiudizio secondo il quale esiste una certa predisposizione da parte del soggetto periziato, a descrivere, più o meno intenzionalmente, in senso deformato la sintomatologia come difesa strumentale ai fini di un vantaggio di tipo economico o assimilabile. Ad esempio, nel campo assicurativo, in cui i medici legali hanno coniato il termine di “sindrome da indennizzo”.

In ogni caso il professionista è tenuto ad operare in una posizione neutra in un giusto equilibrio tra deontologia professionale ed interesse del cliente in osservazione . (Sartori '99).

⁶ Medico psichiatra (responsabile di un servizio dell’ASS n.2 Isontina) con pluriennale esperienza professionale in ambito forense.

◆ *Gli Strumenti Testologici di Psicodiagnosi*

Numerose le citazioni , in letteratura, sull'uso in ambito forense dei seguenti strumenti di valutazione psicodiagnostica:

◆ *Scala WAIS*

E' lo strumento diagnostico di valutazione intellettiva maggiormente applicato nei contesti clinici e forensi (Collins, J. M et al., '01, Flanagan, D.P. et al. '00., Gregory, R.J. '99, Lees-Haley, '92, Zillmer EA et al. 1991.) Tuttavia per anni ci sono state delle controversie sulla sua validità teorica ed empirica. (Flanagan DP. Et al, 2000).

◆ *Test MMPI*

Il Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI), Hathaway S.R. McKinley J.C. (1943) contiene oltre alle principali dimensioni psicopatologiche (introversione sociale, depressione, deviazione psicopatica, mascolinità-femminilità, schizofrenia, paranoia, isteria, ipocondria, psicastenia) delle scale di controllo (F e K) che permettono di dare una valutazione quantitativa dell'intensità dello spostamento nella direzione della minimizzazione o della massimizzazione dei sintomi.

(Sartori G. '99, Di Nuovo S. '04, Lewis JL et al. '02, Petroskey LJ et al. '03) Mosticoni R. et al. '91, Cresci N et al. '92).

◆ *Test di Rorschach*

E' considerato tale da soddisfare gli standard legali di ammissibilità (Tribunali di Stato, Corti Federali) e i criteri professionali suggeriti. (Viglione DJ,'01, E. Longano et al. '04, Fassino S. et al.'03, Hibbard S. '03, Di Nuovo S. '04).

Il Rorschach possiede, quei requisiti necessari e fondamentali per poter fornire, soprattutto dal punto di vista qualitativo, informazioni approfondite sulla personalità, sulla sfera cognitiva, su quella affettiva e sulla struttura dell'Io, sia nella fase di sviluppo dell'età evolutiva, sia nella fase più definita dell'età adulta (Lanotte A., Capri P. '97)

Secondo alcuni autori, i casi in cui il Rorschach è stato considerato una prova psicometrica non attendibile sono da riferirsi esclusivamente ad un uso improprio della stessa e non a caratteristiche e peculiarità dello strumento. (Weiner IB, '01; Longano et al. '04).

Approccio narrativo-logico

◆ La Diagnosi Sistemica

La diagnosi sistemica, risulta essere favorevole alla contestualizzazione della situazione problematica in questione, all'interno di un sistema di osservazione più ampio rispetto a quanto promosso dall'ottica nosografica; che sembra prediligere l'evidenziazione, l'estrapolazione, il ritaglio, dal sistema di osservazione, del medesimo oggetto di studio.

L'individuo in terapia è considerato contestualmente determinato: concetti come identità, programma di vita, lasciano il posto a un'idea di individuo policentrico, poliedrico flessibile. (Telfener U. '92 pp13).

La diagnosi, secondo Mariotti M., dovrebbe essere intesa come transizione fra dialogo sociale, psicodinamico, relazionale e biologico (op. cit., '04 pp 94-95).

Secondo l'assunto teorico della non-sommatività, le informazioni diagnostiche che riguardano parti isolate, non possono essere sommate per rappresentare il sistema nella sua totalità; la diagnosi deve riguardare il sistema come una rete di relazioni all'interno della quale la comunicazione sintomatica svolge una funzione; ed il sistema sociale che circonda il comportamento sintomatico ne calibra l'escalation. (Keeney in Frison R. '04 pp538-539).

Il concetto di diagnosi potrebbe essere preferibilmente, sostituito con quello di ipotizzazione, quale, formulazione di più ipotesi (Boscolo e Cecchin '88 in Telfener U.'95); ipotesi che dovrebbero essere collocate nel contesto della relazione (Boscolo, Bertrando in Boscolo L. et al.'96).

Inoltre "non può esistere un'osservazione neutrale, non "contaminata" soggettivamente proprio perché ogni terapeuta, ogni scienziato in generale ogni osservatore avvicina e scruta la realtà inforcando per così dire i propri particolarissimi occhiali" (Cecchin G., Lane G., Ray WA '97, Boscolo L., Bertrando P. '93 in Frison R. pp538).

"Lenti" che interpretano metaforicamente la consapevolezza dei propri pregiudizi e delle proprie teorie attraverso le quali si vede, si comprende l'Altro e l'ambiente circostante (Frison R. '04 pp 562)

Il risultato di una valutazione non è un dato oggettivo da accertare acriticamente, diventa una delle possibili punteggiature della realtà (Martello P. et al. '03) (Tab.11)

Tabella 11 - La valutazione secondo l'approccio sistemico (Martello P. et al. '03 pp547)

◆	Valutazione di un processo più che di un oggetto
◆	Lettura nella sua dimensione contestuale
◆	Considerazione dell'aspetto ricorsivo e della modificazione reciproca fra valutatore e sistema valutato
◆	Consapevolezza dei limiti intrinseci rispetto alla totalità cibernetica sistema osservante/sistema osservato.

◆ Il Genogramma Familiare

Il Genogramma Familiare (GF), viene considerato svolgere un ruolo di un efficace strumento di indagine psicologica secondo l'approccio sistemico (Mc Goldrick M. et al in Lucchini A. '01; Montagnano S. et al. '89).

Esso risulta essere definito "poliedrico in quanto rispetta chi privilegia la ricerca di senso e dà spazio all'immaginario così come chi preferisce raccogliere informazioni per costruire ipotesi e per prescrivere comportamenti" (Cigoli V. in Vetere C. '03)

Permette infatti di connettere criticamente ed in relazione ai membri significativi della famiglia i fatti, gli eventi ecc. che hanno contraddistinto l'evolversi di una storia familiare (Tab.12).

Tabella 12 -- Funzioni qualitative del Genogramma

(Vetere C. '03)	Dimesioni	Lalli N., Mazzoni S.
Strutturale		temporale
Definisce i ruoli sia istituzionali che affettivi che i vari membri hanno ricoperto caratterizzando la storia dell'individuo sia sotto il profilo genealogico sia affettivo		considera gli eventi critici differenziati in normativi e paranormativi in corrispondenza delle diverse fasi del ciclo di sviluppo della famiglia
Funzionale		
Sottolinea le ridondanze e le regole omeostatiche così come le svolte ed i vincoli propulsivi		
relazionale		
Permette di scoprire come è avvenuto l'apprendimento di schemi relazionali a partire dalle generazioni precedenti		

La modalità di applicazione del GF prevede una fase grafica (disegno) ed una conversazione (intervista) (Tab.13).

Tabella 13 – Modalità di applicazione del GF

Disegno del GF	è una specie di albero genealogico, normalmente comprensivo di tre generazioni, in grado di fornire un rapido quadro d'insieme della struttura familiare, evidenziando l'intensità dei legami emotivi e come essi si evolvono attraverso il tempo. Fornisce una sorta di "mappa" con riferimento alla quale viene raccontata la storia. Sul genogramma, oltre ai matrimoni e alle nascite che definiscono la progressiva costruzione dei nuclei familiari, vengono rappresentati eventi significativi, quali morti o separazioni, che indicano le perdite che le famiglie hanno affrontato.
Intervista semistruutturata:	è concepita in base al principio di non porre domande dirette che prevedono risposte chiuse da parte dell'intervistato, ma di instaurare una fluida conversazione

Il materiale viene poi riassunto schematicamente evidenziando:

- L'atteggiamento verso il racconto

- Gli eventi critici del ciclo vitale familiari ed individuali
- Le alleanze (vicinanza/distanza raccontate nella storia)
- Le eventuali triangolazioni disfunzionali
- I conflitti.

◆ *La Ricostruzione Storica Esistenziale del cliente*

Secondo Bateson G. ('84) la ricostruzione storico- esistenziale del cliente permette di discernere il modo in cui i membri della famiglia punteggiano il flusso di informazioni per poi giungere al senso dell'intero sistema." (Bateson, 1984).

Per lo psicoterapeuta sistemico, il fondamento della propria azione sta nel metodo di analisi che permette di ordinare cornici di riferimento spazio-temporale, illuminando di volta in volta differenti contesti al fine di confermare narrazioni costruttive a quelle rigide patologizzanti (Mariotti M. 04 pp77).

Sluzki C. ('92) parla di "storie meglio formate" (Tab.14).

Tabella 14 - Storie "meglio Formate" secondo Sluzki C. ('92, in Sluzki '99 pp30)

-
- Sono attraenti (entrano in risonanza con, "attraggono") per coloro che ci consultano;
 - sono più ricche di connessioni tra gli individui ed il contesto;
 - non richiedono la presenza di etichette diagnostiche stereotipate ed autopertuanti;
 - contengono assunti di evoluzione e cambiamento, miglioramento e speranza;
 - definiscono i partecipanti come attivi, competenti, responsabili e riflessivi;
 - presuppongono che i partecipanti seguano principi etici/morali quali buone intenzioni, il rispetto di sé e del prossimo, l'evitamento della sofferenza, la promozione di evoluzione e cambiamento ed il senso di responsabilità collettiva.
-

White M. ('92) assume che "quando una storia diventa instabile richiede stabilità, cerca nuove configurazioni, nuovi adattamenti ed incorporerà quei nuovi elementi che le permetteranno di orbitare in torno ad un nuovo eigen-value, nei limiti di una coerenza dei possibili eigen value di una storia, espressioni delle risonanze tanto delle specifiche storie micro-culturali e familiari quanto delle storie collettive e dominanti che si evolvono lentamente e che pervadono la macro-cultura entro cui avviene la conversazione" (in Barca M., '04 pp494).

Secondo l'approccio sistemico, in terapia, le informazioni non andrebbero ricercate in modo strettamente programmato ma ci si dovrebbe rendere recettivi e disponibili all'esperienza; l'esperienza, quale avvenimento spontaneo non provocato (Keeney BP pp93).

Di primaria importanza è la natura della relazione che il cliente ha con sé stesso, con il proprio mondo interno ed il mondo esterno, nonché della relazione che si stabilisce tra terapeuta e cliente (Boscolo L. et al.'96).

Dalla capacità del terapeuta di predisposizione empatica nell'ambito relazionale terapeutico. (Anderson H. in Boscolo L.'96) (Tab.15).

Tabella 15 - MODALITÀ DEL COMPORTAMENTO EMPATICO IN TERAPIA

1.	Assumere il ruolo dell'altro, vedere il mondo come questi lo vede e sperimentare i suoi sentimenti
2.	Essere pronto a leggere le comunicazioni non verbali e a interpretare i sentimenti sottostanti ad esse
3.	Comunicare interesse, a prendersi cura (caring) sinceramente di comprendere in maniera non giudicante e di aiuto. (Macarov , '78 in Boscolo L. et al. '96 pp76)
4.	Essere in relazione "C" che comprenda Connessione, Collaborazione, Costruzione (Anderson H. in Boscolo L.'96 pp77)

Boscolo L. (et al., '04) elenca una serie di elementi considerati patognomonic dell'approccio terapeutico sistemico (Tab.16).

Tabella 16 - Approccio conversazionale/costruttivista (Boscolo L., Cecchin GF, Iscra, '04)

<ul style="list-style-type: none"> • Atteggiamento conversativo; • Narrazione terapeutica; • La centralità della domanda; • Descrizioni multiple; • Auto-osservazione del terapeuta; • Parole-chiave, metafora, tempo • Connotazione positiva della realtà

◆ Il Contributo dell'Osservazione Autoreferenziale

Con il concetto di cibernetica della cibernetica, cibernetica di II ordine, si promuove una prospettiva epistemologica che :

- ◆ conclama l'importanza dell'inclusione dell'osservatore nel sistema;
- ◆ sollecita nel terapeuta "l'accettazione di far parte di un sistema osservante e dunque di essere teoricamente indistinguibile nell'operare e nell'operato dal proprio cliente (operare in regime di basse regole di setting)" (Mariotti M. '04 pp77).
- ◆ invita a superare la prospettiva in base alla quale, il rapporto tra le variabili oggettività/soggettività, viene considerato "agire", nell'ambito di una inconciliabile dicotomia ed ad accogliere una visione etica che enfatizza il nesso che unisce osservatore, alla modalità di partecipazione manifestata dall'osservatore nell'ambito di quanto viene osservato. (Frison R. '04 pp537).

Osservatore (O), il quale, a partire da un paradigma o modello teorico (MT) analizza sé stesso che costruisce la situazione (S) che osserva (Fig. 1).

Figura 1 – Osservazione autoreferenziale (Telfener U. et al. '03 pp 134)



Alla preoccupazione per l'oggettività si sostituisce quella per la responsabilità nell'ottica di un'epistemologia autoreferente e partecipe (Frison R. '04 pp537).

Per il clinico questo significa passare dall'osservare i sistemi come entità ontologiche che hanno una loro vita e che esistono in un mondo a priori, al prestare attenzione al sistema che emerge a seguito delle operazioni compiute di cui esso stesso ne fa parte.

Un continuo fare dis-fare a partire dalla propria storia, condito dalle premesse collettive, condivise e culturali dai pre-giudizi che guidano in maniera ineludibile la conoscenza (Telfener U. et al. pp134)

L'intervento clinico può essere considerato come un processo epistemologico che ha a che fare con le operazioni etiche ed estetiche insite nell'azione del conoscere, in cui mettere in atto descrizioni multiple – affettive e cognitive – che riflettano le percezioni ed i punti di vista (Telfener U. et al. '03 pp311) sistemi di rappresentazione, ossia delle modalità di attribuzione dei significati ai diversi aspetti del mondo circostante delle persone implicate (Bateson G., '72 in Fruggeri L. et al. '95 pp 499).

La comunicazione, quale processo sociale primario, non è rappresentativa ma generativa, diventa sinonimo di partecipazione alla costruzione di significato (Telfener U. in White '92 pp8).

L'attenzione è posta sull'interdipendenza dei processi simbolici ed interattivi, cioè su come i rispettivi sistemi di rappresentazione e significato si coordinano nella costruzione delle dinamiche relazionali (Fruggeri L. et al. '95 pp500).

“In questo dialogo fra sistemi che incessantemente nutre il nostro io, lo psicoterapeuta sistemico è chiamato non più ad un processo dia-gnostico (conoscere attraverso l'osservazione), ma ad un processo sun-gnostico (conoscenza condivisa) un compito di attivazione di processi conversazionali che al momento rappresentano il punto di partenza del chiacchiericcio interiore disturbato” (Mariotti M., pp77-78).

Obiettivi Principali dello Studio

L'importanza della Consulenza Psicologica Sistemica, in ambito Forense

Nell'ambito dell'attività professionale di psicologo, esperita nel contesto forense, è emersa l'importanza, ai fini di una più efficace condivisione opinionistica clinica, con i colleghi psichiatri, di una migliore forma di comunicazione tecnico-clinica, in senso esplicativo e motivazionale, rispetto alla visione delle figure giudiziarie e non, coinvolte nello studio dei casi peritali.

In particolare ed in svariati contesti operativi (servizi aziende sanitarie, servizi sociali comunali, servizi del privato sociale ecc.), è stata maturata l'esperienza di problemi minorili (affidamento di figli minori nell'ambito di situazioni di separazioni coniugali di coppie giovanili con problemi di condotte sociali e psichiatriche) esitati positivamente.

Altri, riferiti a particolari situazioni di disagio sociale esitati in modo non altrettanto positivo (problemi di pedofilia).

Ulteriori esperienze professionali forensi hanno riguardato la redazione di osservazioni psicodiagnostiche di soggetti coinvolti in situazioni giuridiche penali e/o civili.

L'esperienza ha portato a rivalutare l'importanza del fatto di rivestire, come psicologi, un ruolo importante al fine della sensibilizzazione delle figure giudiziarie alla riflessione sulla complessità dell'esistenza umana; e di orientare le medesime figure ad un approccio giudicante positivo con enfasi rispetto alle "parti buone" e comprensione delle "parti cattive" del soggetto periziato; in modo da favorire con l'esito giudiziario, al medesimo soggetto periziato, ulteriori possibilità di recupero di una serena integrazione sociale- esistenziale.

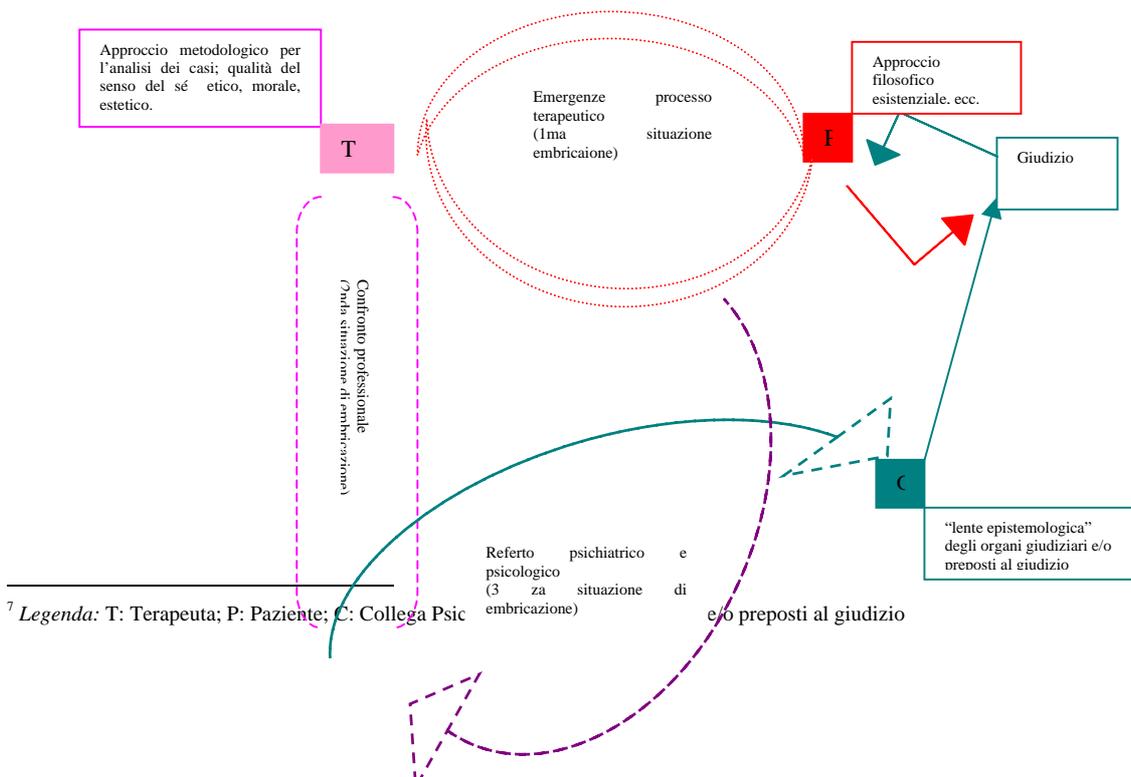
Nell'ambito del presente lavoro, sono stati selezionati, dei casi clinici, al fine di poter osservare, l' eventuale presenza "segni" positivi dal punto di vista prognostico, di validità ed efficacia nel tipo di interventi di consulenza psicologica effettuati secondo l'approccio sistemico.

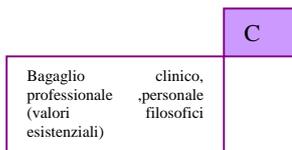
Enfasi rispetto alle Situazioni cliniche di Embricazione dei casi peritali presentati

L'approccio sistemico rispetto all'approccio nosografico-classificatorio pone particolare enfasi alla considerazione dei processi emergenti dalle diverse situazioni di embricazione terapeutica.

Nell'ambito del presente lavoro, sono state osservate diverse situazioni relazionali terapeutiche di embricazione (Fig. 2).

Figura 2- Situazioni di Embricazione⁷





- *1^{ma} situazione di embricazione (terapeuta e cliente).*
 Numerose variabili (filosofiche, epistemologiche, etiche ecc.) ascrivibili al terapeuta così come quelle ascrivibili al cliente concorrono a determinare e/o a favorire lo sviluppo di un certo tipo di processo terapeutico.
 E rispetto al concetto sull'embricazione, si potrebbe ipotizzare che, la modalità (forma letteraria, tipo di punteggiatura, ecc.) utilizzata dal terapeuta, nell'ambito della comunicazione clinica scritta, potrebbe essere considerata il riflesso della qualità delle emergenze derivanti del medesimo processo terapeutico;
 nel senso che, una costruttiva ed autentica sintonia relazionale terapeutica ("coupling"), potrebbe quindi non solo costituire quale fonte di garanzia di ricostruzione storica, attendibile ma anche corredare il tipo di linguaggio utilizzato per la medesima comunicazione di un particolare valore interattivo motivante, di stimolazione empatica rispetto all'ottica del destinatario.
- *2^{da} situazione di Embricazione (terapeuta e psichiatra).*
 A sua volta, in questo caso, la qualità delle emergenze derivanti dai processi relazionali scaturiti nell'ambito degli incontri tra i professionisti (terapeuta e collega psichiatra), potrebbe venire "inferita" dalla modalità (forma letteraria) di "restituzione" (referto clinico) agli organi richiedenti e/o preposti al giudizio, elaborata dal collega professionista (psichiatra), sulla situazione periziale.
 Relativamente al presente studio, si sono verificate le seguenti situazioni:
- *3^{za} situazione di Embricazione (Referti psicologici, psichiatrici e "lente epistemologica" degli organi giudiziari e/o preposti al giudizio).*
 Gli esiti giudiziari, potrebbero, in questo caso, riflettere "il grado di compliance", (di aderenza, di accoglimento, di condivisione) evidenziato dagli organi preposti al giudizio, rispetto alla modalità epistemologica contenutistica e formale di illustrazione clinica, delle diverse situazioni peritali.

In sintesi, l'attenzione sistemica del presente lavoro è stata dedicata ai seguenti tipi di approfondimento :

- ◆ Considerazione del grado di "appropriatezza", delle caratteristiche formali e contenutistiche attribuibili alla modalità di descrizione del caso osservato, atto a favorire la condivisione con i colleghi psichiatri di una migliore possibilità di comunicazione, confronto, al fine di produrre una nuova *complementare* rielaborazione epistemologica delle osservazioni effettuate.
- ◆ Considerazione del livello qualitativo in senso positivo, attribuibile al tipo di rapporto professionale sviluppato in ambito professionale con i colleghi psichiatri
- ◆ Verifica del grado di "efficacia" in relazione agli esiti giudiziari emersi, attribuibile alla forma di comunicazione utilizzata nell'ambito dalle documentazioni cliniche prodotte.

METODOLOGIA

Piano della Studio

Tipologia di Soggetti selezionati per lo studio

Sono state osservate le situazioni cliniche di N 7 soggetti di sex maschile e di età tra i 29 ed i 64 a. (età μ 42 a.) per i quali, nel corso dell'anno corrente, è stato collaborato, con colleghi psichiatri dell'Az. Sanitaria N.2 "Isontina" di Gorizia del Dipartimento per le Dipendenze, e del Dipartimento di Salute Mentale nell'ambito della stesura di perizie psichiatriche, in considerazione temporale e legale di fasi giudiziarie conclamate (regimi detentivi, arresti domiciliari, procedimenti penali) e di fasi precedenti eventuali procedimenti giudiziari (Tab. 1).

Tabella 1 - Caratteristiche socio-demografiche dei soggetti osservati e canali d'invio

Casi	Sex, Età	Condizione giudiziaria	Capi di imputazione e/o cause	Professionisti inviati (ASS n.2 "Isontina")
N 1	M, 34 a.	Regime detentivo (Casa Circondariale di Gorizia)	Tentata strage	Psichiatra (Sert)
N 2	M 41 a.	Agli arresti domiciliari	Spaccio stupefacenti, produzione di materiale pornografico	Psichiatra (Alcologia)
N 3	M 32 a.	Agli arresti domiciliari	Tentata violenza	Psichiatra (DSM)
N 4	M 64 a.	Procedimento penale	Banda armata	Psichiatra (Alcologia)
N 5	M 50 a.	Procedimento Penale	Riottenimento Patente di guida, porto d'armi	Psichiatra (Sert)
N 6	M 29 a.	Fase pre - giudiziale	Risarcimento danni biologici conseguenti incidente stradale	Psichiatra (DSM)
N 7	M 47 a.	Fase pre - giudiziale	Affidamento figli minori	Psichiatra (Sert)

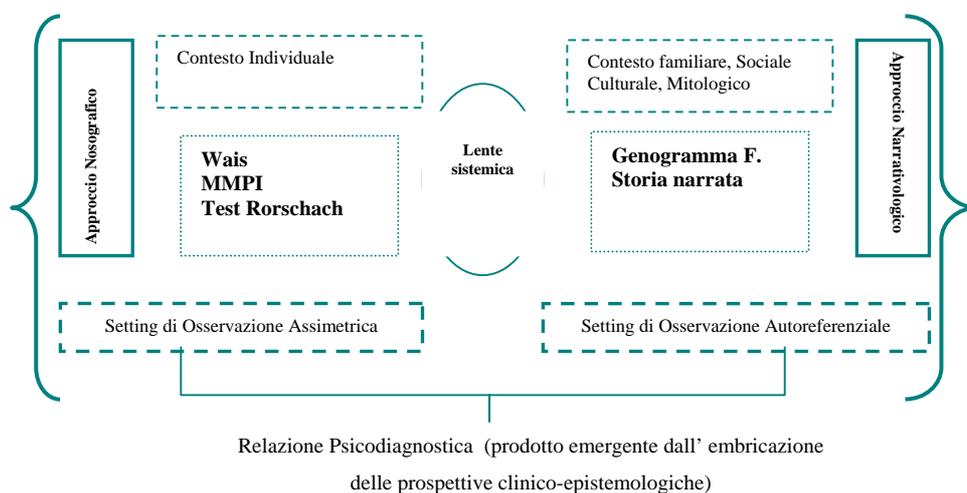
Modalità dell'utilizzo degli Strumenti tecnici

L'Approccio Sistemico rispetto all'Approccio Nosografico-Classificatorio, favorisce la predisposizione nel terapeuta, nell'ambito della rappresentazione mentale della situazione clinica, all'utilizzo di un metodo definito mappa cognitiva: che permette di riflettere sulla natura delle conoscenze e sulle relazioni che vi intercorrono, di far emergere i significati insiti nel materiale da approfondire (Novak JD, '01).

Nel presente lavoro, la mappa cognitiva elaborata sui casi, ha "com-presò" ed interconnesso i seguenti 3 punti:

1. Considerazione dei risultati testistici
2. Ri-costruzione assieme al paziente della storia personale, familiare, sociale e giudiziaria.
3. Analisi di auto-osservazione (Self-observing) del terapeuta. (Fig. 2).

Figura 2 - Schema relativo al rapporto di interdipendenza tra gli approcci clinici testologici e quelli narratologici



E specificatamente, la considerazione dei risultati delle indagini è avvenuta nel seguente modo:

Approccio Nosografico-Classificatorio

- ◆ *Scala WAIS (Weschler Adult Intelligence Scale)* con i relativi indici quali:
 - il quoziente intellettivo (Q.I) (scala verbale, scala non verbale)
 - l'eventuale indice di deterioramento mentale (DT)
 - l'Analisi delle dimensioni cognitive (Tab.2)

Tabella 2 - Schema delle principali dimensioni cognitive inferite dalla Scala Wais

FUNZIONI VERBALI		FUNZIONI NON VERBALI	
			FUNZIONI DIPENDENTI DALL'ORGANIZZAZIONE VISIVA
PROVA DI VOCABOLARIO	funzioni della Memoria a Lungo termine, del pensiero astratto e che stima il patrimonio culturale e la curiosità intellettuale	RIORDINAMENTO DI STORIE FIGURATE	capacità di progettazione, di anticipazione delle conseguenze di atti o situazioni iniziali, di astrazione temporale)
PROVA DELL'INFORMAZIONE	funzioni della memoria permanente e che permette di valutare il background culturale e la ricchezza delle aree di interessi personali	COMPLETAMENTO DI FIGURE	capacità di concentrazione e di riconoscimento di un materiale percepito visivamente)
PROVA DI COMPRESIONE	capacità di giudizio in situazioni sociali concrete)		FUNZIONI DI COORDINAZIONE VISUO-MOTORIA
ALLA PROVA DI ANALOGIE	capacità di formazione dei concetti verbali, di pensare in termini astratti, di generalizzare e individuare rapporti tra i diversi elementi dell'ambiente	ASSOCIAZIONE SIMBOLI A NUMERI	capacità di coordinazione visuo-motoria, la funzione di riconoscimento, la soglia alla saturazione e la soglia alla prosecuzione del compito).
	FUNZIONI DELL'ATTENZIONE	RICOSTRUZIONE DI FIGURE	capacità di strutturazione e di destrezza motoria
MEMORIA DI CIFRE	memoria uditiva a breve termine e la capacità di attenzione spontanea)		
RAGIONAMENTO ARITMETICO	attenzione, concentrazione, memoria di lavoro	DISEGNO CON I CUBI	capacità di analisi e sintesi a livello percettivo-motorio)

- ◆ *Test MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory)* con i seguenti indici:
 - Rapporto psicodiagnostico (nevrotico/psicotico) (tendenza psicotica >1);
 - Interpretazione psicologica per punte (aree introversione sociale, schizofrenia, ipomania, depressione, mascolinità/femminilità, deviazione psicopatica, paranoia, isteria, mania, psicastenia)
 - Indice di danno cerebrale organico (<40)

- ◆ *Test di Rorschach*⁸, da cui trarre le seguenti informazioni:
 Valutazione qualitativa intelligenza, dell'affettività (grado di solidità delle funzioni egoiche, caratteristiche evolutive dei meccanismi difensivi, modalità di interiorizzazione e grado di significazione nell'ambito della personale economia psichica, dei rapporti con le figure cosiddette care-giver, modalità

⁸ Testi di riferimento: D.Passi Tognazzo "Il Metodo Rorschach – Elementi di tecnica psicodiagnostica" Giunti '88; E. Bohm "Manuale di Psicodiagnostica di Rorschach – per psicologi, medici e psicopedagogisti" Giunti '95

relazionali predilette nell'ambito dei rapporti interpersonali, tipologia dei valori, credenze, miti, interessi umani)

Approccio Narrativologico

◆ *Genogramma Familiare*

Ricostruzione strutturale familiare a livello trigenerazionale

◆ *Ricostruzione storico-esistenziale*

Descrizione della storia del cliente, in relazione alle principali fasi dello sviluppo evolutivo (Infanzia, latenza, preadolescenza –adolescenza, età adulta), del ciclo vitale, delle principali aree della sfera esistenziale (area familiare, scolastica, professionale, legale, sociale psicologica), degli eventuali eventi significativi ecc.

◆ *Auto-refeferenzialità (Self-observing)*

Traduzione in forma “letteraria” delle informazioni cliniche oggettive (risultati dei test), emotive (“colore”: tipo di risonanza emotiva che investe la situazione clinica) cognitive (ipotesi sulle modalità epistemologiche del pensiero ecc.) raccolte, registrate, osservate nell'ambito del processo terapeutico

Iter osservato per la definizione del parere clinico

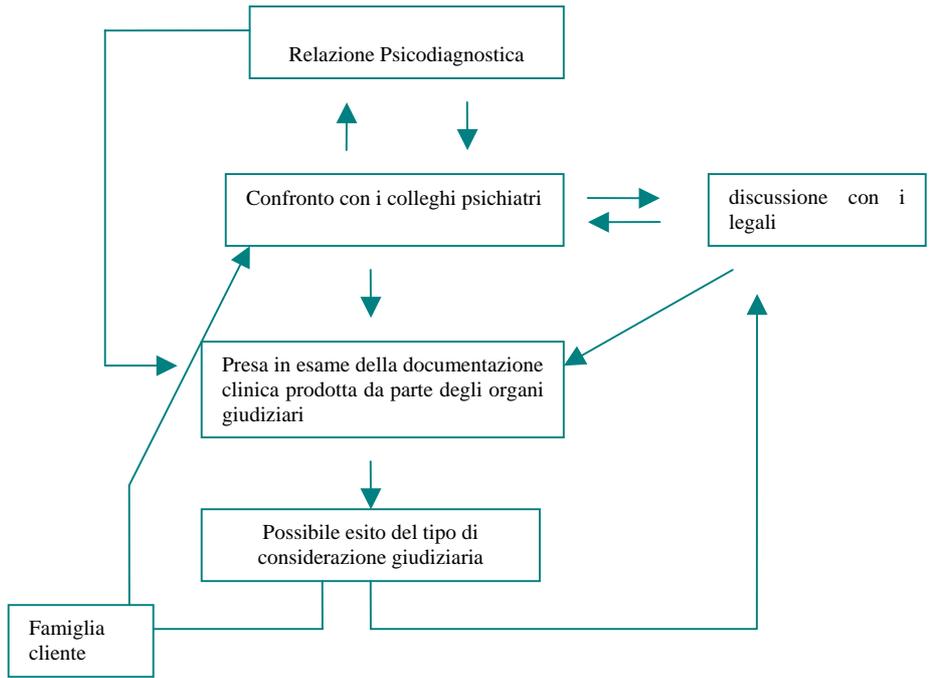
I singoli casi, nell'ambito di incontri avvenuti, successivamente alla di essi, osservazione, sono stati discussi con i colleghi psichiatri, i quali hanno mantenuto i contatti con i legali della difesa.

In considerazione delle eventuali esigenze di approfondimento clinico emerse, dai suddetti incontri, sono state eseguite ulteriori visite psichiatriche e/o indagini psicologiche.

Sono seguite ulteriori discussioni professionali, prima della redazione e della consegna agli organi giudiziari e/o legali della definitiva e condivisa documentazione clinica psichiatrica e psicologica prodotta.

Le anticipazioni sui possibili esiti della valutazione giudiziaria sono state fornite dai legali difensori e/o dai familiari dei clienti. (fig. 3)

Figura 1 – Modalità di coinvolgimento dei Professionisti clinici e giudiziari nell'ambito dell'esame di situazioni di casi penali e/o civili



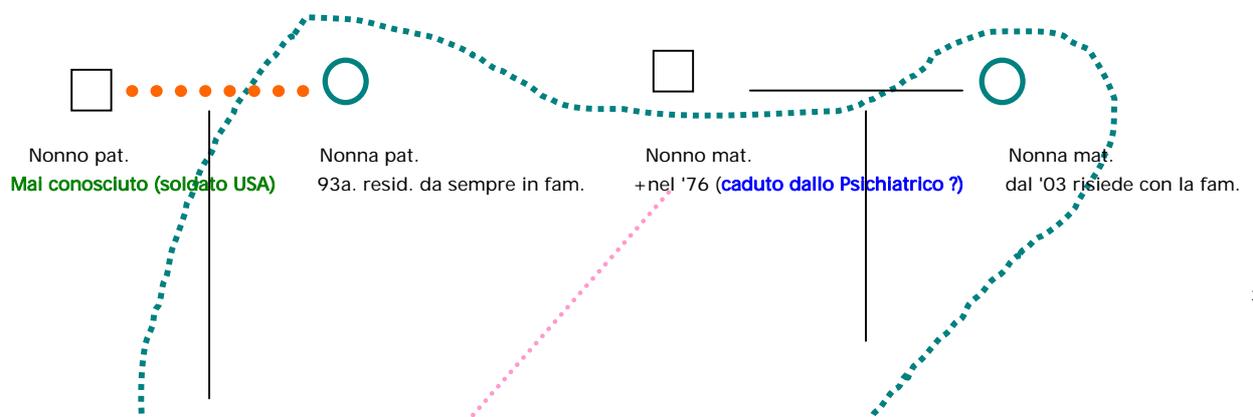
RISULTATI

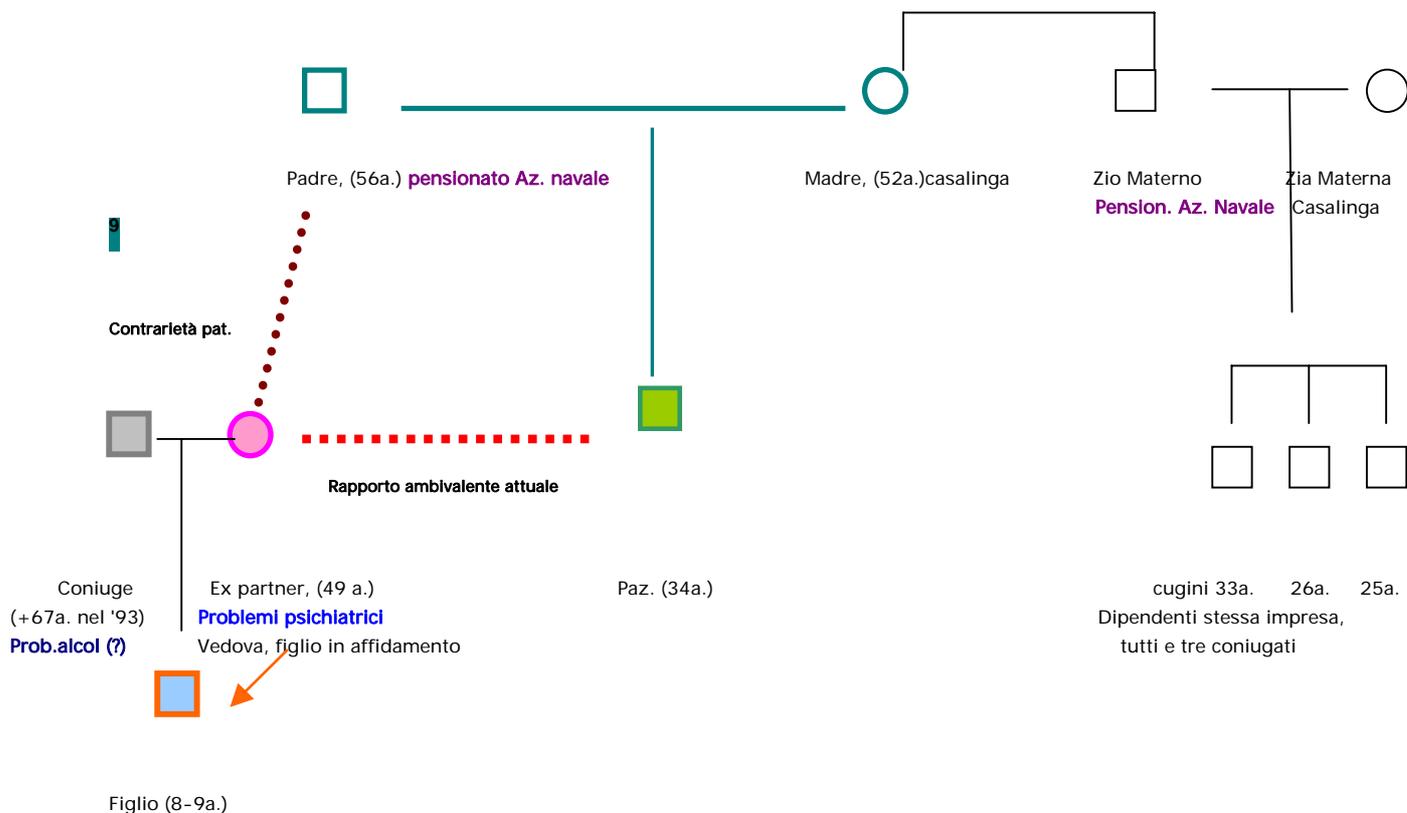
Illustrazione Materiale clinico

Caso Clinico N1

(M 34 a.)

GENOGRAMMA FAMILIARE N.1





STORIA PERSONALE

Riferisce di aver avuto rapporti affettivi soddisfacenti, con entrambe le figure genitoriali, nel periodo infantile.

Del nucleo familiare ha fatto, fino tuttora, sempre parte la nonna paterna; il cui figlio (il padre) è stato concepito nell'ambito di una relazione breve, durante il periodo bellico, con un militare USA, del quale da allora si sono perse le tracce.

Il padre era occupato come impiegato in una Azienda navale come lo zio materno, la madre casalinga.

Fino all'età di 11 a. ha dormito nella stanza da letto dei genitori.

Ha frequentato la scuola materna.

All'età di 6a. ha perso il nonno materno; non appare chiaro se lo stesso fosse seguito dai Servizi Psichiatrici (il decesso risulterebbe causato da una sua caduta c/o lo stabile dello psichiatrico).

Sempre all'età di 6a. durante la frequenza della scuola elementare, è stato segnalato dalle insegnanti, ad una psicologa (d.ssa Cristofori); Ha sempre avuto, riferisce, la tendenza da isolarsi dal gruppo, a non socializzare.

Inoltre emerge che da piccolo avesse la predilizione per i giochi di tipo femminile (bambole).
Consegue la licenza media; il primo anno delle Medie Inferiori viene respinto.
Riferisce di aver avuto problemi di apprendimento; il rendimento in aritmetica, ad es. è sempre stato insufficiente.
A livello relazionale, riferisce di aver avuto la tendenza a litigare con i compagni.
Conseguirà la licenza media (lui stesso è sorpreso del fatto che gliel'abbiano riconosciuta).
Poi dall'età di 16a. all'età di 23a. riferisce di essere stato occupato professionalmente presso un'Officina Meccanica di Ronchi dei Legionari.
Anche qui problemi relazionali con i colleghi (battibecchi) si licenzia.
Sarà esonerato dal Servizio Militare (art.101 ?)
Successivamente viene assunto, per 4a. ca. c/o le Cooperative appaltanti, presso una Azienda Navale all'età di 28a.
L'anno prima (all'età di 27a.) farà la conoscenza della sua ultima partner , con la quale avrà la sua prima relazione intima.
La partner, con una malformazione fisica alla spalla, risulta avere 16 a. più del paziente, vedova (con pensione di reversibilità) di un uomo a sua volta molto più anziano di lei (circa 28a.) deceduto, per problemi alcolici, nel '93 all'età di 67a.; nello stesso anno ('93) verrà dato in affidamento il figlio (che ora dovrebbe avere 8-9a.) nato dal matrimonio della signora.
Semberebbe infatti che la signora abbia avuto problemi psichiatrici (depressione non ben definita).
La coppia va a vivere assieme presso l'appartamento di lei (nei pressi del cimitero).

Ed è in questo periodo e in questo "contesto esistenziale" che inizieranno i problemi con la giustizia.
Sorgeranno problemi con l'inquilino della stessa casa: il quale a detta del paz. aveva problemi alcolici ed aveva la tendenza a provocarlo con "vari dispetti"; fino a quando un giorno sono arrivati alle mani; il paz. lo avrebbe graffiato.
Nel 2000 (all'età di 30a.) la signora verrà sfrattata e si ritroveranno senza abitazione.
I genitori di lui esprimeranno sempre la loro contrarietà alla relazione di coppia del figlio; tuttavia il padre proporrà di ospitare lui e lei presso l'abitazione familiare, per un periodo (in questo caso di 8 mesi) ritenuto sufficiente per trovare un'altra sistemazione. Poi comunque se ne sarebbero dovuti andare da lì.
Nel 2001 (all'età di 31 a.) riferisce "di esser andato via" dalla Azienda Navale: troppe assenze e problemi relazionali con i colleghi.
Si ritrovò senza casa; ed iniziarono le loro peripezie (della coppia) a girare in zone boschive dove soggiornarono per trascorrere le notti presso la loro auto.
Un giorno riferisce, mentre sostava con la partner nei pressi di una zona di aziende import-export, è stato offeso da impiegati degli uffici della zona, i quali rivolgendosi a loro, hanno detto: "dobbiamo lavorare per mantenere quella gente lì". Lui allora ha reagito urlando.
Fino a quando, dietro autorizzazione, troveranno una sistemazione in un paese presso un edificio di una Stazione ferroviaria abbandonata.
Nell'anno 2003 presso la famiglia si insedierà anche la nonna materna di 86a.
Durante il periodo di allontanamento dalla famiglia, il paziente ha mantenuto i contatti con i familiari dai quali si recava periodicamente.
Ed è in una di queste occasioni, che il paziente rientrato a casa, riferisce di aver trovato la madre piangente a causa delle lettere della Procura giunte da loro per i "misfatti" del figlio compiuti nell'arco degli ultimi 6 a.
Continua, dicendo che "si è sentito profondamente irritato per il fatto (lettere), causato ingiustificatamente dalle forze dell'ordine" , ha subito chiamato telefonicamente la Questura (semberebbero comunque frequenti le chiamate alla Questura), inveendo e minacciando di mettere una bombola del gas vicino al motore dell'auto.
Verrà immediatamente arrestato e trasferito presso l'Ospedale Psichiatrico Giudiziario di una città del Centro Italia.

In quel contesto, risulterà oltraggiare la persona del giudice.
Tra i reati riferisce il fatto "di aver dato fuoco a delle sterpaglie" (ammesso) ed il fatto, da lui negato, di aver messo dei massi sulle rotaie.
Risulterà un'incriminazione per tentata strage.
Incaricherà un religioso della Regione del Centro Italia, di rintracciare la partner, la quale sembrerebbe che gli avesse poi, mandato a dire dell'intenzione di interrompere la storia.
Rimarrà in carcere (in Centro Italia) per 36 gg prima di essere trasferito alle Carceri della città natale.

Da allora non ha avuto più notizie dall'ex-partner; pensa che potrebbe essere ospitata o presso un istituto per anziani o presso qualche altra struttura religiosa della Caritas.

Il paz. riferisce di essere in trattamento psicofarmacologico (ziprexa), di non aver mai usato sostanze stupefacenti né abusato d'alcol.

RISULTATI SCALA WAIS

Il paziente è risultato possedere un Quoziente Intellettivo:

pari a 71 classificato secondo i parametri della Scala Wais come Intelligenza ai limiti della Deficitarietà (range 70-79).

Come si specifica nella tab. (1) seguente:

Tabella 1 - Risultati WAIS

	Punteggio	Q.I.
Scala Verbale	37	Q.I. 77
Scala Non Verbale	24	Q.I. 67
Punteggio Scala Totale	61	Q.I. 71

Il Calcolo del Deterioramento Mentale, secondo l'applicazione della Formula Wais ha dato esito positivo.

Il paziente è risultato con un valore pari al 19% di Deterioramento mentale.

Tabella 2 - Analisi Single scale

Funzioni Verbali		FUNZIONI NON VERBALI	
		FUNZIONI DIPENDENTI DALL'ORGANIZZAZIONE VISIVA	
Prova di Vocabolario	17 corrette (pp6) su 40	RIORDINAMENTO DI STORIE FIGURATE	3 items corretti su 8 (pp5)
PROVA DELL'INFORMAZIONE	Corrette 11 risposte su 29 (pp8)	COMPLETAMENTO DI FIGURE	9 risposte corrette su 21 (pp7)
PROVA DI COMPRESIONE	6 items corretti su 14 (pp5).	FUNZIONI DI COORDINAZIONE VISIVO-MOTORIA	
ALLA PROVA DI ANALOGIE	7 risposte corrette su 13 (pp9)	ASSOCIAZIONE SIMBOLI A NUMERI	4 simboli riprodotti correttamente su 90 (pp0); poi ha tentato di applicare un meccanismo personale: non seguire l'ordine di presentazione dei simboli, ma seguire l'ordine di successione numerica, infatti ha associato i simboli ai numeri 4-5-6-7-8
FUNZIONI DELL'ATTENZIONE		RICOSTRUZIONE DI FIGURE	Ha eseguito correttamente il manichino, il profilo e la mano; non l'elefante (pp6).
MEMORIA DI CIFRE	Ha richiamato correttamente la serie di 5 numeri su 9 in avanti; 3 i numeri su 8, richiamati correttamente all'indietro (pp6)	DISEGNO CON I CUBI	Ha eseguito correttamente 5 prove su 10 (pp6).
RAGIONAMENTO ARITMETICO	Ha eseguito correttamente i primi due items che prevedono di eseguire la somma di cubetti disposti sulla scrivania (1 ^a) ed un semplice calcolo aritmetico di sottrazione (2 ^a) ed l'item 6 in cui si richiede quanti minuti ci sono in un'ora. Non in grado di eseguire nessun altro quesito di calcolo aritmetico. (pp3).		

Risultati Test MMPI

Rapporto diagnostico con tendenza nevrotica (<1);

Ansietà psichiatrica (70,99);

Indice di danno organico cerebrale positivo (=28.4);

Interpretazione per punte:

Deviazione Psicopatica

Tratti di impulsività, sottesi da sottovalutazione delle circostanze e collegati ad una percezione della realtà grossolana ed inadeguata.

Nei rapporti interpersonali può essere aggressivo, suscettibile incapace di autoironizzare.

Introversione sociale

Scarso interesse per le situazioni sociali; possibilità che i rapporti interpersonali vengano rifiutati. Scarso numero di amicizie, insicurezza interpersonale, timidezza

Risultati Test di Rorschach

Valutazione Qualitativa dell'Intelligenza

Indici sulla capacità di osservazione, potere di concentrazione e di attenzione nei limiti della norma (F+%).

Limitata capacità di cogliere le situazioni nel loro insieme, di intuizione, di sintesi (G+).

Limiti della capacità creativa, di immaginazione di produttività (K).

Contestualmente al suo patrimonio intellettuale, fluidità del pensiero (A%).

Adattamento intellettuale all'ambiente nei limiti della norma (Ban.%).

L'Affettività

Qualità dell'angoscia orientata sul piano difensivo border (casi limite) (Tav. X)

Limitata capacità di lavoro intrapsichico di fronte alle tendenze dell'espressione affettiva (K, Tav. X).

Tendenze a rifiutare la propria aggressività ed a temere l'aggressività altrui (Tav.II, III)

Il controllo pulsionale avverrebbe piuttosto sul piano razionale (F+%).

Con i limiti, tuttavia, della capacità della considerazione delle situazioni, secondo un'ottica percettiva globale (G+).

Contorni dell'identità personale di genere, non ben delineati (Tav.III).

Conflitti nell'ambito della sfera sex abbastanza accentuati (Tav.VI, VII, II, IV)

Limiti delle funzioni superegoiche (rispetto norme, regolamenti, autorità) (Tav.IV).

Indici sulla capacità di contatto affettivo, di disponibilità amichevole, positiva nei limiti della norma (FC).

Capacità di contatto sociale adeguata sul piano intellettuale (Ban.%).

Carenti gli interessi umani (U).

Ipotesi di collegamenti psicodiagnostici

Lo choc con il maggior grado di intensità che il paziente ha manifestato è stato quello (T.r.) relativo alla rappresentazione della simbologia sex.

Nel periodo infantile, ha riferito di aver avuto la tendenza a giocare con le bambole; il primo rapporto intimo lo ha avuto all'età di 27 a. con una partner, se vogliamo, appartenente alla categoria dei cosiddetti soggetti deboli (con presunti problemi psichiatrici, malformazioni fisiche, problemi di allontanamento di figli minori).

Alla limitata formazione della sua identità di genere, si potrebbe aggiungere una certa immaturità dell'istanza superegoica che presiede la capacità di acquisizione e di mantenimento del rispetto delle norme e delle regole in genere.

Limitata anche la capacità egoica di intuizione, di sintesi, di visione globale delle situazioni (G+)

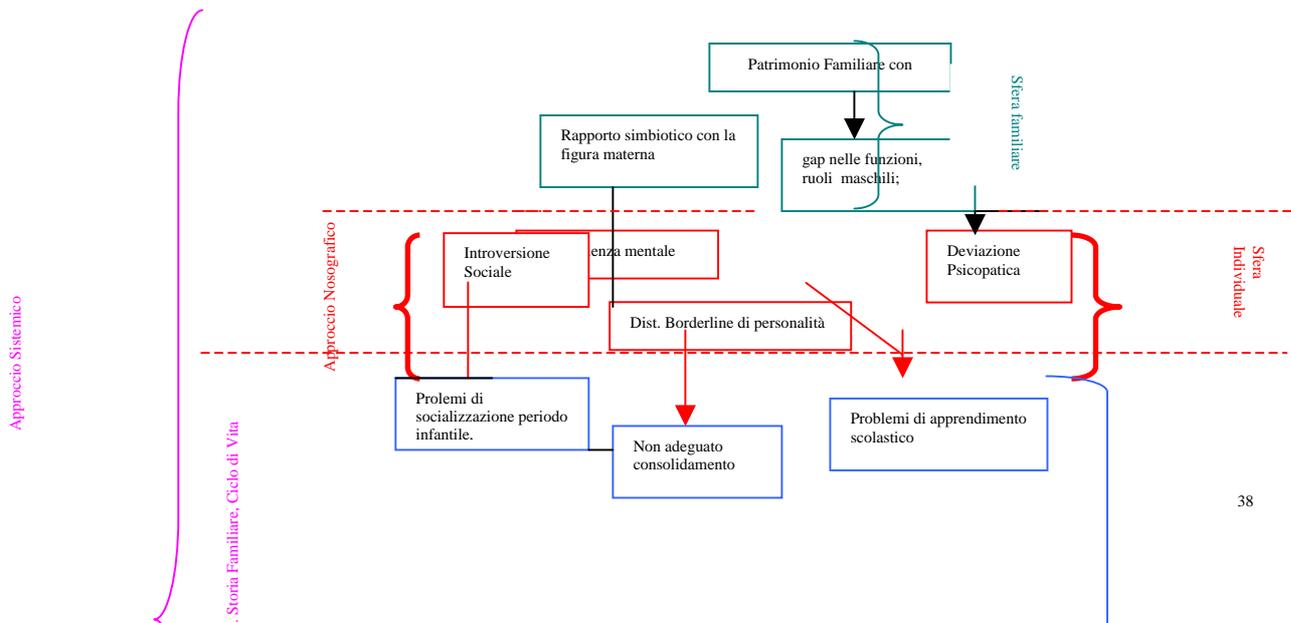
In più si aggiunge, seppur in condizioni di capacità di contatto affettivo adeguate, un debole legame con l'ambiente umano in genere (U).

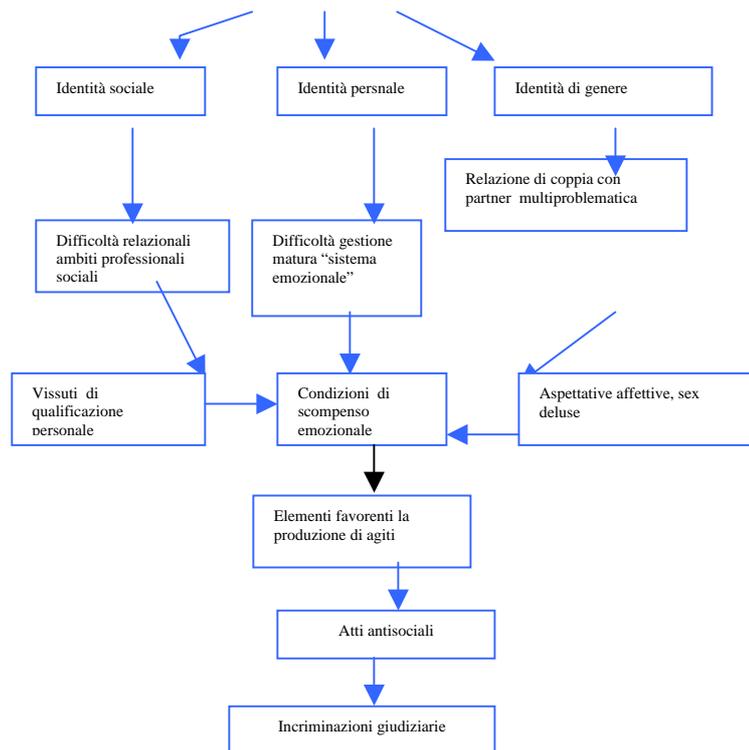
Fin dal periodo della latenza (scuola elementare) il paziente ha dichiarato di aver avuto problemi di integrazione gruppale. Da piccolo (6-10) tendeva ad isolarsi dagli altri; nel periodo preadolescenziale tendeva a litigare con gli altri (Medie Inferiori); problemi relazionali si sono verificati nell'ambito del rapporto con i colleghi di lavoro (Officine Meccaniche, Fincantieri).

Sono stati esclusi problemi collegati all'uso di sostanze stupefacenti e/o alcoliche e/o psicoattive (esordio consumo psicofarmaci nel corrente periodo di frequenza sedi detentive).

Sintesi: Ipotesi di una Struttura intrapsichica con caratteristiche del disturbo borderline di personalità. Agiti antisociali con disturbo del controllo degli impulsi

Figura 1 – Mappa Concettuale Caso Clinico 1





Stena Ambientale

OSSERVAZIONI CONCLUSIVE

Il paziente risulta possedere un patrimonio intellettuale classificato dalla scala WAIS, come ai limiti della deficitarietà mentale (Q.I. 71).

Limitata capacità di visione generale dell'insieme, di sintesi di intuizione dal Test Rorschach.

E ipotesi di danno organico cerebrale positiva, secondo l' MMPI.

Il paziente ha ammesso di aver avuto grossi problemi di apprendimento durante la frequenza delle Scuole Medie Inferiori; di non essere mai riuscito a comprendere i meccanismi dei calcoli aritmetici ed ha manifestato, lui stesso, una certa reazione di sorpresa, al fatto di essere stato lo stesso riconosciuto idoneo per il conseguimento della licenza media.

Insicuro, timido, ha altresì, confidato, di aver avuto fin dall'epoca infantile problemi relazionali di socializzazione e di integrazione gruppal.

Richiesta la consulenza psicologica per il suo caso, durante la frequenza delle elementari dalle insegnanti.

Dei problemi relazionali con i colleghi nell'ambito lavorativo non si conosce la relativa qualità e/o indice di gravità.

Di particolare gravità, invece, i problemi relazionali con il coinquilino dell'abitazione dell'ex-partner (vicino il Cimitero).

Ipotesi di introversione sociale e di deviazione psicopatica positive secondo l'MMPI.

Debolezze difensive, capacità di contatto sociale adeguata sul piano intellettuale, carenti gli interessi umani secondo il test Rorschach.

Poco si conosce sulle dinamiche relazionali esercitate nell'ambito della situazione familiare.

A livello trigerazionale troviamo un nonno paterno mai stato presente (soldato Usa) ed un nonno materno con probabili problemi psichiatrici.

Si potrebbe dedurre un limitato patrimonio superegoico ereditato dalle figure affettive (care-givers) principali di riferimento del paziente.

Entrambi il padre e lo zio materno hanno lavorato presso la stessa impresa.

Orme "lavorative" seguite con insuccesso, dal paziente.

Un abbozzo, con esito negativo, di indipendenza esistenziale, di stacco dalle figure genitoriali è stato tentato, dal paziente, attraverso lo sviluppo di un legame sentimentale, per lui molto importante, con una donna, seppure lei stessa con una situazione esistenziale “multiproblematica” (problemi psichiatrici, sociali ecc.).

Il Rorschach ha messo in evidenza la presenza significativa di conflitti di natura sex.

E' emerso, poi, un rapporto affettivo stretto con la figura materna.

Il paziente ha riferito che quel giorno del misfatto non ha sopportato di vedere la madre piangere davanti alle lettere a lui intestate dalla Procura ed ha pensato di reagire nel modo conosciuto.

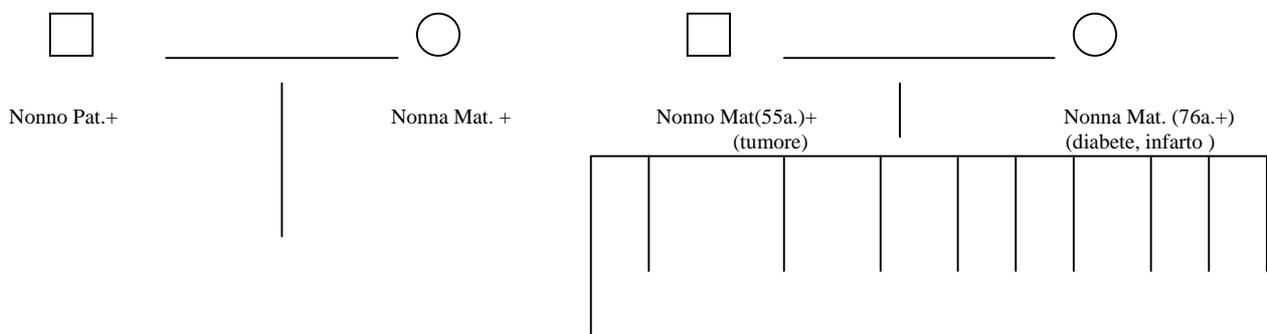
Ha ammesso altresì di essersela presa più volte con i Poliziotti per tali lettere con chiamate telefoniche di lamentele, come di aver alzato la voce al Giudice nell'ambito della sua reclusione in una Regione del Centro Italia; a causa del quale fatto, lui riferisce, è stato prorogato il periodo di detenzione.

Ipotesi psicodiagnostica: Debolezza mentale in soggetto con tendenze personologiche orientate sul versante, delle categorie nosografiche-descrittive, cosiddetto borderline favorevoli alla produzione di agiti afferenti ai Disturbi del controllo degli impulsi

Caso Clinico N2

(M 41 a.)

Genogramma Familiare N.2



La madre essendo all'epoca già fidanzata, aveva deciso di rimanere in Italia.

All'età di 22 a. si coniuga mantenendo l'attività lavorativa.

Il padre, orfano di entrambi i genitori, con un fratello maggiore che ha svolto nei suoi confronti la funzione paterna ed un altro fratello (attualmente residente in Svizzera), svolgeva all'epoca la professione di infermiere psichiatrico c/o il DSM di una città del Nord Est

Nasce la primogenita ('56).

Nel periodo della prima infanzia verrà affidata alle cure di una governante-baby-sitter.

7 anni dopo nasce il paziente ('63).

Con il paziente, la madre avrà, fin dalla primissima infanzia, difficoltà a lasciarlo alle cure della governante; deciderà quindi di portarselo sempre con sé durante l'attività di apertura del bar.

Il paziente svilupperà, nel periodo infantile, un legame affettivo stretto con la figura materna. E fin da piccolo dimostrerà di non gradire l'ambiente professionale materno.

Le prime difficoltà di adattamento sociale inizieranno a manifestarsi durante la frequenza della Scuola Elementare.

Sembrerebbe che il paziente avesse dimostrato la preferenza a scrivere con la mano sx. e che fossero state le insegnanti delle elementari a "forzarlo" a scrivere con la mano dx.

Difficoltà di apprendimento e di integrazione grupppale. Molto vivace, aveva la predisposizione, a svolgere in gruppo, il ruolo di leader, con la tendenza "*ad alzare le mani*".

Il nonno materno decederà (all'età di 55a.).

All'età di 10 a. del paz., fa rientro in Italia la nonna materna (in quanto per problemi ipertensivi, le era stato consigliato di soggiornare in luoghi con particolari condizioni climatiche); al suo seguito anche i fratelli maschi, per stare vicino alla madre; mentre le sorelle femmine rimarranno in America in quanto coniugate con persone del luogo.

Le difficoltà di studio, si manifesteranno con maggiore gravità, durante il periodo della frequenza della Scuola media Inferiore.

Si parlerà a tal proposito di problemi di disadattamento.

Verranno consultate varie figure professionali (medici, pediatri, psicologi).

Più volte respinto, la madre lo iscriverà c/o un istituto scolastico privato con esito, altresì, negativo.

Il problema risulterà condizionare, significativamente nel paziente, un adeguato investimento della stima del proprio "sé scolastico" e "di competenza".

All'età di 14 a. esordisce con l'uso di spinelli.

All'età di 16a., Diagnosi di **Epilessia tipo Grande Male**.

Nello stesso periodo la madre lascia l'attività di barista per dedicarsi anche lei al settore abbigliamento.

Il paziente passerà **all'eroina verso i 17 a.**

Circa verso i 18 a. la madre acquista un libro sulla dislessia ("Mio figlio non sa leggere") e collega le difficoltà di apprendimento del figlio al medesimo tipo di disturbo.

Riuscirà a conseguire la licenza media ad un Corso Serale e verso i 19 a.

Si rivolgerà per i trattamenti terapeutici presso Cliniche Private.

Riferisce della presenza di problemi comunicazionali con il padre, definito "di carattere" piuttosto riservato e con rigidi principi morali.

Sarà la madre, la figura che si dedicherà, maggiormente alla gestione/supporto del suo problema di TX.

Fa emergere l'esperienza nel periodo dell'età evolutiva (infanzia ed adolescenza) di frustrazioni affettive genitoriali.

Entrambe le figure genitoriali, riferisce, hanno avuto la tendenza, con atteggiamenti relazionali di sfiducia e di svalutazione, ad inibire/"restringere" lo sviluppo di un adeguato senso di autostima personale.

Alla visita della leva verrà riformato con art. 28, DPR 28/05/64 n.496 (Riferito alle a) personalità abnormi e psicopatiche ed alle b) tossicomanie)

Età Adulta

4-5 esperienze di overdose.

All'età di 25 a. circa la partner dell'epoca, partorisce una bambina (attualmente 15enne).

Il paziente non risulterà legittimarla e non avrà più alcun rapporto con la figlia stessa. Nel periodo, decede la nonna materna e tutti gli zii, che si erano trasferiti in Italia, fanno rientro in America

Riferisce di pensieri suicidari all'età di 29a.

L'uso di sostanze si protrarrà fino ai 33a. ca.

All'età di 31a. mentre si stava dirigendo, con la sua auto, da casa verso una città del Nord per l'acquisto di cocaina (*bamba*), viene fermato dalle forze dell'ordine.

Nel tentativo di liberarsi di un sacchetto di sostanze, nei pressi di una costiera, perde l'equilibrio e scivola lungo il dirupo per 8 metri ca.

Verrà ricoverato presso l'H locale (12.5.94-03.06.94).

Rimarrà in coma per 14 gg.

Diagnosi di Cerebropatia Traumatica e Disturbo di personalità.

Anacusia sx.

Si rivolgerà al Sert di una città della regione di residenza, nello stesso anno.

Verrà rilevata una diagnosi di "**Politossicodipendenza in caratteropatìa**".

Nel periodo 32a. - 39a. si dedicherà come attore alle registrazioni di film di pornografia; film girati per lo più all'estero.

Con ampia disapprovazione genitoriale.

Nel periodo 33-37a. riferisce, dell'esperienza di convivenza con partner di 1a. più giovane, di professione: direttore di farmacia e con studi al Conservatorio.

Colloca nel periodo di ca. 2 anni fa i seguenti eventi:

Assistenza al parto dell'ex-partner, la quale nel frattempo si era coniugata e con la quale il paziente aveva mantenuto un rapporto di amicizia.

Interruzione di un rapporto di coppia (della durata di un anno circa), a sua detta molto importante ("esperienza dell'amore, per la prima volta nella mia vita") con partner di 6a. maggiore di età e con un figlio di 18 a. nato da una relazione precedente della stessa.

Episodio di ricaduta di eroina

Attestazione per "uso patente", di mantenimento verosimile dell'astinenza da sostanze, sottoscritta dal medico del Sert.

Certificazione di diagnosi di "**Epilessia a tipo grande male in cerebropatìa traumatica ed ansia cronica**" e di prescrizione terapeutica di fenobarbitale (100 mg) e 40 gtt di Talofen/die, rilasciata da uno specialista neurologo.

Conferma la sua predisposizione per la conduzione di un'esistenza agiata; rivestono importanza, i valori di carattere materiale: il benessere economico, il possesso di beni così detti di "status symbol" (auto di forti cilindrate, abbigliamento grandi firme ecc.)

Attualmente, risiede presso l'abitazione della famiglia d'origine.

La sorella, con figlio di 21a. e titolare di un negozio di abbigliamento, attualmente è separata e convive con altro partner.

La madre riferisce che il paziente "ha un rapporto morboso con lei stessa".

Gli arresti domiciliari risultano, come riferisce il paz., collegati alle esperienze di spaccio di sostanze stupefacenti.

Riferisce di essere molto depresso; a sua detta "il passato può condizionare negativamente le opportunità di cambiamento esistenziale.

RISULTATI SCALA WAIS

Il paziente è risultato possedere un Quoziente Intellettivo:

◆ pari a 81 classificato secondo i parametri della Scala Wais come Intelligenza Medio-Inferiore (range 80-89).

Come si specifica nella tab. (3) seguente:

Tabella 3 - Risultati WAIS

	Punteggio	Q.I.
Scala Verbale	46	Q.I. 86
Scala Non Verbale	28	Q.I. 76
Punteggio Scala Totale	74	Q.I. 81

Il Calcolo del Deterioramento Mentale, secondo l'applicazione della Formula Wais ha dato esito negativo.

Tabella 34 - Analisi singole scale

FUNZIONI VERBALI		FUNZIONI NON VERBALI	
		FUNZIONI DIPENDENTI DALL'ORGANIZZAZIONE VISIVA	
PROVA DI VOCABOLARIO	19 risposte corrette su 40 (pp8)	RIORDINAMENTO DI STORIE FIGURATE	3 items corretti su 8 (pp5)
PROVA DELL'INFORMAZIONE	Corrette 13 risposte su 29 (pp9)	COMPLETAMENTO DI FIGURE	9 risposte corrette su 21 (pp7)
PROVA DI COMPRESIONE	6 items corretti su 14 (pp5).	FUNZIONI DI COORDINAZIONE VISUO-MOTORIA	
ALLA PROVA DI ANALOGIE	8 risposte corrette su 13 (pp10)	ASSOCIAZIONE SIMBOLI A NUMERI	21 simboli riprodotti correttamente su 90 (pp4).
FUNZIONI DELL'ATTENZIONE		RICOSTRUZIONE DI FIGURE	Ha ricostruito completamente il manichino, parzialmente il profilo; la mano e l'elefante con accostamenti non corretti (pp10).
MEMORIA DI CIFRE	Ha richiamato correttamente la serie di 6 numeri su 9 in avanti; 3 i numeri su 8, richiamati correttamente all'indietro (pp7)		
RAGIONAMENTO ARITMETICO	Corretti 7 quesiti su 14 (pp7). (difficoltà con gli zeri - ved. Foglio supplementare)	DISEGNO CON I CUBI	Ha eseguito correttamente 7 prove su 10 (pp9).

RISULTATI TEST MMPI-2

Rapporto narrativo:

Notevole stato depressivo, ansietà tensione, agitazione ed irrequietezza psicomotoria.

L'ideazione è polarizzata sul versante depressivo: il soggetto si sente notevolmente triste, scoraggiato e avverte la netta diminuzione dell'abituale livello di energia e la dolorosa incapacità di provare piacere in relazione ai comuni stimoli della vita quotidiana.

Rifiuto di qualsiasi forma di autorità.

Interazioni sociali con forte carica di aggressività, con la ricerca tuttavia di un adeguato inserimento nel gruppo.

Tendenze interpretative e proiettive. Il soggetto presenta e manifesta convinzioni di assoluta sfiducia e diffidenza nel prossimo e assume, di conseguenza atteggiamenti marcatamente polemic.

Tendenza alla strumentalizzazione dei rapporti interpersonali con lo sviluppo di disturbi psichici e/o fisici.

Oscillazione tra momenti di acritica ipervalutazione di sé e momenti di grave dubbio sulle proprie capacità.

Eventuali disturbi formali del pensiero.

Tendenza alla perdita del senso di realtà (capacità di distinguere tra realtà interna e realtà esterna).

Manifesta una netta tendenza al soddisfacimento delle pulsioni istintuali senza impegno emotivo e morale e senza pianificazione delle proprie azioni.

La mancanza di controllo sulla sfera emotiva può provocare la perdita delle capacità di critica nei confronti dei propri vissuti e dei propri comportamenti.

Il soggetto vive "un complesso di azione-emozione" caratterizzato da ambizione, aggressività, competitività, insofferenza e da manifestazioni comportamentali condizionate da tensione muscolare e vascolare, vigilanza linguaggio rapido ed enfatico "ritmo rapido di vita" (senso di urgenza del tempo) e da risposte emotive di irritazione, ostilità e rabbia.

Vengono dichiarati problemi familiari: il soggetto può sentirsi non adeguatamente compreso/accettato nell'ambito della propria famiglia; le sue tensioni e il suo disagio emotivo possono essere ricondotte alla conflittualità vissuta in tale contesto.

La propria famiglia è stata descritta come litigiosa, spiacevole e senza amore.

Risultati Test di Rorschach

Funzioni Intellettive

Nei limiti della norma le funzioni dell'osservazione, attenzione, perseveranza e concentrazione (F+%); Buona la capacità di visione generale delle cose (percezione del tutto) (G);

Adeguate la tensione disposizionale all'azione positiva (G);

Fluidità del pensiero (A%).

Adeguate adattamento intellettuale all'ambiente (Ban.%).

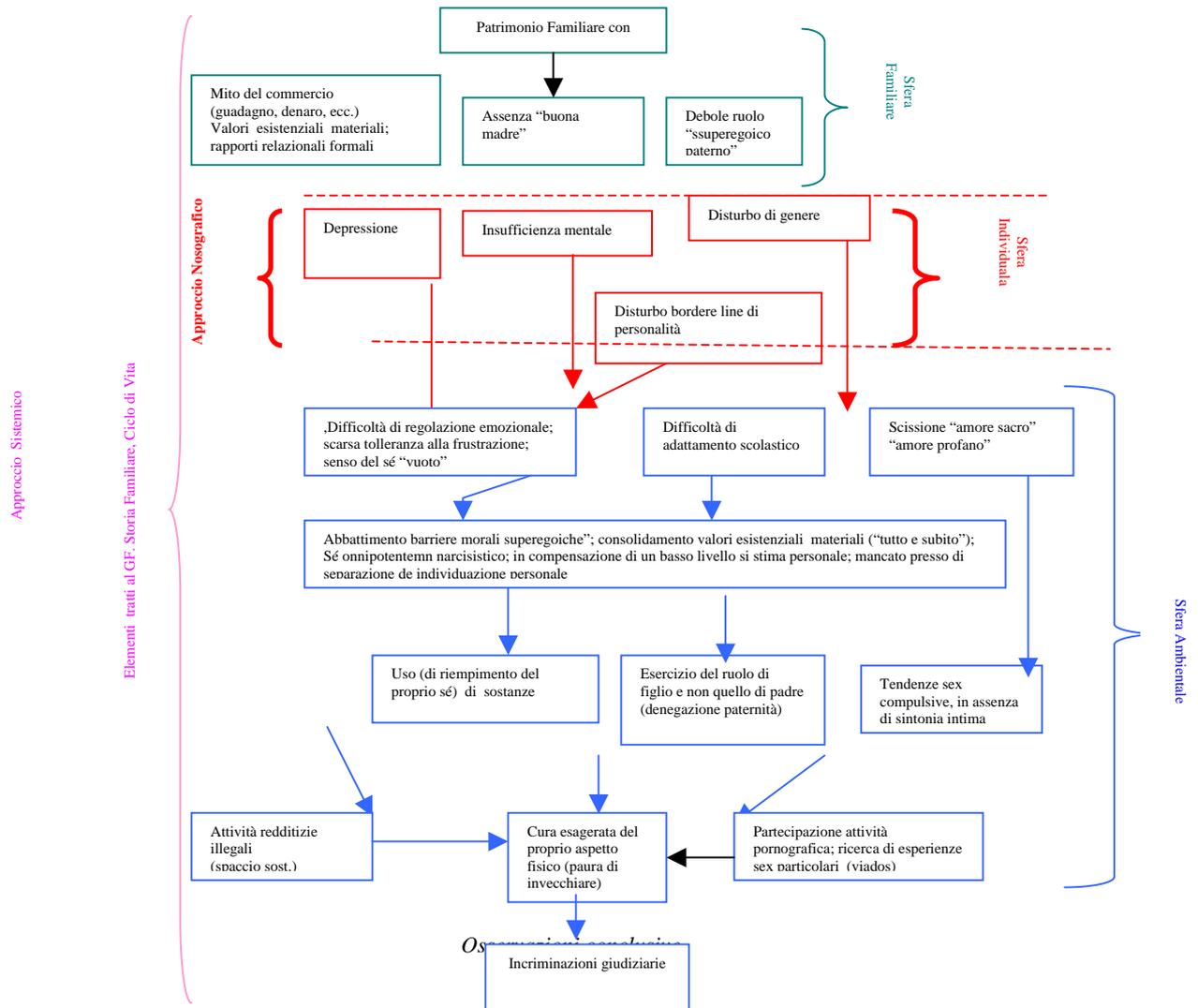
Presenza di immaginazione creativa (K%, Orig.+).

Funzioni Psiciche

Controllo della realtà ("senso della realtà") nei limiti della norma (F+%, G%, D%)

Controllo dell'affettività adeguato (K, F+%, G+); capacità di contrastare le sensazioni di rottura interiore (Tav. X)
 Adeguata capacità di contatto affettivo, della disponibilità amichevole, positiva, buona la capacità di integrazione sociale (FC, Tav. V, ban.)
 Buona la capacità di adattamento alle situazioni nuove (Tav. I).
 Rapporto affettivo oggetto materno turbato, frustrante ed insoddisfacente (assenza madre buona; complesso di abbandono) (Tav. I, VII, IX).
 Rapporto di ostilità con oggetto paterno (Tav. IV).
 Conflittualità di carattere sex:
 limitato compimento dei processi evolutivi-intrapsichici di identificazione sex (Tav. III, VI, I, II, IX).
 Preoccupazione per la funzione generativa (III).
 Segni di psiche epiletiforme (K secondarie, ripetizioni, legami Tav. I, II, III, VII, VIII).

Figura 2. Mappa Concettuale Caso Clinico 2



L'analisi delle valutazioni testistica psicodiagnostica, ha evidenziato:
 un patrimonio intellettuale carente (Q.I. 81=Intelligenza Medio-Inferiore);
 ed una significativa presenza di segni/fattori di scempenso/sofferenza psicologici, nell'ambito del percorso evolutivo della costruzione personale, condizionandone in senso negativo, l'efficacia dei relativi processi.
 Nel periodo della primissima infanzia (0-2a.), nell'ambito del rapporto di attaccamento/simbiosi fisiologici madre-bambino, il paz. ha patito l'assenza di quella che viene tecnicamente indicata come "una buona madre", con funzioni di protezione supporto e contenimento emotivo-pulsionale.

Un "oggetto materno" inadempiente, nel suddetto ruolo è associato frequentemente, in seguito ad una serie di risposte soggettive disfunzionali alla situazione/vissuto di frustrazione affettiva, allo sviluppo di una predisposizione personologica, nell'età adulta di tipo antisociale.

Il rapporto con la figura paterna, è stato altresì, nel periodo evolutivo della fase cosiddetta edipica, non pienamente soddisfacente. Una struttura superegoica con contorni ipotrofici: carente il senso normativo (senso del dovere, rispetto delle regole ecc.) di regolazione comportamentale; accentuazione della significazione dei valori esistenziali cosiddetti di tipo materiale ("avere") rispetto ai valori propriamente umani ("essere").

Difficoltà di gestione emozionale, pulsionale, rallentamento della crescita del sé personale, aumento della crescita della significatività del fenomeno riferito alla discrepanza tra la rappresentazione delle figure genitoriali ideali e quelle reali-esperenziali, hanno accompagnato la fase della cosiddetta "latenza" corrispondente in senso temporale al periodo di frequenza delle scuole elementari.

Le difficoltà di adattamento scolastico e di integrazione adeguata di gruppo (tendenza ad imporre il ruolo di leader, assenza di confronto interpersonale, limiti del senso di rispetto interpersonale) esordite nelle scuole elementari si sono manifestate con maggior gravità durante la frequenza delle scuole medie inferiori.

Più volte respinto, non è mai stato indagato a fondo sulla natura delle sue difficoltà di apprendimento.

Un terreno quanto mai fertile per lo sviluppo di malerba.

All'età di 14 a. le prime esperienze di sostanze (cannabis), a 16 a. il primo scompenso epilettico (Epilessia di Grande Male).

Esito scolastico negativo anche presso ad un Istituto scolastico privato (consegnerà la licenza media all'età di 19 a.).

Ulteriore ridimensionamento, in senso negativo, del proprio sé personale, scolastico di competenza.

Alterazioni evolutive a carico dei processi collegati alla produzione fisiologica delle funzioni di accezione egoica:

sviluppo di meccanismi difensivi solidi ed adeguati;

tolleranza della frustrazione e capacità di ritardare la soddisfazione pulsionale;

condivisione delle norme comportamentali gruppal/sociali

costituzione di un'identità di genere con caratteristiche di predisposizione sex definite.

E' emersa, infatti, la predisposizione personologica-costituzionale:

ad avere difficoltà a gestire in modo adeguato gli scompensi emozionali collegati ad eventi esterni e/o interni;

a rispondere alle richieste pulsionali con comportamenti-azioni di soddisfacimento immediato e disfunzionale

a delinere un confine nell'ambito della sfera relazionale/ intima di coppia tra l'"amore sacro e l'amore profano", operando una scissione tra gli aspetti affettivi e quelli sex (difficoltà di rappresentazione e di sperimentazione di un rapporto di coppia maturo).

E' durante sempre questa fase pre-e adolescenziale, periodo di crescita e di consolidamento personologico per eccellenza, che si perfeziona la costituzione dell'io tossicomane con l'abbattimento del muro "superegoico" già in parte demolito (dall'uso degli spinelli) di protezione normativa, passando all'uso della eroina.

Assente come voce di monito/di vigilanza l'oggetto paterno; sarà la figura materna, ad indossare, nell'ambito dell'accompagnamento/supporto nei percorsi terapeutici, le vesti di tutore, de-significando quelle di madre.

Cliniche private, centri di sperimentazioni terapeutiche innovative, in sedi distanti dalla propria residenza, verranno opportunamente preferiti, dalla famiglia, alle terapie "più vicine" proposte dai locali Centri pubblici per TX, associazioni familiari di TX ecc.

Prevale quindi un approccio familiare, al problema, in senso terapeutico e "mentale" per lo più di tipo biologico, individuale piuttosto che psicologico, familiare e sociale, multidimensionale.

L'allontanamento genitoriale del "problema TX" sia dal punto di vista dello spazio fisico che da quello mentale unitamente alla proposta familiare, di risoluzione magica dello stesso problema (trattamenti speciali delle cliniche private), favorisce nel paziente la legittimazione (cognitiva-interiore) dell'importanza della soddisfazione pulsionale del proprio senso di onnipotenza di sé.

L'accrescimento della significazione dei valori materiali esistenziali, condiziona nel paziente l'importanza dell'esibizione di un sé "oggetto" con abiti/abitudini/tendenze comportamentali rappresentanti a livello interpersonale l'appartenenza al cosiddetto "status symbol", "narcisistico", "autistico", "masturbatorio", piuttosto che l'investimento del proprio sé "soggetto", con attitudini relazionali empatiche, di condivisione affettivo-emotiva ed intima.

Riformato alla visita di leva con art.28 DPR 28/05/64 n.496, riuscirà a conseguire la licenza media frequentando un corso serale all'età di 19 a.

La demoralizzazione per le oggettive difficoltà di apprendimento, condiziona negativamente la motivazione a continuare, come avrebbe desiderato, gli studi.

Gli atteggiamenti autoriflessivi di megalomania compensano la convinzione disfunzionale dell' ipotrofia del proprio sé personale.

Allentamento dei meccanismi difensivi con uso strumentale delle sostanze quale modalità, tentativo di aggiustamento.

Carenza dell'influenza normativa superegoica con la difficoltà a controllare/inibire/mentalizzare la tendenza all'esercizio di atti/comportamenti di tipo antisociale (spaccio sostanze, oltraggio a p.u. ecc.).

Incompletezza della formazione di un'identità sex stabile con tendenze alla ricerca di comportamenti sex compulsivi in assenza di relazioni intime importanti dal punto di vista affettivo e frequenza di contesti situazionali sex particolari (film pornografici).

Attualmente il paz. riferisce di sentirsi molto depresso (rischio suicidario?).

Con necessità di un trattamento terapeutico specifico per i disturbi presentati e personalizzato in relazione alla sua storia, situazione esistenziale attuale ed opportunità future.

Conclusioni:

Intelligenza Media-Inferiore (Q.I. 81) in soggetto con Disturbo Borderline di Personalità accompagnato da un disturbo di genere.

Necessità di trattamento terapeutico a lungo termine:

consulenza psicologica ed eventuali interventi terapeutici consigliati, c/o Centro per i Disturbi di Genere dell'ASL di Bologna

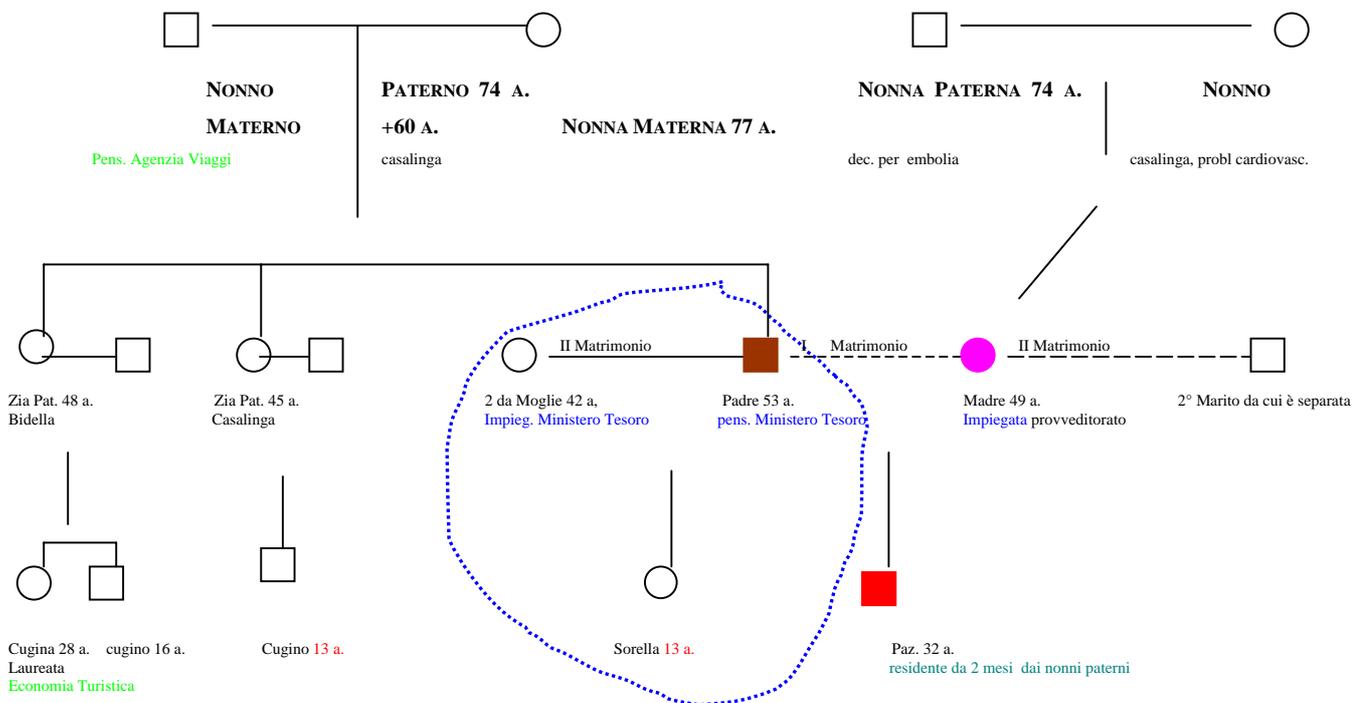
e presso il c/o Dipartimento per le Dipendenze della locale Az.. Sanitaria

- terapie psicofarmacologiche
- monitoraggio clinico problemi collegati uso di sostanze
- psicoterapia individuale
- colloqui di supporto familiare.

Caso Clinico N3

(M 32 A.)

GENOGRAMMA FAMILIARE N.3



Storia Familiare

Il paz. nasce nel 1972. Presenti nel nucleo familiare, allora anche uno zio materno e residenti probabilmente nell'abitazione di quest'ultimo.. I genitori erano giovanissimi: il padre all'epoca aveva 21 a. e la madre era minorenni (17 a.).

Il padre risulterà essere occupato alle dipendenze di un Ministero , la madre impiegata presso un Provveditorato

Riferisce di aver considerato come più importante il rapporto affettivo avuto con la figura materna rispetto a quello paterno. All'età di 3 a. (del paz.) la famiglia si trasferisce presso l'abitazione dei nonni paterni, in uno dei due appartamenti. Virgilio frequenterà la scuola materna.

Nel '78, all'età di 6 a., decede il nonno materno (all'età di 60 a. per un embolia); la famiglia quindi si trasferirà a Lucinico (nell'abitazione della nonna materna).

Frequenterà poi una scuola elementare in periferia, in quanto come sede vicina all'abitazione di una zia materna che provvederà ad ospitarlo ed accudirlo, durante alcune ore pomeridiana della giornata nell'attesa che i genitori terminassero il lavoro.

Dall'età di 5 a. e fino ai 14 a. il paziente si dedicherà al basket.

Nel periodo della frequenza delle Medie Inferiori, il padre inizierà con una donna (attualmente di 42 a., impiegata presso lo stesso Ministero del partner) una relazione extra-coniugale.

Il paziente riferisce di aver avuto il primo rapporto sex all'età di 13 a. con partner di un anno più vecchia di lui, la quale ha preso lei stessa l'iniziativa.

Nello stesso periodo, (all'età di 13 a.) i genitori decidono di separarsi.

La madre rimane presso l'abitazione di famiglia, il padre presso la sua di famiglia.

Il paz. nel periodo adolescenziale tra i 14 ed i 20 a. trascorrerà alternativamente dei periodi (di mesi ca.) di residenza presso le abitazioni dei due genitori.

All'età di 15 a. il primo episodio di abuso alcolico in compagnia di amici;

da allora riferisce di, generalmente eccedere nel bere, nelle occasioni di uscite con gli amici e frequenza dei locali pubblici (bar) con cadenze temporali di circa 1 volta ogni 2 mesi.

A tal proposito, confida di provare, dopo le prime assunzioni alcoliche, delle sensazioni di estremo rilassamento psicofisico, tanto da aver bisogno di aumentare le dosi per mantenere la piacevole esperienza.

Emergeranno delle difficoltà personologiche relazionali nell'ambito dei rapporti interpersonali con l'altro sex. Estremamente timido, riferisce di aver avuto difficoltà ad avvicinarsi e prendere l'iniziativa con le ragazze.

Si iscriverà all'istituto professionale commerciale. Superato il biennio interromperà al III anno.

Riferisce che, in ambito scolastico, aveva difficoltà *“a rimanere chiuso in aula, a rispettare le regole, gli orari”*

Alla visita di leva riferisce di essere stato riformato (problemi psichici?).

Il padre si risposerà con la partner sopra-citata e all'età di 19 a. del paz. nascerà la figlia (sorella del paz.; attualmente di 13 a.).

Il paziente presenterà una domanda di arruolamento alla Marina Militare di Roma. Sosterrà una visita ed un colloquio. L'esito sarà negativo (dice per i problemi alla vista, denti ecc.).

All'età di 20 a. consumerà per la prima volta la cannabis; gli effetti fisici, all'uso collegati, lo indurranno a non ripetere l'esperienza.

Riferisce di aver svolto lavori saltuari, come cameriere a Grado e Lignano, presso cooperative di Facchinaggio..

All'età di 22 a., confida di essersi innamorato di una ragazza del Nord Est, conosciuta in discoteca presso una località marittima; *“molto dolce, educata, bel modo di fare”* sarebbe stata il suo ideale di partner; la storia durerà 1 mese.

Sempre all'età di 22 a. riferisce di essere stato coinvolto in un episodio di oltraggio a PU esitato con una pena pecuniaria, per guida (di moto) e comportamenti disturbanti in stato di alterazione alcolica.

All'età di 23 a. si trasferirà per un anno ca. in un paese dell'UE dove lavorerà presso una gelateria.

All'età di 24 a., riferisce di aver avuto “un malore” mentre era fuori casa rivoltosi al PS dell'OC della città di residenza sarà visitato da un medico della Psichiatria e ricoverato nel medesimo reparto sembrerebbe per 2 settimane.

Seguirà un trattamento psicofarmacologico per circa 1 anno (En ?) ed un trattamento psicoterapico individuale con una psicologa del CSM; inoltre sarà inserito in un corso di falegnameria, organizzato dal medesimo servizio aziendale

Verso i 25 a., poi riferisce di essere stato ricoverato “per lo stesso tipo di malore” per 1 settimana, presso la Clinica psichiatrica di una città del Nord Est.

Colloca nel medesimo periodo l'inizio della relazione sentimentale durata più a lungo (9 mesi circa), avuta con una ragazza di 23 a. iscritta all'Università Regionale.

Nel '99 all'età di 27 a. riferisce di aver avuto un problema giudiziario dovuto al fatto di aver, a sua detta, scherzato “un po' troppo” con una ragazza presso la stazione ferroviaria di Mestre, la quale ragazza ha chiamato l'intervento delle forze dell'ordine; nell'occasione gli è stata comminata una multa di 400 Euro.

All'età di 28 a. sembrerebbe che abbia trascorso un altro periodo lavorativo nello Stato della UE; e sarà in questa occasione che farà la prima ed unica (da quanto riferito) esperienza di cocaina offertagli da un collega di lavoro.

Frequenza: gravità dei disturbi emotivi

Paranoia: il soggetto è rigido, diffidente, suscettibili; reagisce in modi extrapunitivi alle frustrazioni; vive l'ambiente come ostile e tende a mettere in atto difese di tipo proiettivo-interpretativo.

Ipomania: presenta alterazioni dell'umore in senso maniforme.; sul piano del comportamento possono essere presenti operatività motoria generalizzata, iperproduttività ideativa ed incapacità di pianificare il comportamento ed il futuro;

Introversione sociale: l'interesse per le situazioni sociali sembra ridotto; possibile che i rapporti interpersonali vengano rifiutati; sul comportamento si osserverà uno scarso numero di amicizie ed una certa insicurezza interpersonale che può generare anche timidezza.

Indice di danno organico cerebrale positivo (22.2)¹¹

Risultati Test di Rorschach

Rispetto agli indici considerati, dal protocollo di D. Passi Tognazzo (pp132), normali emerge la presenza di valori che si discostano dalla media nel seguente modo

lievemente inferiori il numero di risposte date, il numero delle FC,

inferiore l'U%, le Ban.

decisamente inferiore la percentuale delle D, l'F%, l'A%

superiori le G%, l'Anat.%.

Valutazione Qualitativa dell'Intelligenza

Capacità di osservazione, potere di concentrazione, attenzione, capacità di visione generale delle cose (percezione del tutto) nei limiti della norma (F+%; G+); una certa circolazione "accelerata" del pensiero (A%); non pienamente soddisfacente l'adattamento intellettuale alla società ed all'ambiente (Ban%, U%); condizionamento affettivo in senso negativo rispetto alla qualità intellettuale (K).

L'Affettività

Non pienamente soddisfacente l'indice riferito alla capacità di contatto affettivo, alla capacità empatica (FC); difficoltà di adattamento *immediato* compensata da una certa tendenza alla manifestazione di un adattamento *mediato*, freddamente intellettualizzato, prudentemente riservato,

Controllo pulsionale esercitato maggiormente dai fattori considerati collegati alla razionalità (F+%, G+) rispetto all'opera del lavoro psichico (K).

Azione inibitrice dell'angoscia orientata qualitativamente sul tipo border-line (Tav.X), rispetto le esplosioni affettive esagerate (interp. Chiaroscuro, choc allo scuro, II).

Non pienamente soddisfacente l'apporto del senso di realtà rispetto alla capacità di contatto sociale (D). Legame con l'ambiente umano non completamente sereno (U). In particolare sembrerebbe emergere una certa tendenza personologica a dipendere intellettualmente dagli altri con limiti della capacità di apprezzamento dei valori culturali ed umani (K)

Relativamente ai processi psichici del mondo interno, si potrebbe inferire la presenza di

Un rapporto affettivo nella fase infantile decisamente frustrante rispetto al bisogno di protezione, turbato, di complesso di abbandono con l'oggetto materno (Tav. VII, IX)

Conflitti di matrice superegoica (Tav. IV)

Identità personale e identità sex non ben delineate (Tav. III, VI, U)

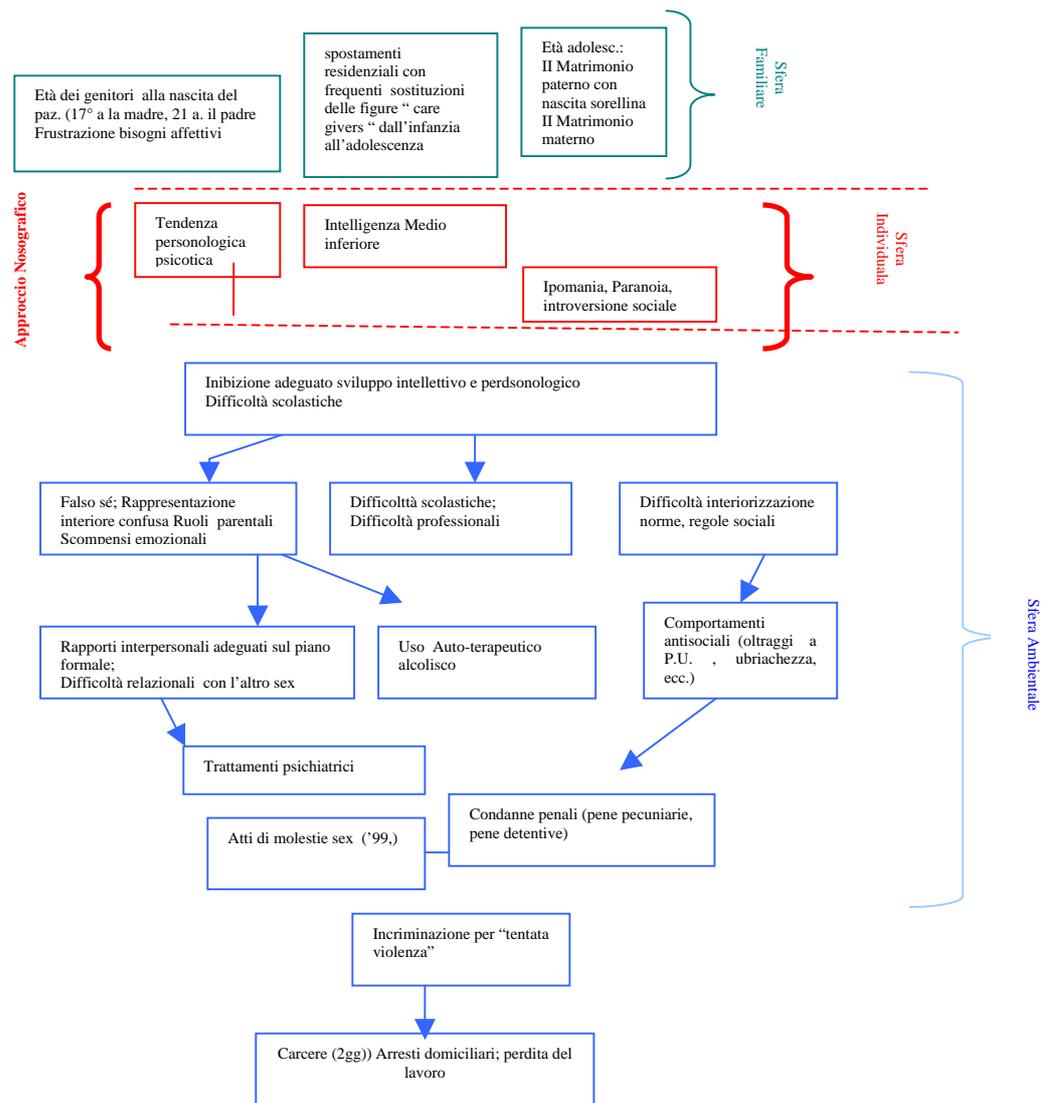
Uso dell'alcol seppur, da quanto riferito, a cadenza temporale saltuaria (ogni due mesi ca.), con funzioni di *regolazione* dell'umore (Sensazioni di immediato *risollevamento psichico* dopo il primo bicchiere favorenti una certa naturale predisposizione autodifensiva alla loro medesima reiterazione – con ulteriori assunzioni della sostanza "magica").

Sperimentato uso della cocaina (1 occasione) e di cannabis (qualche occasione) con effetti fisici immediati "auto-disincentivanti" su coinvolgimento di colleghi (in Germania) ed amici.

Figura 3. Mappa concettuale Caso Clinico 3

Patrimonio Familiare con
▼

¹¹ Se l'indice è <40 propensione per il danno organico



Osservazioni conclusive

Il primo incontro avuto con il paziente, presso la casa dei nonni paterni, è avvenuto nel giardino *tra gli alberi di frutto e la vite di uva americana in compagnia di uno dei cani (meticcio tipo lupo)* particolarmente affezionato al paziente (lo porta a dormire con lui); la nonna presente in casa, non si è fatta vedere, è rimasta a sbrigare le faccende domestiche; non è voluta

venire nemmeno quando a conclusione del lavoro fatto, mentre mi accingeva ad andarmene, il paziente è entrato in casa sembrerebbe per chiamarla ritornando da solo.

Il paziente ha affrontato la valutazione testistica con estrema ansia (tremore, fumo di sigaretta ecc.); pur dimostrando la capacità di un rapporto interpersonale con la sottoscritta corretto, educato e premuroso oltre che timoroso di essere costretta a lavorare con i test tanto a causa sua e via via desideroso di intravedere attraverso la mia disponibilità al dialogo, un riscontro della mia percezione e considerazione della sua persona.

I commenti positivi ai vari items testistici risultavano esercitare effetti favorevoli rispetto alla sua evidente insicurezza personologica.

Il paziente è risultato possedere un Quoziente Intellettivo inferiore alla media (Scala Wais Q.I. 86)¹².

Nello specifico, il punteggio della scala verbale (QI 93), abbastanza in sintonia con i risultati emersi dal Test Rorschach (capacità di osservazione, di concentrazione, attenzione, capacità di visione generale delle cose - percezione del tutto - nei limiti della norma) è risultato superiore rispetto alla scala non verbale (QI 78).

Una certa iperproduttività ideativa emersa dal MMPI risulterebbe confermata dal Test Rorschach.

Insicurezza, timidezza, tendenze personologiche introversive, difficoltà di adattamento immediato compensata da modalità relazionali controllate, razionalizzate, prudentemente riservate, limiti della capacità di contatto affettivo, della capacità empatica emergono nei due test (MMPI, Rorschach);

legame non completamente sereno con l'ambiente umano con limiti della capacità di apprezzamento dei valori culturali ed umani emergono dal MMPI e dal Rorschach;

La capacità di controllo pulsionale risulterebbe essere esercitata maggiormente dai fattori considerati collegati alla razionalità rispetto all'opera del lavoro psichico (Rorschach);

le esplosioni affettive esagerate risulterebbero inibite dall'azione difensiva di un'angoscia di tipo border-line (Rorschach).

Il paziente sembrerebbe diffidente, suscettibile ed aver la tendenza a reagire in modi extrapunitivi alle frustrazioni; le tendenze oppostive nei riguardi delle norme e delle convenzioni sociali (MMPI) in sintonia con conflitti di matrice superegoica (rispetto per l'autorità, le norme, le regole, l'etica ecc.) del Rorschach.

Non pienamente soddisfacente l'apporto del senso di realtà rispetto all'adattamento sociale nel Rorschach ed eventuale tendenza alla compromissione dell'esame di realtà (capacità di distinguere tra realtà interna ed esterna) nel MMPI.

Identità personale e identità sex non ben delineate.

Nel periodo dell'età evolutiva (infanzia-adolescenza) emergono determinati eventi significativi quali:

un rapporto affettivo decisamente frustrante, turbato, vissuto rispetto al bisogno di protezione, di complesso di abbandono con la figura materna (madre in, a sua volta, fase adolescenziale -17 a. - all'epoca del parto).

la mancanza di una residenza stabile patita fin dalla nascita intesa come contesto ambientale, familiare e sociale principale di riferimento: casa dello zio materno, dei nonni paterni, di una zia materna, dei nonni materni, dei nonni paterni, ecc.; sembrerebbe che il paziente potesse aver sofferto della mancanza di una stabilità affettivo-educativa da parte delle principali *care-givers* (figure principali di riferimento); entrambi i genitori sono sempre stati occupati professionalmente ed il figlio veniva affidato alle cure ora dei nonni (nel periodo della frequenza della scuola materna) ora degli zii (zia della madre; nel periodo della scuola elementare);

Il trauma relativo alla separazione dei genitori con la rottura interiore dell'unità delle figure affettive principali

la nuova relazione coniugale del padre, la nascita di una sorellina

gli esiti negativi in campo scolastico (abbandonato al III anno le scuole superiori), militare (riformato dal servizio di leva, bocciato alla scuola di marina militare)

potrebbero essere collegati alla presenza di difficoltà nell'ambito dei processi fisiologici riferiti alla formazione della propria identità personale (falso sé,), della propria identità sociale (struttura superegoica disfunzionale che potrebbe essere correlata agli episodi antisociali) e dell'identità sex (difficoltà interpersonali nel rapporto di coppia, modalità di approccio di coppia inadeguate) ed alla struttura psichica difensiva (difficoltà di controllo pulsionale).

Emerge il rischio dello sviluppo futuro di una dipendenza alcolica; attualmente sembrerebbe che l'uso alcolico sia per certi versi occasionale (un abuso ogni 2 mesi); la gravità sarebbe collegata alle funzioni antidepressive, di controllo ansigeno riconosciute all'alcol da parte del paziente (investimento affettivo positivo della sostanza alcolica, negazione, sottostima delle conseguenze negative degli abusi alcolici).

¹² Intelligenza Media: range 90-109.

E' emerso poi un investimento affettivo positivo dell'attività lavorativa attuale; sia come tipo di lavoro che come qualità dei rapporti interpersonali con i colleghi. Per il paziente con estreme difficoltà di rapporto sociale, ciò costituisce un fattore nell'ambito esistenziale, psichico molto importante.

Sembrerebbe poi che il paziente sia parzialmente consapevole della gravità degli ultimi accaduti per i quali deve scontare la pena, abbia la tendenza a pensare con la "testa" del padre, il quale provvede a parlare con l'avvocato, a sistemarlo dai nonni paterni visto che la casa è più grande, ha il giardino... rispetto a quella della nonna materna, ecc. al fine di risolvere il "problema" figlio piuttosto che aiutare effettivamente ed efficacemente il "figlio"

Poco citata è stata, altresì la madre, della quale sembra che il paziente non sappia molto relativamente alla situazione attuale (la signora si è separata dal II marito ma non si sa se ora è sentimentalmente sola o meno).

Si considererebbe opportuna la necessità:

della elaborazione di un piano terapeutico psico-sociale personalizzato a l.t. (supporto psicologico, di integrazione sociale, eventuale verifica opportunità trattamento psicofarmacologico, coinvolgimento delle figure parentali nell'ambito della definizione e qualificazione del ruolo educativo, verifica gravità problemi alcolici ecc.) al fine di:

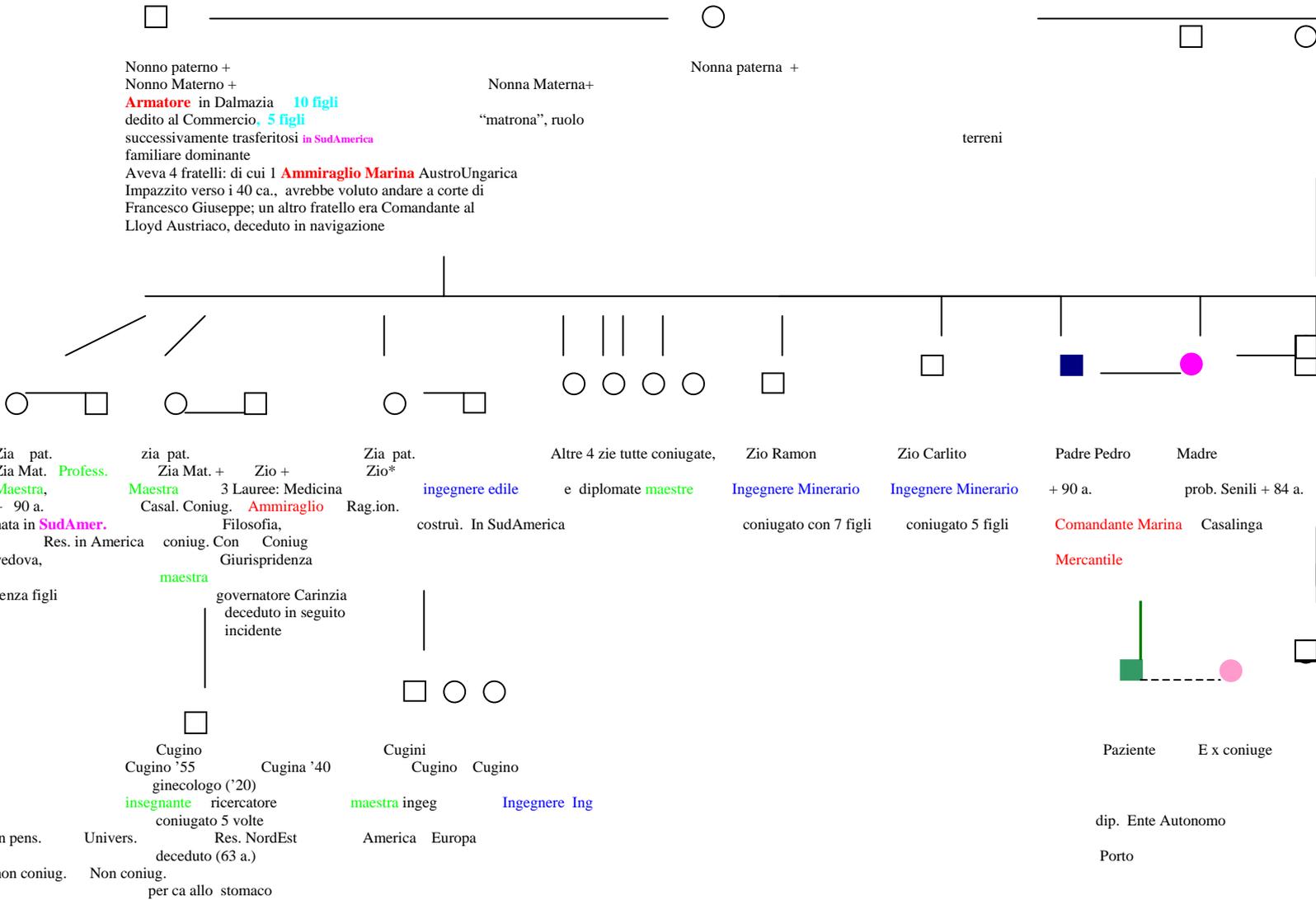
"proteggere" le aree, funzioni psichiche compensate;

e ridurre il rischio di un aggravamento futuro della situazione esistenziale del paziente (aggravamento sintomi psichici, ulteriori comportamenti antisociali, perdita del lavoro, dipendenza alcolica, ritiro sociale e cronicità irreversibile della condizione psicopatologica).

Caso Clinico N4

(M 64 a.)

Genogramma Familiare ¹³ N.4



Storia familiare

Il paziente nasce in Dalmazia.

Emerge la tradizione e per la marina e per l'ambiente militare nella famiglia d'origine paterna:

13 Professioni collegate: ▲ alla marina, ▲ all'insegnamento, ▲ studi ingegneristici

il nonno paterno, armatore; un fratello del nonno, ammiraglio alla marina Austro Ungarica , il quale secondo il racconto del paz., avrebbe desiderato operare alla corte di Francesco Giuseppe e che impazzì verso i 40 a.; un altro fratello Comandante al Lloyd Austriaco; il padre comandante della Marina Mercantile.

Il nonno paterno, pressappoco alla fine dell' '800, si era trasferito con la coniuge, in SudAmerica; dove nasceranno i 10 figli (7 femmine e 3 maschi) e dove presumibilmente tutti (i figli) frequenteranno le scuole dell'obbligo, prima di rientrare in Europa.

Tutte le figlie femmine (zie paterne) conseguiranno un diploma di maestra; una figlia si coniugherà con un ingegnere edile (costruttore in sud America) ed avrà 3 figli (cugini), di cui una femmina coniugata con un Notaio di una città del NordEst.

Un'altra figlia (zia paterna) si coniugherà con partner (con tre lauree: Medicina, Filosofia, Giurisprudenza) ricoprente il ruolo di Governatore della Corinzia, avranno un figlio ('20) (cugino), stimato ginecologo che si dedicava a studi oncologici, a sua volta coniugato 5 volte, deceduto (a 63 a.) per cancro.

Scarse le informazioni sulle altre zie materne.

Per quanto riguarda gli zii paterni, entrambi svolgevano la professione di ingegneri minerari ed erano coniugati con partner cilene ed avevano rispettivamente 7 e 5 figli (cugini del paz.).

Il padre del paz., ha frequentato il Liceo Scientifico in Austria seguito dalla Scuola Nautica in Dalmazia. per poi svolgere la professione di Comandante della Marina Mercantile.

Relativamente alla famiglia materna, il nonno era professionalmente dedito al commercio, la nonna casalinga, con un "importante" ruolo personale nell'ambito della gestione familiare.

Avranno 5 figli (3 femmine e 2 maschi):

Una figlia (zia materna) deceduta in età senile coniugata con partner, di professione professore, avrà a sua volta 2 figli (cugini), la femmina ('43) attualmente insegnante in pensione, non coniugata né figli; il maschio ('55) attualmente opera presso l'Università di Trieste, anche lui non coniugato e senza figli.

Un'altra figlia (dei nonni mat.) deceduta era coniugata e residente in America.

Uno zio materno, di professione ammiraglio coniugato con partner di professione maestra, i quali hanno avuto una figlia (cugina) ('40), insegnante scuola elementare e residente nel Nord Est

L'altro zio materno, ragioniere gestiva una società in Sud America coniugato, ha avuto 2 figli (cugini), entrambi ingegneri, uno si trova in America nel Nord Europa.

Ed infine la madre (del paz.) casalinga.

Nell'anno 1939, la madre del paz. rimarrà in stato gravidico ; il padre si imbarcherà per lavoro (trasporto di carbone); nello stesso anno, dato il periodo storico bellico, verrà fatto prigioniero dagli USA, Stato in cui sarà trattenuto fino al termine della II Guerra Mondiale nel '47.

A febbraio dell'anno successivo verrà alla luce il paziente, che non conoscerà il proprio padre fino al suo definitivo rientro.

Sarà il nonno materno, nel periodo della assenza paterna, a svolgere il ruolo della principale figura di riferimento educativo maschile ed a collaborare al sostentamento oltrechè del paziente anche degli altri nipoti, i cui padri erano assenti in quanto arruolati nelle operazioni belliche.

Il paz. svilupperà un rapporto affettivo positivo con il nonno materno, il quale tuttavia ha sempre voluto esercitare nei confronti dei nipoti, il proprio ruolo di nonno e mai indossare quello (ruolo) di padre sostitutivo.

Relativamente all'assenza paterna, il paziente, pur in qualche modo essendogli stata "alla meglio" giustificata (l'assenza) da parte dei parenti (è andato in viaggio, un giorno farà ritorno ecc.), ricorda di aver avuto nel periodo infantile la tendenza ad osservare altri bambini in compagnia del rispettivo padre e di chiedersi perché mai lui invece un padre non ce l'aveva.

All'età ca. di 6 a., succede un evento tragico, la perdita del nonno materno.

Il nonno materno cercava come poteva di portare a casa dei generi alimentari; una notte aveva scambiato con altre persone, dello zucchero e mentre faceva ritorno all'abitazione è stato intimato da parte delle Forze dell'Ordine di fermarsi; non si è fermato, ha fatto cenno all'altra persona che era in sua compagnia di non badare al fatto ed è proseguito; è stato così che è stato colpito dall' arma da fuoco delle Forze dell'Ordine; verrà trasportato in Ospedale, le cure all'epoca non erano così accurate e cosciente della gravità del suo stato dirà "poveri bambini, cosa faranno senza di me" prima di morire.

All'età di 7 a. avverrà per la prima volta l'incontro da lui definito "choc" con il padre "pensavo che fosse una nuova presa in giro"

Il padre stesso, dimostrò di non voler imporre la sua presenza e di voler guadagnare la sua fiducia gradualmente. E così avvenne.

Il paziente poi riuscì ad stringere un legame stretto con la figura paterna.

Frequentò le Scuole Elementari in Dalmazia.

Poi la famiglia si trasferì in Italia, dove proseguì con le Scuole medie e la Scuola Nautica.

All'età di 15/16 a. vivrà le prime esperienze di coppia.

Al quinto anno, nell'ambito degli esami della matura non riuscirà a superare la prova di matematica. Verrà respinto. E deciderà di abbandonare gli studi.

All'età di 19 a. svolgerà il servizio militare come paracadutista .

In questo periodo stringerà una relazione sentimentale, definita importante, con una partner di 12 a. più vecchia di lui, già coniugata; la storia durerà 8-9 a.

All'età di 21 a. si arruolerà presso un'associazione privata per andare a combattere in Africa. Dove rimarrà fino ai 28 a.

Verrà fatto prigioniero per 1 a. e mezzo in un paese africano (28-29 a. 6 mesi).

Rientrerà in Italia con la Croce Rossa.

Nel periodo tra i 30 e i 32 a. farà ancora alcuni viaggi in Africa per poi all'età di 33 a. chiudere questo capitolo della sua vita.

Nel frattempo inizierà a lavorare alle dipendenze dell'Ente Autonomo del Porto e si coniugherà (33 a.) con partner del luogo, di un anno più giovane di età, laureata in lingue, occupata professionalmente alla direzione di una compagnia assicurativa.

Il matrimonio si concluderà dopo 4/5 a. a sua detta la coniuge era troppo orientata alla carriera lavorativa e meno alla vita di coppia; poco spontanea tendeva ad imporre l'osservazione di un rigido controllo temporale alle varie situazioni coniugali ecc. (questo si fa ora, in questo giorno in questo particolare momento e non altrimenti ecc.).

Verso i 37 a. il paziente fa la conoscenza di un'altra signora, della quale asserisce di essere stato profondamente e per la prima volta in vita sua innamorato.

La partner ha un anno più di lui, ragioniera proveniente da una famiglia di costruttori edili, è già coniugata e con due figli piccoli.

Il paziente si separerà dalla moglie, con la quale tuttavia rimarranno in buoni rapporti.

Per un periodo convivrà con la nuova partner, la quale anche lei si separerà dal rispettivo marito; il quale sembrerebbe non avesse accettato "serenamente" l'abbandono della coniuge ed avesse avuto la tendenza a strumentalizzare i propri figli, parlando loro male della madre, al fine di colpire quest'ultima.

I problemi emersi, nell'ambito dei rapporti con i figli, convinsero il paziente, a detta di quest'ultimo medesimo, a decidere di interrompere la relazione, trascorsi ca. 5/6 anni dal suo inizio.

Non sono seguite finora altre relazioni sentimentali significative, a parte relazioni occasionali.

Lavorerà fino all'età di 52 a. Da allora percepisce la pensione da lavoro.

Nell'anno 2001 riceve una chiamata telefonica da parte di un colonnello francese, con il quale aveva a suo tempo collaborato il quale gli chiede la possibilità di presentare in Italia una sua produzione letteraria.

Il paziente organizzerà, con le associazioni dei paracadutisti, direttori di quotidiani l'incontro al pubblico. Il colonnello successivamente volle ricambiare il favore, ospitandolo in Francia, dove il paziente si recherà in qualche occasione nel periodo successivo all'evento.

Il paziente riferisce di essere stato accusato di un suo coinvolgimento in un "colpo di Stato" da parte francese, presso delle Isole dell'Oceano Indiano; in realtà asserisce "non ha fatto nulla".

RISULTATI SCALA WAIS

Il paziente è risultato possedere un Quoziente Intellettivo:

pari a 103 classificato secondo i parametri della Scala Wais come Intelligenza Media (range 90-109).

Come si specifica nella tab. (1) seguente:

Tabella 7 - Risultati WAIS

	Punteggio	Q.I.
Scala Verbale	53	Q.I. 97
Scala Non Verbale	45	Q.I. 110
Punteggio Scala Totale	98	Q.I. 103

Lievemente inferiore alla media il valore relativo all'indice sugli interessi umani (U%, Ud>U).

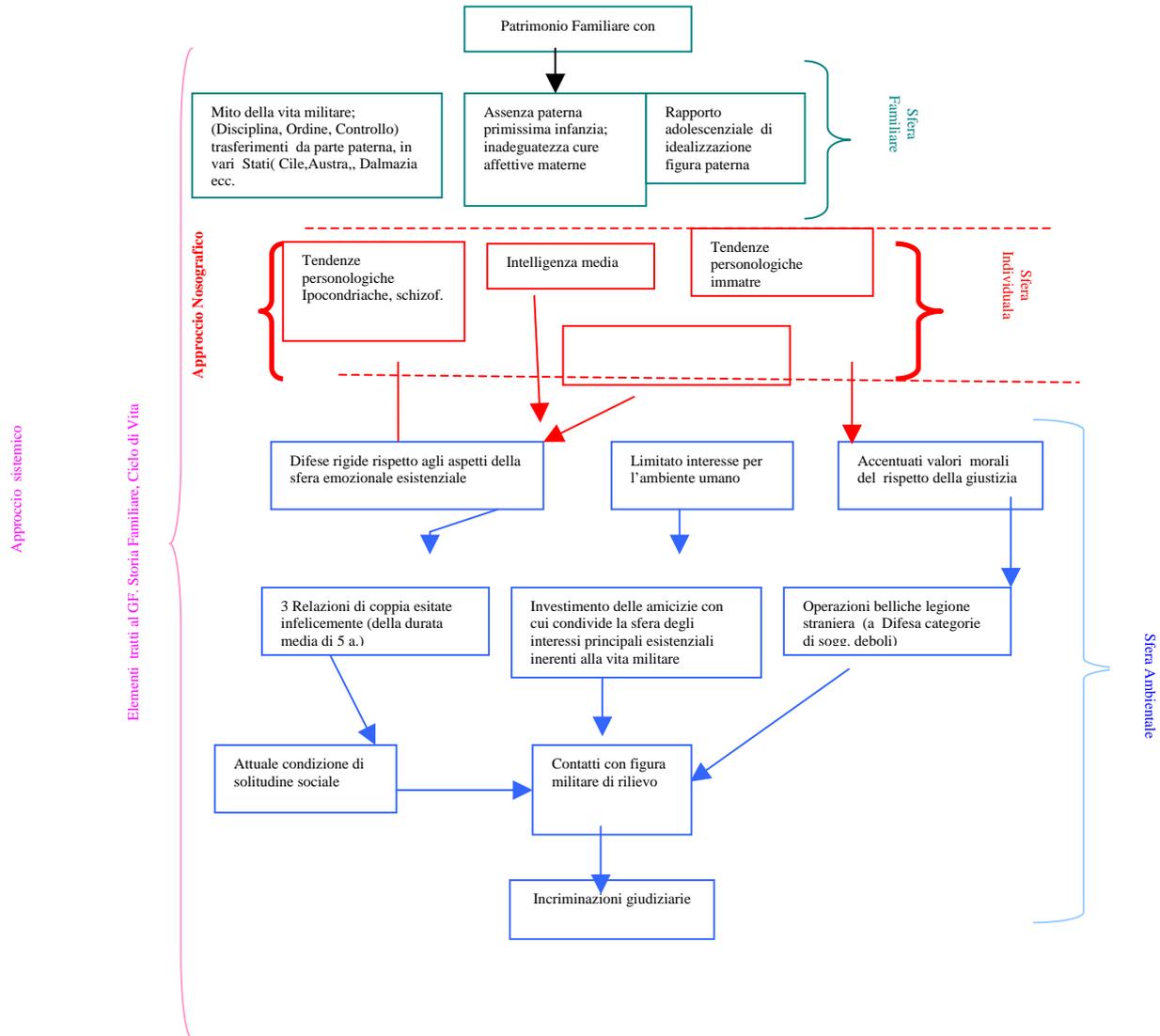
Relativamente alle caratteristiche del mondo interno, si potrebbe ipotizzare

Un Rapporto affettivo non completamente soddisfacente con l'oggetto materno (Dettaglio oligofrenico Tav. I, F- Tav.IX);
indici sul complesso edipico nella media (Tav. IV).

Identificazione sex con aspetti complessuali (Tav. III, V, X).

Tendenze personologiche immature (astrazioni infantili: I, II, VII, X, profilo Tav. V,X;Fm).

Figura 4 – Mappa concettuale Caso Clinico 4



Osservazioni conclusive.

Il paziente, è risultato essere in possesso di un patrimonio intellettuale, qualificato, secondo i parametri della Scala Wais, come appartenente al range dell'intelligenza media (Q.I.=103).

¹⁵ E. Bohm "Manuale di Psicodiagnostica di Rorschach" Giunti '95

Gli indici sulla valutazione qualitativa dell'intelligenza del Test Rorschach sono apparsi, in sintonia, con quelli (indici) della scala sopra-citata Wais.

L'assenza di deterioramento mentale, emersa, con l'applicazione della formula Wais, potrebbe essere confermata dal risultato ottenuto con il Test MMPI, relativamente alla considerazione dell'indice sulla presenza di danno organico cerebrale (negativa)

Caratteristiche personologiche psicotiche sono state escluse sia, nell'ambito interpretativo del Test Rorschach (valutazione generale abbastanza vicina alla norma, dei principali valori di riferimento psicodiagnostico) che in quello del Test MMPI (Tendenza nevrotica del rapporto diagnostico).

Poi, come aspetto personologico, di condivisione tra i due test (Rorschach e MMPI), emerge il dato sulla tendenza a nutrire un interesse, limitato per l'ambiente umano (U, Ud - Rorschach-; Punte schizofreniche - MMPI -).

Emerge nella storia familiare del paziente, un determinato orientamento degli stessi rappresentanti familiari, rispetto agli stili di vita esistenziali, di investimento del mondo militare; il nonno paterno, armatore, un fratello di quest'ultimo, ammiraglio di marina (con sembrerebbero reazioni psicotiche, al fatto di non aver potuto operare alla corte di Francesco Giuseppe, il padre (del paz.), comandante della Marina Mercantile.

Nel periodo della primissima e prima infanzia (0-6 a. e mezzo) del paziente, poi, sono risultati di particolare rilevanza, ai fini della definizione di quelli che poi opereranno come *precursori* personologici, i seguenti eventi:

- il contesto di vita di tipo bellico;
- l'assenza del padre, trattenuto, come prigioniero di guerra, nel medesimo periodo, negli USA;
- il ruolo esercitato nell'ambito della gestione educativa dal nonno materno, che ha opportunamente ben imposto il suo ruolo di nonno ed annullato eventuali "false aspettative" rispetto ad idealizzazioni fantastiche dal nipote di tipo paterno;
- la perdita di quest'ultimo avvenuta in tragiche circostanze; ferito mortalmente dalle forze dell'ordine, per non essersi fermato ad una, di queste ultime, intimazione, mentre rientrava a casa, di notte e in possesso di generi alimentari ottenuti con qualche ulteriore scambio.

Una certa difficoltà, rispetto alle giustificazioni dategli, ad elaborare interiormente ed efficacemente la lontananza della figura paterna, potrebbe in quel periodo evolutivo aver esercitato degli effetti ad essa (difficoltà), conseguenti nell'ambito dei processi psichici coinvolti nella formazione e stabilizzazione della struttura superegoica che risulta coinvolta nella caratterizzazione in età adulta, del senso morale, etico del dovere, del rispetto per le autorità, di responsabilizzazione.

Le figure familiari maschili, con ruoli personali professionali, rappresentanti altrettanti ruoli personali esistenziali scolpiti rigidamente (attitudine alla disciplina, ordine ecc.) con la tendenza all'elusione e/o al controllo dei bisogni emotivo-affettivi, possono aver condizionato, plasmando, seguendo tali "impronte" la formazione dell'ideale dell'io; un tipo di identità, rispetto al quale, si creano, delle possibilità di sviluppare, in età adulta, una naturale e favorevole predisposizione, al suo, al proprio sé personale, assunzione.

Relativamente al rapporto interiore sviluppato nel periodo infantile rispetto all' "oggetto materno", emerge la parziale, da parte di quest'ultimo, capacità di soddisfazione affettiva; ansie, angosce, patite in epoca infantile e non opportunamente elaborate, che secondo la letteratura, potrebbero in età adulta favorire l'esercizio di certe tendenze personologiche antisociali.

Durante il periodo della latenza (6 -10a.), il paziente completerà le scuole elementari prima di trasferirsi, con la famiglia, durante il periodo della frequenza delle scuole medie, a Trieste.

A conferma del favorevole investimento delle scelte professionali paterne e familiari, si iscriverà alla Scuola Nautica.

Durante l'ultimo anno scolastico, le difficoltà nelle materie matematiche gli impediranno di conseguire, se non con la ripetizione, alla quale lui rinuncerà, dello stesso quinto anno, il diploma nautico.

Il paziente stesso ha affermato di aver sempre avuto difficoltà, mai colmate, di aritmetica.

La dichiarazione potrebbe essere confermata dai risultati della scala Wais, i quali seppur, a garanzia del possesso di un'intelligenza normale, hanno evidenziato delle effettive difficoltà di elaborazione di operazioni di ragionamento e calcolo aritmetico.

Particolarmente, a sua detta, vicace in campo amoroso; svilupperà il primo legame affettivo significativo, dall'età fine-adolescenziale (19 a.) fino ai 27/28 a. approssimativamente, con una partner con una partner di 12 a. più vecchia di lui, già coniugata.

Sarà con il servizio militare che potrà dedicarsi ad una delle più importanti passioni della sua vita: il paracadutismo.

E sarà che nel periodo di vita collocato tra i 21 ed i 33 a. si dedicherà alle operazioni belliche nella legione straniera.

Terminata, quale, fase esistenziale, si coniugherà con partner della sua città, vicina di età (dirigente di una compagnia di Assicurazioni) e accetterà di svolgere un lavoro stabile alle dipendenze dell'Ente Autonomo del Porto cittadino. Manterrà lo stesso tipo di impegno lavorativo, per 20 a. ca., raggiunta l'età pensionabile (52 a.).

Il matrimonio durerà 4/5 a.; alla coniuge preferirà le attenzioni rivolte e ricambiate da un'altra partner, sempre vicina di età, già coniugata con figli. Rapporto affettivo, sentimentale definito, il più importante e soddisfacente che si concluderà, a sua detta, per la decisione comune di interrompere, con il rapporto medesimo, l'esercizio di un condizionamento negativo rispetto al rapporto di attaccamento dei figli rispetto alla loro madre.

Da allora non sono seguite altrettante storie sentimentali importanti.

Relativamente agli avvenimenti riferiti al periodo di legionario, il paz. ha riferito, della buona fede del fine, delle sue azioni. L'ordine, in quei paesi, veniva, in un certo qual modo, imposto al fine di combattere e/o ridurre quelle che possono essere state tra le peggiori efferatezze subite dalle cosiddette categorie deboli di soggetti (traffici di droghe, violenze sex, minorili, intossicazioni indotte a carico di giovani militari ecc.)

Ipotesi Diagnostica:

Una dilatazione ipertrofica della struttura superegoica relativamente all'investimento del bisogno di osservazione di regole comportamentali, della disciplina, del rispetto per l'autorità;

al bisogno di soddisfacimento delle richieste pulsionali generate da un senso del dovere collegato al perseguimento di fini giudicati etici, morali; ossia tendenza alla strumentalizzazione, per fini nobili ed ideali, dell'uso degli impulsi distruttivi;

con l'idealizzazione e profonda ammirazione di figure che rappresentano il vissuto di un rapporto esistenziale di successo con il senso onnipotentistico di potere.

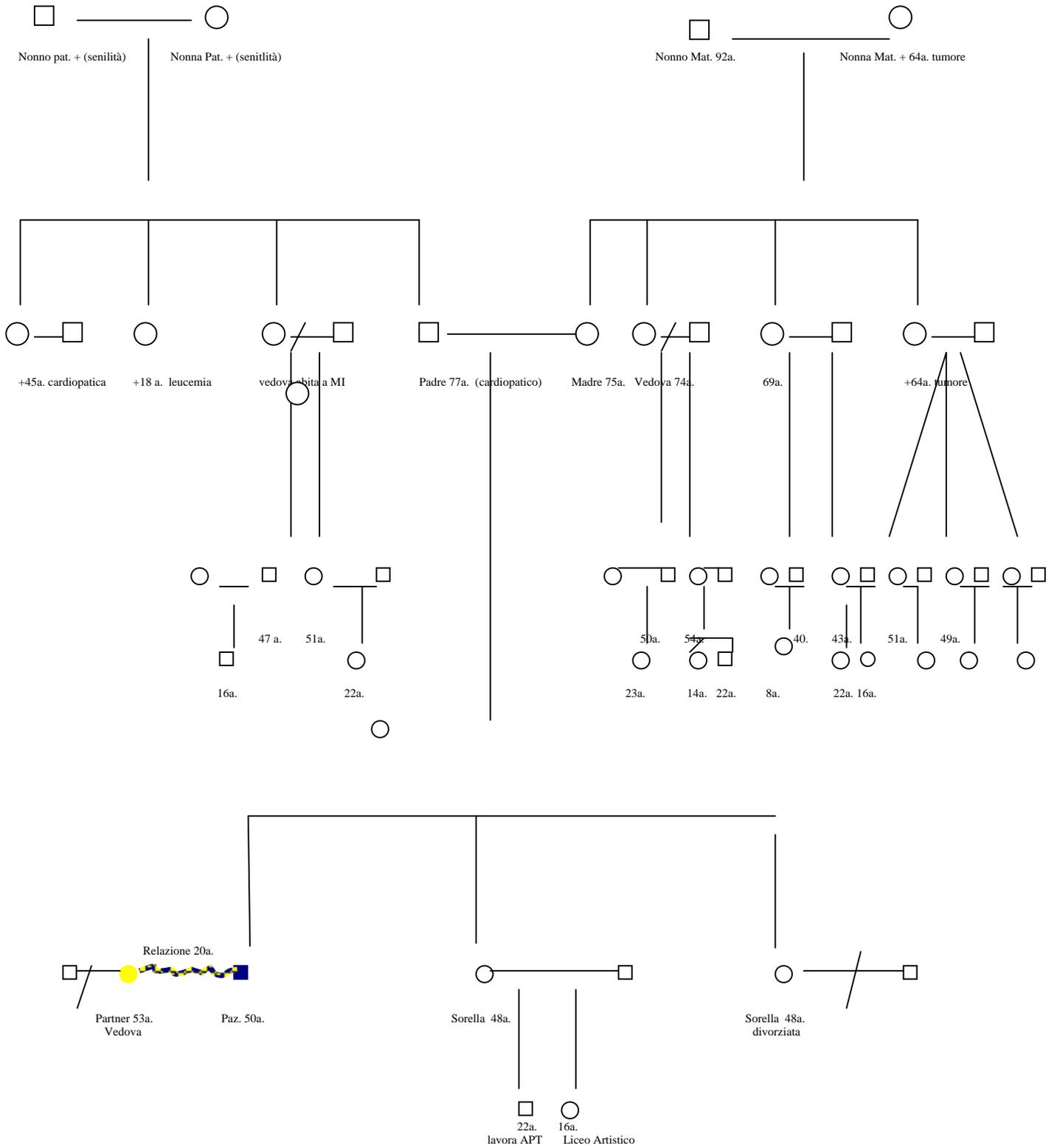
A compensazione di una certa tendenza alla sottostima valoriale del genere umano (risultati Rorschach, MMPI).

Difficoltà di contatto con il proprio mondo affettivo emotivo. Il bisogno di provare forti emozioni potrebbe risultare tra i migliori meccanismi difensivi considerati, finalizzati a contrastare eventuali timori di devitalizzazione.

Caso Clinico N5

(M 50 a.)

Genogramma Familiare N.5



Storia personale

Nasce come primogenito nel '54.

Il padre operaio metalmeccanico, la madre cuoca all'Ex Ospedale Psichiatrico cittadino.

Due anni dopo nascono le sorelline gemelle (una attualmente coniugata con 2 figli; l'altra divorziata senza figli).

La famiglia risiederà nella casa che ospita al piano inferiore i nonni materni.

Emerge una certa familiarità per le patologie tumorali da parte materna (la nonna materna decederà all'età di 64 a. per un tumore al fegato, la zia materna decederà alla stessa età per un'altra patologia neoplastica).

Da parte paterna invece sono stati rilevati: il decesso per leucemia, all'età di 18 anni di uno zio paterno ed altresì il decesso per problemi cardiovascolari di una zia paterna all'età di 45 a.

Attualmente il padre presenta problemi cardiaci; con un consumo alcolico moderato a detta del figlio (un quartino di vino prima del pranzo)

Nel periodo infantile (0-6a.), il paz. ha riferito di non aver avuto problemi di natura psicologica particolari, ha frequentato per 3 anni la scuola materna gestita da religiose.

Il rapporto affettivo con la figura materna è apparso quello privilegiato rispetto a quello con l'altro genitore.

Durante il periodo della frequenza delle scuole elementari il principale ruolo di care-giver è stato esercitato dalla nonna materna, in quanto la presenza dei genitori a casa era limitata a causa degli impegni lavorativi, non senza creare nel paziente, nel suddetto "*periodo della latenza*", un senso di deprivazione affettiva.

Ottenuta la licenza media si iscrive all'Istituto tecnico industriale (ramo della meccanica), conseguendo il relativo diploma un anno fuori corso, in quanto durante il 5° anno "le sue attenzioni", secondo la sua motivazione, erano prevalentemente dedicate al primo rapporto di coppia significativo della durata di 4 anni (dai 19 ai 23 a.) e alla preparazione per la patente di guida (acquistata la Fiat 500).

All'età di 20 a. si iscriverà alla Facoltà di Scienze Politiche di un'Università Regionale. Sosterrà con esito positivo 5 esami prima di decidere, per un riferito bisogno di poter usufruire di una maggiore autonomia economica, di abbandonare e di cercare un'occupazione professionale.

E sarà all'età di 23 a. durante la frequenza del Servizio Militare, che esordiranno i primi abusi alcolici.

Dall'età di 24 a. circa alla data attuale svolgerà una professione artigianale (falegname) c/o le imprese dedicate alla fabbricazione delle sedie e risiederà presso l'abitazione della famiglia d'origine.

Esordio del fumo di sigarette (circa 7 al gg) nel periodo 24 - 25 a.

All'età di 30 a. inizierà una relazione di coppia con una partner, già vedova (occupata attualmente presso un'azienda agricola); relazione che mantiene tuttora.

All'età di 33 a. supererà l'esame istituito dall'Ente Provinciale per cacciatore (esame orale, 2 prove esame pratico di tiro a volo e tiro a segno).

Emerge una "storia familiare positiva" per la pratica della caccia (padre, nonno materno).

Da allora riferisce di dedicarsi con passione, oltre che alla caccia, allo sport del tiro a volo (lancio di piattelli) della quale pratica ricopre l'incarico di delegato regionale.

Per quanto riguarda il suo rapporto con l'alcol, il paziente riferisce di abusi (prevalentemente di birra) preferibilmente durante il fine settimana ed in compagnia degli amici.

La prima sospensione della patente di guida per abuso alcolico risale all'anno 2000 e della durata di 1 mese.

Nel .2003 la seconda sospensione per abuso alcolico; durante il c.a. l'ultima sospensione della patente di guida per 3 mesi.

Entro una certa data dell'a.c. riferisce che deve produrre la documentazione (sanitaria) necessaria richiesta dalla Prefettura per il rinnovo dell'autorizzazione al rilascio del porto d'armi.

Risultati Test MMPI

Tendenza personologica nevrotica (.78).¹⁶

Ansietà non classificabile nei parametri psichiatrici (35.82).¹⁷

Scarsa tolleranza alla frustrazione (.79)¹⁸

Indice del danno organico cerebrale positivo (27.2)¹⁹;

Interpretazione per punte= **Menzogna**

Sono presenti tendenze a fornire un'immagine conformistica di sé anche a detrimento della veridicità dei risultati del test. (E' frequente osservare questi valori nel caso di selezioni attitudinali).

Items critici: 215

Ho fatto uso eccessivo di bevande alcoliche.

Risultati Test di Rorschach

Complessivamente le principali categorie di risposte rilevate corrispondono ai valori medi dei soggetti italiani (D.P. Tognazzo pp132).

Ad eccezione delle seguenti:

- D% =52 (valore rif. 60)
- F%=48 (valore rif.50)
- F+%=67 (valore rif. >70)
- U%=4 (valore rif.10).

Valutazione qualitativa dell'intelligenza

Nella norma: la capacità di cogliere le situazioni nel loro insieme, di intuizione di sintesi, di disposizione verso l'azione (G+); la capacità creativa, di immaginazione di produttività (M).

Seppure emerge un calo della capacità di osservazione, di concentrazione dell'attenzione, di capacità critica (F+%<80)

Fluidità, plasticità del pensiero (A%).

Buon adattamento intellettuale all'ambiente, alla società (Ban%).

Affettività

Buona la capacità di contatto affettivo (FC) interpersonale con la tendenza a supplire alla eventuale mancanza di adattamento immediato con un adattamento "mediato", freddamente intellettualizzato, prudentemente riservato, di inibizione del proprio autentico sè (Fcho, contenuti tav. I, X, U, Ud).

Il controllo dell'affettività è raggiunto preferibilmente grazie ai fattori di controllo interiore (K), relativi alla visione globale della situazione (G+ nei limiti della norma - 6 -) piuttosto che ai fattori propriamente razionali (F+% non interamente soddisfacente - 67% -).

Segni di angoscia nevrotica (interpretazioni chiaroscuro, do, choc colore, Tav.X).

La capacità di contatto sociale usufruisce di un buon adattamento intellettuale all'ambiente (Ban, Ban%), di una capacità, adeguata nei limiti, di contatto affettivo (FC) piuttosto che di un particolare legame che unisce il soggetto al suo ambiente umano (U, Ud) e di una particolare aderenza alla realtà (D).

Conflittualità superegoiche (Tav. IV, IX)

Rapporto di deprivazione affettiva con l'oggetto materno (Tav. I, VII, IX).

"Timidezza", riservatezza nell'esercizio del proprio ruolo identitario di genere (Tav.III, I, IV,VI).

Espressioni insicure, di inibizione ansiosa della propria identità personale (Tav. V, VII, I, X, IV).

Ipotesi di Immaturità personologica.

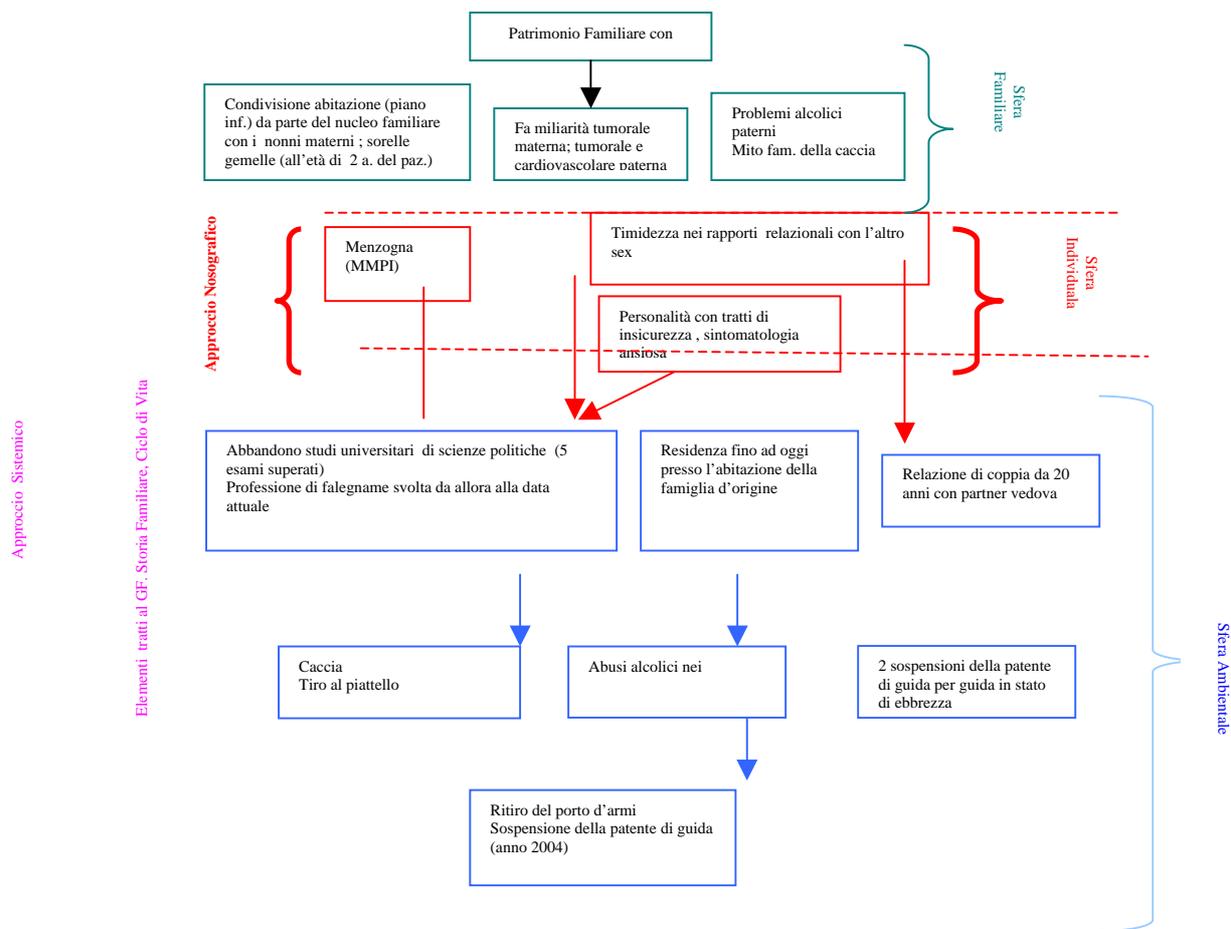
Figura 5 - Mappa Concettuale Caso Clinico 5

¹⁶ Se < 1 = tendenza nevrotica

¹⁷ Valore italiano per normali=45,72 ds 15.84

¹⁸ Se > 1 buona tolleranza alla frustrazione

¹⁹ Se < 40 propensione per il danno organico



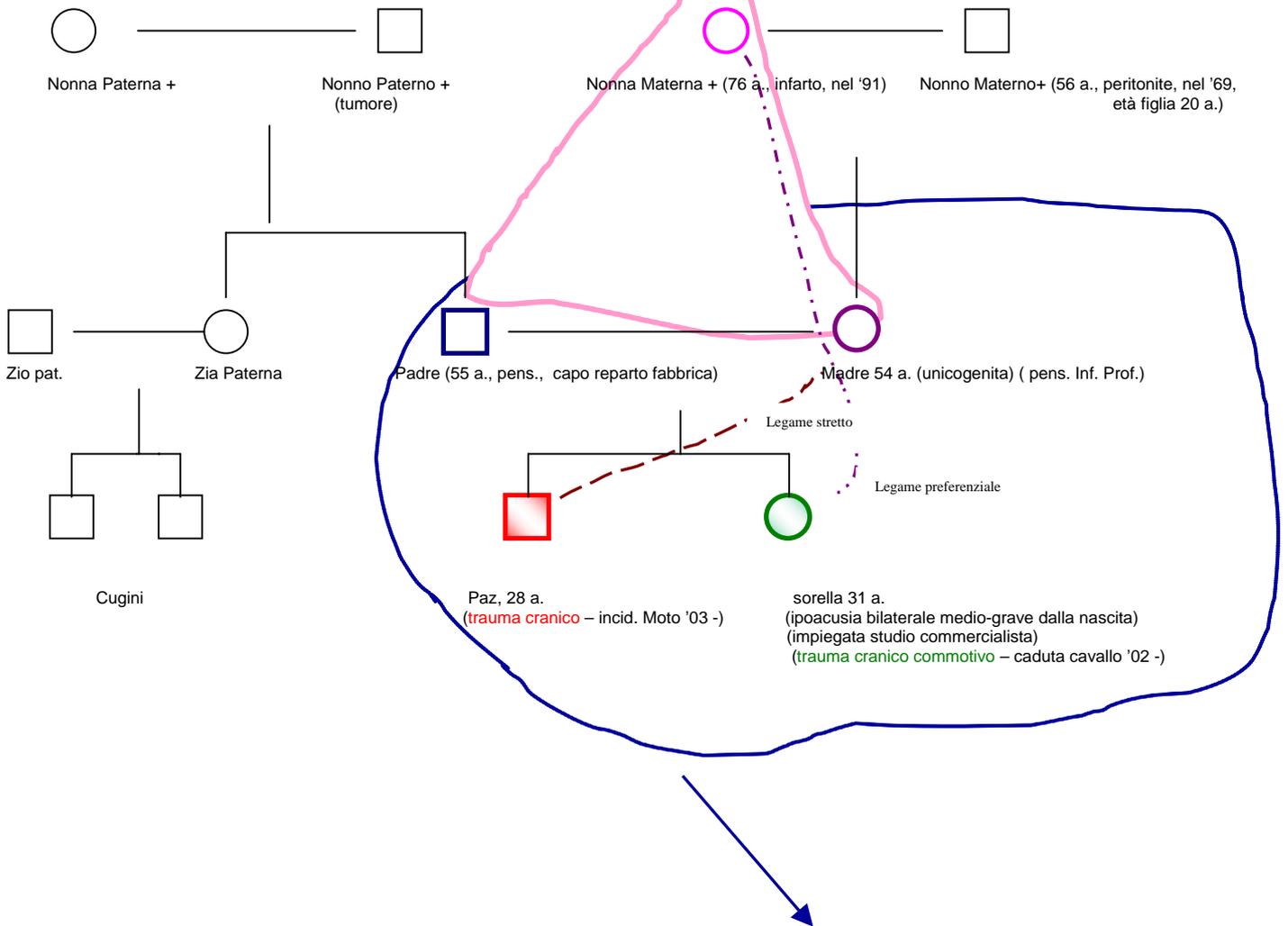
Osservazioni Conclusive

Il paziente ha evidenziato scarsa consapevolezza rispetto al livello di gravità del suo problema alcolico. Inscuro, ansioso, legato alla famiglia d'origine, da un rapporto di dipendenza affettiva e dalla cui residenza non si è mai spostato, ha situazione di coppia stabile con la stessa partner da 20 a. seppur mai confluita in una modalità di rapporto matura (matrimonio, convivenza); stabile anche la situazione professionale, da quando ha abbandonato gli studi universitari si dedica ad una professione artigianale (falegname). Particolarmente attratto dall'uso delle armi.

Caso clinico N6

(M 29 a.)

Residenti a Macerata



Nucleo Famiglia Attuale

Il padre del paz., originario del Centro Italia, si è trasferito nel Nord Est da più di 30 a. fa per motivi professionali (apparteneva all'Arma dei Carabinieri);

quasi immediatamente, sceglie di abbandonare l'arma (i cui regolamenti condizionavano i tempi per la contrazione del matrimonio), viene assunto, come operaio presso una fabbrica locale e si coniuga con la madre del paz.;

madre, unicogenita, con perdita della figura paterna all'età di 20 a. e con un stretto legame affettivo materno.

Da allora la coppia convivrà assieme alla madre di lei, fino all'anno del suo decesso, avvenuto per infarto nel '91; la nonna materna, provvederà a supportare la coppia nella gestione delle incombenze familiari e nell'accudimento dei figli.

La sua presenza, a detta della madre del paziente, tenderà a condizionare, nell'ambito delle manifestazioni/scambi affettivi-intimi, la relazione tra i due coniugi.

Nasce la prima figlia (31 a.); l'uso di protesi acustiche limiterà i condizionamenti dei problemi congeniti di sordità (ipoacusia bilaterale medio-grave); emerge la presenza di un legame affettivo stretto "preferenziale" tra la nonna materna e la primogenita (le quali condideranno la stessa stanza da letto) rispetto al legame con il paziente.

Attualmente impiegata presso uno Studio di un commercialista, ha coltivato numerosi hobbies ed interessi (danza jazz, cavallo, pianoforte da poco).

All'età di 3 a. della primogenita nasce il paziente.

Nell'ambito delle prime fasi dell'età evolutiva, riferisce rapporti affettivi soddisfacenti con entrambe le figure genitoriali; emerge un legame particolarmente stretto con la figura materna.

Ricoverato nel primo anno di vita per ernia inguinale.

Frequenta la Scuola Materna.

All'età di 5a. inizia a praticare, assieme a tutti i componenti familiari, lo sci di fondo.

Durante la frequenza delle scuole elementari si dedica al Basket.

Ripoterà , (7-8a. ca.) una frattura di un polso per una caduta durante la pratica dell'attività sportiva.

Riferisce inoltre, verso gli 8/9 anni, l'esordio di problemi allergici (polvere di casa, Bactrim, aspirina, novalgina, antiocoagulanti)

All'età di 10 a. inizierà a dedicarsi al Nuoto, agonistico (dai 15 fino all'età di 25 a.).

Frequenterà e conseguirà il relativo diploma del Liceo Scientifico.

Non apparenti eventi/problemi adolescenziali (no uso di spinelli e/o altre sostanze).

All'età di 16 a. perde la nonna materna.

All'età di 17 a. consegue la qualifica di arbitro di calcio (attualmente categoria regionale di eccellenza).

All'età di 18 a. inizierà una relazione di coppia con una ragazza di un anno inferiore di età, incontrata durante la frequenza della scuola superiore.

All'età di 22 a. consegue il titolo di promotore finanziario, con l'iscrizione al relativo Albo.

Opererà, con la suddetta qualifica presso la BNL investimenti Sim.

Per passare poi, dove risulta essere occupato professionalmente tuttora, alle dipendenze della Banca Unicredit.

Nel periodo 22-26a., subirà 4 ricoveri per problemi ortopedici sport-correlati (legamenti crociati, menisco, collaterale, tendine rotuleo).

All'età di 24 a. interromperà, dopo 6 a., la relazione sentimentale ("*il nostro amore è finito quando le ho regalato il modem*"); viene a scoprire che la ragazza, da quando lui le aveva installato il collegamento ad internet, aveva preso

l'abitudine a chattare; sembrerebbe che l'avesse, in conseguenza delle conoscenze fatte con questo sistema, sorpresa con un altro fuori Regione.

Aggiunge inoltre che per l'ex-partner, con problemi relazionali di supposta "simbiosi materna", l'attività sociale in rete soddisfaceva il bisogno di "allontanarsi dalla realtà".

Attualmente riferisce di non avere nessuna relazione di coppia.

Lo scorso anno alla sorella capiterà un evento traumatico (caduta da cavallo) con trauma cranico commotivo ed amnesia per l'incidente accaduto.

Infine sono stati esclusi problemi psichiatrici e/o ansia, depressione, e/o problemi di dipendenza patologica dal paziente e nei suoi familiari.

L'incidente motociclistico è avvenuto alla fine dell'anno 2003..

Riferisce di essere uscito di casa verso le ore 14.00 ca. ed in sella alla propria moto (Yamaha 850) di essersi diretto, in compagnia di un amico, anche lui in moto, verso un paese fuori città.

In una zona boschiva, un'auto non rispettando la precedenza, esce dall'incrocio ed urta la sua moto; la quale gira su sé stessa e prosegue la marcia contromano a sx della strada finendo nel fosso.

Giunge al PS. dell'Az. Osp. locale, vigile, lucido con GCS di 15, amnesico come viene dalla stessa Azienda refertato alle dimissioni con la seguente diagnosi:

“Trauma cranico con amnesia peritraumatica; distorsione cervicale; contusione ed escoriazione avambraccio dx; ferita l.c. gamba dx”.

Successivamente si rivolgerà al P.S. di un altro H regionale dove gli vengono autorizzate consulenze otorino (diminuito l'udito a dx), radiologiche, ecografiche dell'addome, oculistiche (visione offuscata a dx).

Si sottopone ai trattamenti fisioterapici di un Centro medico, che referta inoltre episodi di amnesia con cefalea.

Un altro ospedale reperirà un EEG con tracciato nei limiti della norma.

Ha riportato problemi odontoiatrici.

Il paziente riferisce di non ricordare nulla dell'incidente, è come se i suoi ricordi si fossero interrotti dal momento in cui, lui quel sabato usciva di casa.

Da allora, riferisce di avere difficoltà a rievocare informazioni recenti:

ad esempio, terminate, in data odierna, le prove testistiche, una volta rientrato a casa pensa di non essere in grado di ricordarsi che cosa ha fatto mezz'ora fa.

Tende a dimenticare di spegnere le luci dell'auto, della taverna (dove trascorre la serata), di chiudere a chiave la porta quando deve uscire di casa.

Non ricorda chi gli ha telefonato in occasione del suo compleanno; quando ha iniziato a fare fisioterapia; come ha trascorso la domenica scorsa (5 gg fa).

Risultati Scala Wais

E' stata somministrata al paziente la WAIS (Wechsler Adult Intelligence Scale).

Il paziente è risultato possedere:

un Q.I. Quoziente Intellettivo pari a 109 classificato secondo i parametri della Scala Wais come Intelligenza Media (range 90-109).

Come si specifica nella tab. (9) seguente

Tabella 9 - Risultati WAIS

	Punteggio	Q.I.	Classificazione
Scala Verbale	69	Q.I. 108	

Scala Non Verbale	56	Q.I. 108	
Punteggio Scala Totale	125	Q.I. 109	Intelligenza Media (90-109) ²⁰

L'elaborazione della formula per il calcolo del deterioramento mentale (Manuale Weis) ha dato esito negativo.

Tabella 10 – Analisi singole scale

FUNZIONI VERBALI		FUNZIONI NON VERBALI	
PROVA DI VOCABOLARIO	13 risposte errate - e/o incomplete - su 40 (pp10)	RIORDINAMENTO DI STORIE FIGURATE	Corrette le risposte: 1-6; errate: 7 (pesca), 8 (taxi) (pp10).
PROVA DELL'INFORMAZIONE	Corrette 17 risposte su 29 (pp11).	COMPLETAMENTO DI FIGURE	15 risposte corrette su 21 (pp11)
PROVA DI COMPrensIONE		FUNZIONI DI COORDINAZIONE VISUO-MOTORIA	
ALLA PROVA DI ANALOGIE	1 risposta errata su 14 (pp10). 3 risposte errate su 13 (pp12)	ASSOCIAZIONE SIMBOLI A NUMERI	54 simboli riprodotti (su 90) (pp10)
FUNZIONI DELL'ATTENZIONE		RICOSTRUZIONE DI FIGURE	Ricostruzione corretta di tutte le 4 figure ((pp10).
MEMORIA DI CIFRE	Ha richiamato correttamente la serie di 7 (su 9) numeri in avanti; e 7 (su 8) i numeri richiamati correttamente all'indietro (pp14)		
RAGIONAMENTO ARITMETICO	11 risposte corrette su 14.	DISEGNO CON 1 CUBI	Risolti correttamente tutti i 10 items (pp14)

DISTURBO MNESTICO

Amnesia sistemica o elettiva (mancato ricordo di avvenimenti legati a situazioni psichiche traumatiche) riferita all'evento dell'incidente motociclistico.

Il paziente riferisce di non riuscire a rievocare l'evento traumatico

Amnesia di fissazione o anterograda ("post traumatic amnesia - PTA": deficit di immagazzinamento delle informazioni dal momento dell'esordio della malattia/evento traumatico e riguarda l'incapacità di ricordare avvenimenti recenti mentre è mantenuto un buon ricordo degli eventi passati).

Il paziente riferisce di avere disturbi della memoria dalla data dell'evento traumatico; di non riuscire ad immaginare le informazioni recenti e a rievocarle.

Assenti disorientamento e/o confabulazione

Memoria a Breve Termine

Il processo cognitivo riguarda:

una registrazione sensoriale (mantenimento dell'informazione nel magazzino sensoriale),

una codifica (encoding) (formazione di una traccia mnestica)

ed il recupero dell'informazione dal magazzino della Memoria a breve termine.

Il paziente ha evidenziato una buona performance all'item per la valutazione della Memoria uditiva a b.t. (item n.5: Memoria di cifre-richiamate correttamente 7 cifre su 9 in entrambe le direzioni)

Memoria a Lungo Termine

Ulteriore elaborazione e consolidamento (detto anche immagazzinamento) dell'informazione.

Il paziente ha evidenziato una buona performance agli items 6, Prova di Vocabolario e 1, Prova dell'Informazione

La Memoria a Lungo Termine può essere dichiarativa o non dichiarativa.

La Memoria Dichiarativa (esplicita) (il ricordo può essere facilmente rievocato verbalmente e coscientemente) comprende:

la Memoria Episodica (esperienze vissute) e la Memoria Semantica.

La memoria Episodica comprende a sua volta:

La Memoria Autobiografica

Il paziente ha dimostrato di essere in grado di ricostruire la storia/gli eventi più significativi della sua esistenza (dal periodo infantile, caratteristiche dei familiari, frequenze scolastiche, tipo di sport praticati, iter professionale, relazione di coppia, tipo di ricoveri).

L'Ongoing Memory (memoria per gli avvenimenti in corso; ad es. dove si è parcheggiato la macchina, che cosa si è mangiato ieri sera a cena.)

Il paziente, durante l'ultimo incontro (12.12.03), è stato in grado:

²⁰Q.I. 110-119 = Medio-superiore
Q.I. 90-109 = Media
Q.I. 80- 89 = Medio-Inferiore

di elencare gli oggetti (libro, calcolatrice, dolcetto) che gli sono stati fatti vedere 1/2 ora prima;
 di dire dove aveva parcheggiato, quel giorno, la macchina (3/4 ora prima)
 a descrivere il pranzo del gg stesso (2 ora prima), la colazione (6 ore prima ca.)
 e come ha trascorso il pomeriggio del gg prima (20 ora prima)

La Prospective Memory (memoria delle attività programmate; con chi ci si deve incontrare domani, che cosa bisogna comperare al supermercato, lavoro da terminare entro la settimana).

Il paziente, durante l'ultimo incontro (12.12) è stato in grado di rievocare le date dei seguenti appuntamenti:
 riunione arbitri nella sera stessa;
 visita medica il giorno lunedì 15.12;
 risposta TAC il giorno 17.12;
 dentista il gg 18.12;
 cena con gli amici a Marano Lagunare, lunedì 22.12

La Memoria Semantica , è quella delle conoscenze astratte:
 Il paziente ha evidenziato una buona performance all'Item del Wais sulle Analogie.
 La Memoria di Lavoro (Working Memory) è la capacità di mantenere attivi degli elementi su cui si sta lavorando.
 Il paziente ha risolto abbastanza bene l'item n.3 del Wais di Ragionamento Aritmetico.

Risultati Test Rorschach

VALUTAZIONE QUALITATIVA DELLE FUNZIONI INTELLETTIVE

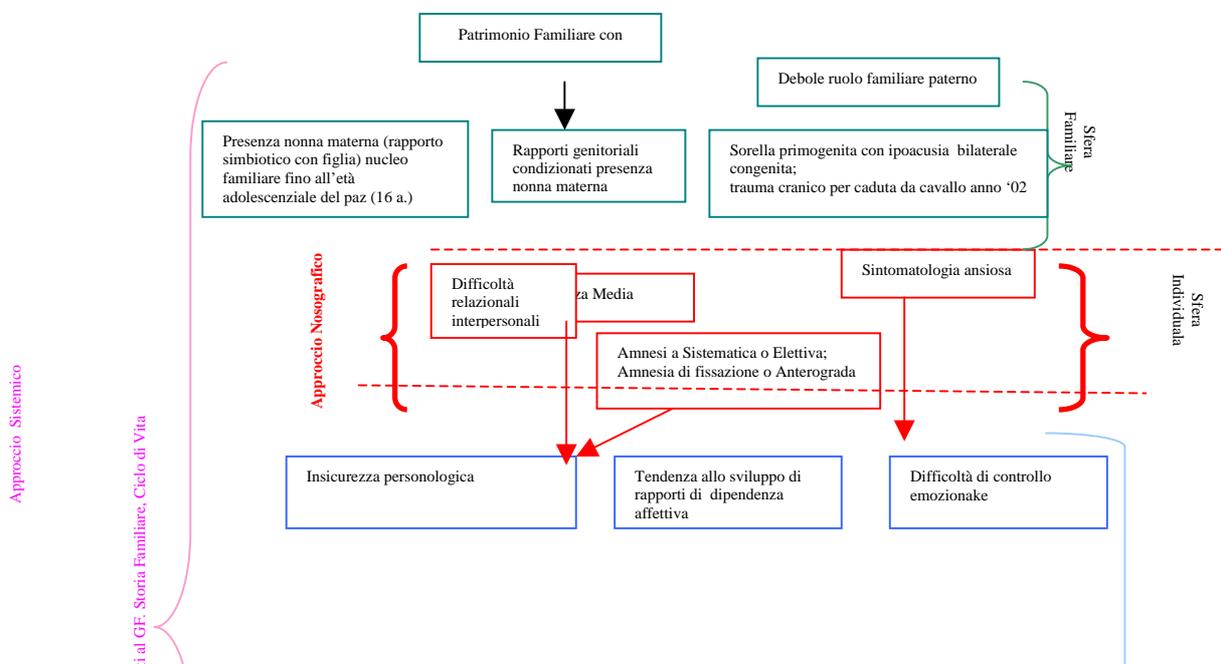
E' emerso:

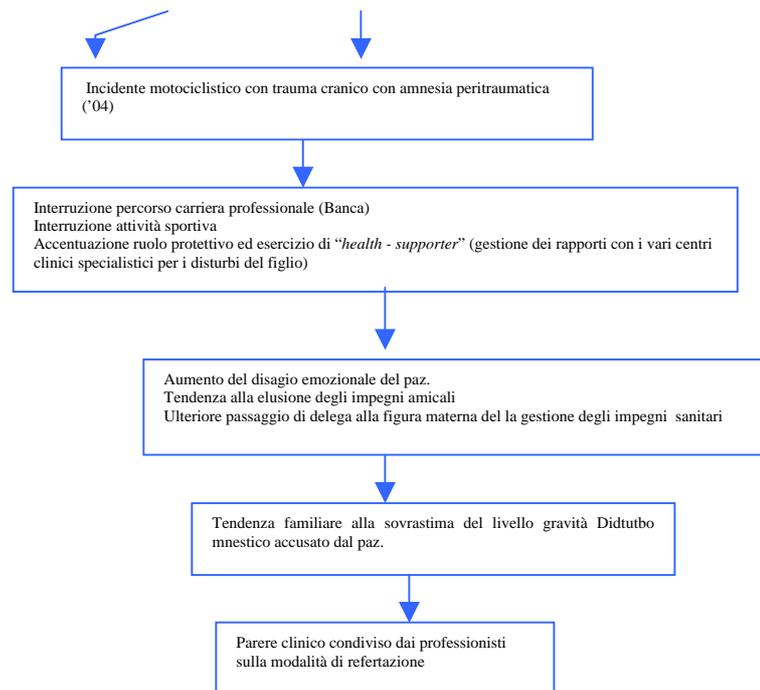
un adeguato adattamento intellettuale all'ambiente (ban.%);
 un'adeguata capacità creativa e di immaginazione (M);
 una fluidità del pensiero abbastanza vicina ai limiti della norma (A%)
 Lievemente inferiori ai limiti della norma gli indici relativi al potere di concentrazione, di attenzione e perseveranza (F+%)
 ed alla capacità di sintesi e di Intuizione (G+).

VALUTAZIONE QUALITATIVA DELLA SFERA AFFETTIVA

Emerge una certa insicurezza del proprio sé personale (choc iniziale, simmetria, autocritica, Tav. III, U%, IX).
 Rapporto affettivo nelle prime fasi dell'età evolutiva con l'oggetto materno, non pienamente soddisfacente (choc iniziale, Tav. VII, IX)
 Capacità di controllo interiore (lavoro intrapsichico) dell'affettività nei limiti della norma (F+% , G+ , FC, M, E.T.).
 Capacità di contatto sociale e di aderenza al pensiero di gruppo nella norma (Ban.%).
 Capacità di contatto affettivo, di empatia, di comunicazione non interamente soddisfacente (FC, Tav. III, X, IX); tendenza a stabilire rapporti relazionali adattati sul piano formale, riservati (Fcho, ChoF). Tendenze difensive di intellettualizzazione, razionalizzazione.
 Sembraerebbero scarsi gli interessi sociali (U% , Ud, A%)
 Tendenza allo sviluppo di sintomatologia ansiosa (choc rosso, Tav. II, III, VII, A%).

Figura 6 – Mappa Concettuale Caso Clinico 6





Osservazioni Conclusive

Il paziente ha dimostrato una buona compliance nell'ambito della somministrazione dei test psico-diagnostici; disponibile al dialogo anche con argomentazioni di tipo personale. Non ha mascherato lo stretto legame che c'è tra lui e la madre, considerata svolgere, nell'ambito familiare il ruolo di "leader" ("è la mamma che comanda"). Sfuocata l'importanza affettiva, del ruolo paterno. Anche la madre ha evidenziato la propensione a presentare le storie/esperienze/"prodezze" dei due figli con un elevato investimento (narcisistico)/affettivo. E dimostrandosi in grado di poter assolvere ("onnipotentemente") ai compiti di supporto psicologico nei confronti degli stessi figli.

Il paziente ha riferito di avere difficoltà ad accettare "con buon viso" l'evento traumatico. E' preoccupato per l'ambito professionale, teme che in caso di rientro, non possa più svolgere il tipo di incarico professionale interrotto prima dell'incidente: tende a stancarsi mentalmente; ora porta l'apparecchio dentale, causa di imbarazzo soprattutto a livello interpersonale, non prova il piacere che provava prima dell'evento, nell'uso del cellulare; ha una certa limitazione di movimento (dolori agli arti dopo essere stato seduto per un po' di tempo, difficoltà di guida dell'auto ecc.). inoltre riscontra in sé una diminuita tolleranza alla frustrazione (tende a reagire "di più" rispetto a prima - dell'evento - nelle situazioni ad esempio di guida - mancanza di rispetto delle norme stradali degli automobilisti - e/o familiari - ad esempio, la madre che, diventata più apprensiva, gli consiglia, visto il suo stato fisico, di non partecipare alla cena con gli amici); ed un'aumentata tendenza all'irritabilità, al nervosismo.

Il test Rorschach ha evidenziato una certa tendenza del paziente allo sviluppo di sintomatologia ansiosa oltre ad una certa insicurezza del proprio sé personale. Lo preoccupa inoltre anche l'ambito sportivo (possibilità di interruzione della carriera di arbitro calcistico).

Q.I.

Il paziente è risultato possedere un Q.I. di 109 corrispondente ad un'Intelligenza media (90-109). Perfettamente bilanciati tra di loro gli indici delle funzioni verbali e quelle non verbali intellettive (Q.I. 108 entrambe). Non è stata rilevata la presenza di deterioramento mentale (Formula Wais negativa).

Secondo gli indici del Wais, il paziente possiede adeguate capacità di attenzione spontanea e di concentrazione, (Memoria di cifre, Ragionamento Aritmetico); funzioni che sarebbero nei limiti della norma secondo gli indici del Rorschach (F+%).

MEMORIA

Relativamente alla Memoria a breve termine, il paziente ha evidenziato una buona performance:

agli items per la valutazione della Memoria uditiva a breve termine;

e all'item per la valutazione della Memoria di Lavoro.

Relativamente alla memoria a lungo termine, si potrebbero considerare, in relazione al tipo di prove proposte, adeguate le funzioni:

della memoria episodica che comprende:

la memoria autobiografica (ricostruzione del ciclo di vita personale, eccettuato il ricordo dell'evento dell'incidente),

l'ongoing memory (memoria avvenimenti in corso), la prospective memory (memoria attività del futuro);

e della memoria semantica (delle conoscenze astratte).

Relativamente ai disturbi mnestici manifestatisi post incidente stradale, il paziente riferisce di esperire frequentemente le seguenti situazioni :

quando esce di casa, mentre scende le scale, non si ricorda se ha chiuso oppure no la porta dell'abitazione, quindi torna indietro a controllare;

la sera non ricorda di aver spento le luci della taverna;

non ricorda di richiamare gli amici e/o colleghi che gli inviano SMS (riceve il messaggio al cellulare, lo legge e poi chiude, a distanza di giorni dal ricevimento trova nei messaggi salvati gli SMS inviati).

Vista l'incapacità riferita dal paziente, di ricostruzione dell'evento traumatico (incidente stradale), si potrebbe ipotizzare la presenza di un disturbo classificabile come Amnesia sistemica o elettiva.

Rispetto alla data del primo incontro (26.11) due settimane dopo ca. (12.12), secondo il paziente, ci può essere stato un miglioramento delle sue funzioni mnestiche.

Ulteriori e specifici test neuropsicologici andrebbero somministrati per una valutazione con migliori caratteristiche di attendibilità del disturbo, ipotizzato dal paziente e classificato come Amnesia di fissazione o anterograda.

Caso Clinico N7

(M 47 a.)

Genogramma Familiare N.7

Nascono 2 figli (il paz. e la sorella primogenita e maggiore di 4, 5 a. ca.)
 All'età del paz. di 10 a. ca. (e della sorella di 15a.) i genitori si separeranno.
 Il paz. decide di andare a vivere con il padre; potrà trascorrere la fase adolescenziale abbastanza "autonomamente".
 Conclude il liceo scientifico, sostiene qualche esame alla facoltà di giurisprudenza prima di dedicarsi completamente all'imprenditoria.
 All'età di 31a. si coniuga con una ragazza laureata in economia e commercio di Trieste.
 Dopo 3/4 mesi si separerà.
 Inizierà una relazione con l'attuale ex-compagna (34 a. ca.).
 Ed all'età di 35a. perderà la madre, deceduta a 60a. ca. con demenza di Alzheimer.
 Dall'unione con l'ex-partner (alla quale intesterà una palestra)nasceranno 2 figli:
 una bambina attualmente 6,5a. ed un maschietto , 4 a.

Informazioni Nucleo Familiare dell'ex-compagna

La paziente è nata dall'unione della madre, che l'ha partorita all'età di 41a. e nell'ambito del primo rapporto sex e dal padre, il quale all'epoca era vedovo e con già altri 4 figli (3 femmine ed 1 maschio).
 Sembrerebbe che tutti i 4 fratelli avessero "problemi caratteriali";
 e che ci fosse un sospetto di "abuso incestuoso" a carico del padre.
 Viene riferita la presenza di un rapporto simbiotico tra la madre e l'ex-compagna.
 La quale sembrerebbe fosse vissuta fino all'età di 20 a. dal punto di vista familiare come "sotto una campana di vetro"; "la rottura del cordone ombelicale" sembrerebbe fosse stata favorita dalla relazione di coppia instaurata in seguito con il paziente.
 Vengono riferiti problemi "post-partum" collegati al II parto.

Informazioni sul rapporto di coppia

Il paziente riferisce di aver avuto problemi relazionali con l'ex-compagna.
 La quale aveva la tendenza ad esercitare nel suo rispetto, atteggiamenti svalutativi e di "dubbio sulle sue facoltà mentali";
 In passato il paziente si è sottoposto ad una visita oculistica per sconfermare la tesi proferita dalla compagna secondo la quale, le pupille piccole del paz. potevano significare la presenza di una qualche alterazione mentale.
 E' emerso che, attualmente, la bambina di 6,5a. presenterebbe una limitata capacità di identificazione della figura paterna (e con problemi pregressi di enuresi).
 La coppia si sarebbe sottoposta ad incontri psicologici familiari, con scarso esito.
 Diagnosticato come ipomaniacale, al paz. è stato prescritto, dallo Psichiatra che lo ha visto, il Depakin.
 Attualmente i rapporti di coppia si sarebbero aggravati; ed è sempre più intensa l'alleanza tra l'ex- compagna e la madre negli atteggiamenti "denigratori" esercitati nei confronti del paziente.
 La figlia evidenzia un rapporto ambivalente nei confronti del padre (richiede la sua presenza... si rifiuta al telefono ecc.)

Risultati Scala Wais

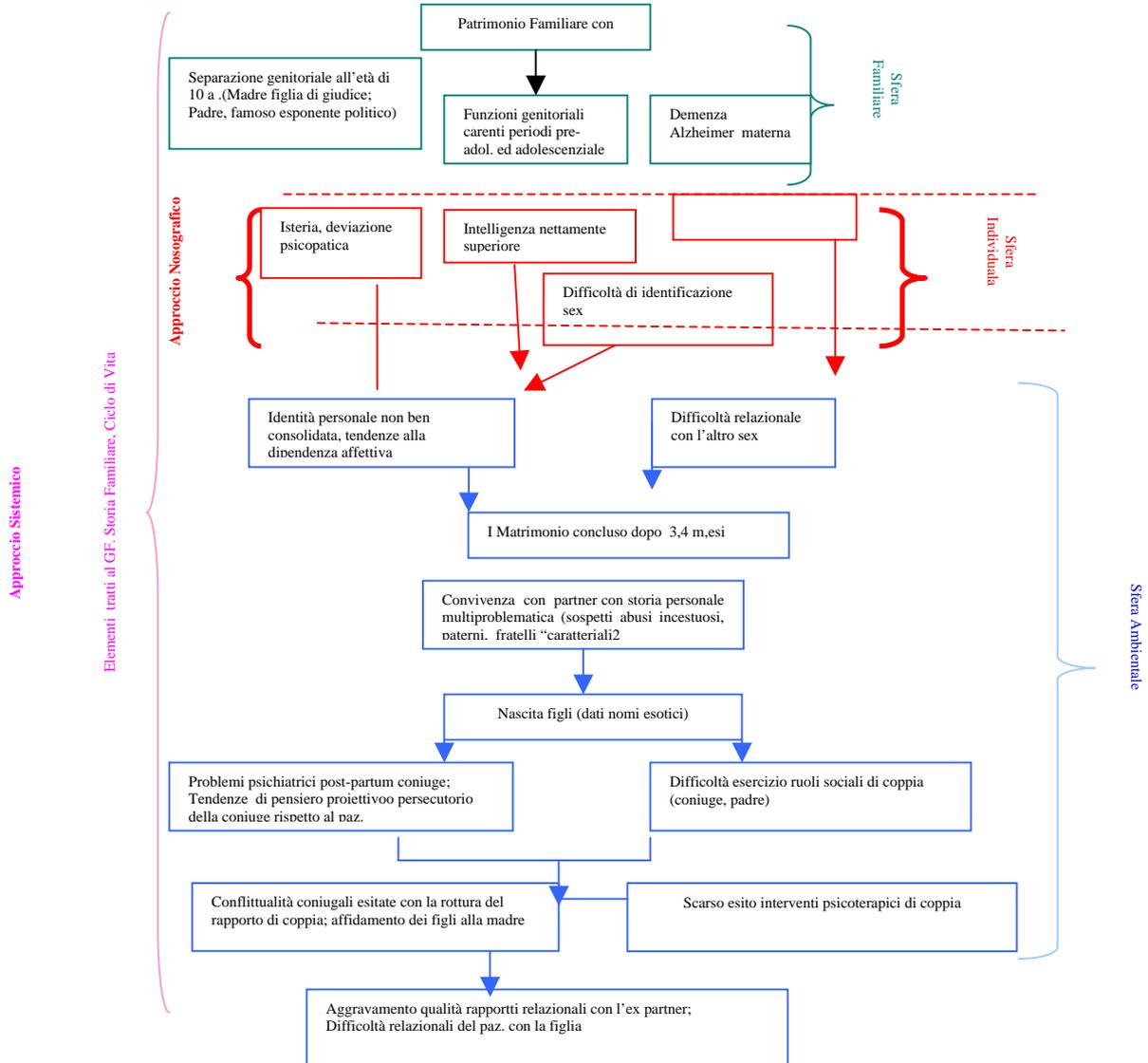
Il paziente è risultato possedere un Quoziente intellettivo pari a 133 classificato secondo i parametri della Scala Wais come Intelligenza nettamente superiore (range 130 e più).
 Come si specifica nella tab. (1) seguente

Tabella 11 - Risultati WAIS

	Punteggio	Q.I.
Scala Verbale	94	Q.I. 135

Parziale soddisfazione affettiva del rapporto con l'oggetto materno (I-VII-IX);
 Rapporto intrapsichico con l'oggetto paterno con possibili note conflittuali (IV).
 Nell'ambito della formazione personologica, emergerebbe inoltre una certa difficoltà di identificazione sex (Tav. II-III-IV-VI-VII)

Figura 7 – Mappa Concettuale Caso Clinico 7



Osservazioni Conclusive

Il paziente è risultato possedere una dotazione intellettuale nella norma; nella norma anche la dotazione affettiva e la funzionalità dei meccanismi difensivi.

Si ipotizza la presenza, nell'ambito della formazione dell'assetto personologico, in epoca infantile ed adolescenziale, di rapporti con gli oggetti genitoriali non pienamente soddisfacenti (assenza di protezione affettiva materna, ambivalenza rapporti figura paterna).

Non pienamente compiuto sembrerebbe il processo riferito all'identificazione sex.

Potrebbe manifestarsi sintomatologia ansiosa rispetto a situazioni giudicate dal paz., con complessità superiore alle personali competenze di fronteggiamento.

Emergono difficoltà relazionali nell'ambito del rapporto di coppia con l'ex-partner, vissute con estrema preoccupazione e sensazioni di inefficacia/inefficienza personali.

Importante l'appoggio psicoterapeutico individuale ed un monitoraggio della coppia "genitoriale" rispetto ai figli , a lungo termine.

Principali evidenze emerse

RISULTATI DELLE INDAGINI PSICODIAGNOSTICHE

La lettura dei risultati testologici ha evidenziato:

- relativamente ai dati della WAIS:

1 Caso con Intelligenza ai limiti della deficitarietà (QI 71), 2 casi con Intelligenza Medio-Inferiore (QI 81; QI 86); 2 casi con Intelligenza Media (QI 103; QI 109), 1 caso con Intelligenza nettamente superiore (QI 133) ed 1 caso con QI non rilevato.

- Relativamente al rapporto diagnostico (nevrosi/psicosi) del MMPI:
4 i Casi con Tendenza Personologica nevrotica, 2 i casi Tendenza Personologica Psicotica (1 Test MMPI non rilevato);
l'interpretazione per punte ha evidenziato:
un caso con Deviazione psicopatica ed introversione sociale; un caso con Depressione, deviazione psicopatica; un caso con Frequenza, Paranoia, Ipomania, Introversione sociale; un caso con Ipocondria, Schizofrenia; un caso con Isteria, Deviazione Psicopatica ed un caso con Menzogna.
- Relativamente alle interpretazioni del Test Rorschach, è emerso
 - un'Ipotesi diagnostica di disturbo borderline di personalità e disturbo del controllo degli impulsi;
 - un' ipotesi di disturbo borderline di personalità e un disturbo di genere
 - un' ipotesi di immaturità personologica ed uso problematico della sostanza alcolica
 - un' ipotesi di tendenze personologiche immature ed antisociali
 - un ' ipotesi di un disturbo di genere e di nevrosi d'angoscia
 - un' ipotesi di insicurezza personologica (basso livello della stima personale), con predisposizione alla sintomatologia ansioso-depressiva
 - un'ipotesi di inibizione ansiosa della propria identità personale, identità di genere.

CONDIZIONE GIUDIZIARIA ATTUALE

La tab. 13 illustra la situazione giudiziaria attuale dei soggetti periziati e le informazioni relative agli esiti dei confronti professionali tra le figure cliniche (psicologo e psichiatra) ed in relazione ai riflessi evidenziati, per alcune situazioni periziali, in ambito giudiziario.

Tabella 13 Condizione giudiziaria attuale

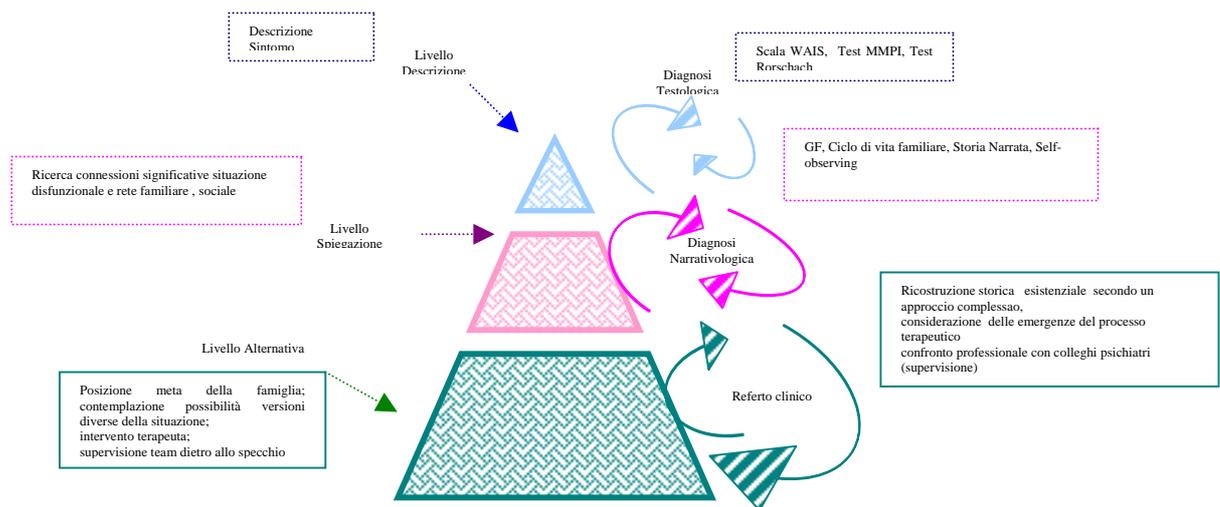
Casi	Situazione giudiziaria	Esiti confronti clinici e pareri giudiziari
N 1	Scarcerato, seguito dal CSM	Il giudice ha accolto favorevolmente, i pareri clinici (psichiatrici e psicologici) predisponendo l'immediata scarcerazione e l'attivazione dei programmi terapeutici a favore dello stesso soggetto. La famiglia ha manifestato la sua soddisfazione per gli esiti giudiziari ottenuti.
N 2	Paziente, agli arresti domiciliari, in attesa di processo a breve	Il giudice, in questo caso, ha considerato la refertazione clinica prodotta a favore della difesa, esaustiva ai fini giudiziari, non ritenendo quindi necessario richiedere il parere clinico alla controparte. Atto giudiziario, considerato "segno" di una prognosi altresì giudiziaria, favorevole.
N 3	Paziente, agli arresti domiciliari, (evade poi rientra) in attesa di processo a breve.	E' emersa, tra i professionisti clinici, la condivisione della prospettiva sistemica nella ristrutturazione storica e di significazione della situazione disfunzionale presentata del soggetto; favorendone l'accordo sul tipo di Programma terapeutico da prescrivere e sul tipo di refertazione da produrre per la Difesa.
N 4	Paziente, indagato, in attesa di processo a breve	L'adesione all'approccio sistemico, nella ricostruzione storica esistenziale del soggetto periziato, ha favorito nei professionisti (psicologo, psichiatra) la possibilità di una migliore comprensione dei nessi di significato connettenti i "comportamenti disfunzionali" nell'ambito della storia familiare del soggetto; con relativa condivisione della modalità di refertazione; accolta dalla Difesa.
N 5	Paziente inserito nei programmi terapeutici alcolologici, in attesa di sentenza	Per quanto riguarda il presente caso, è stata ritenuta necessaria, la prescrizione di una serie di programmi di monitoraggio e verifica alcolologici, con la sospensione temporanea della certificazione richiesta (liberatoria per uso di armi).
N 6	Paziente in attesa di soddisfazione delle aspettative di risarcimento del danno biologico	In questo caso, l'approfondimento globale storico-clinico della situazione individuale, ha fatto emergere determinati elementi che in accordo con lo Psichiatra, sono risultati condizionare, sottostimando rispetto alle aspettative familiari, il livello di gravità del disturbo oggetto di contrattazione legale.
N 7	Da verificare	La modalità psicologica di considerazione della situazione familiare, è risultata essere stata favorevolmente accolta ed accordata dal collega professionista.

OSSERVAZIONI CONCLUSIVE

L'Efficacia di un Linguaggio "condivisibile".

Si potrebbe ipotizzare l'esistenza di una certa connessione, tra le distinzioni di linguaggio utilizzato dai diversi approcci clinici (sistemico, nosografico-classificatorio) ed i principali assunti teorici del metodo psicoterapico del Reflecting Team; in considerazione della differenziazione evidenziata tra i livelli di profondità di analisi e delle situazioni cliniche considerate e tra i livelli di profondità di impegno terapeutico richiesto, nell'ambito delle varie relative fasi terapeutiche (Fig. 9).

Figura 9 – Schema sui Livelli di profondità nelle diagnosi e nelle fasi terapeutiche



Nello specifico, il suddetto metodo del Reflecting Team, distingue tre principali livelli di lavoro terapeutico:

◆ *Livello descrizione*

Il terapeuta attraverso l'uso delle domande chiede alla famiglia di "descrivere la situazione sistomatologica".

In questo caso, l'etichetta nosografico-diagnostica emersa dai principali test psicodiagnostici, potrebbe venire considerata quale "punta dell'iceberg" visibile rispetto all'invisibile dell'esistenza individuale, l'involucro della scatola nera rispetto ai contenuti interni; ossia fornisce una descrizione superficiale, scarna, asettica, delle componenti disfunzionali della storia di un individuo.

◆ *Livello spiegazione*

La fase terapeutica prevede la richiesta alla famiglia da parte del terapeuta di fornire una spiegazione sulla descrizione appena effettuata.

La contestualizzazione delle informazioni storiche, del ciclo di vita familiare, dal GF (Genogramma Familiare) attraverso la considerazione di connessioni dotate di significato e di logica, all'interno della complessa rete (biopsicosociale) esistenziale dell'individuo, offre una modalità efficace per individuare e significare la funzione del sintomo, della disfunzione, del problema.

◆ *Livello-alternativa*

La fase suddetta permette alla famiglia di porsi in posizione meta rispetto a se stessa e favorisce la possibilità di contemplare l'esistenza di versioni diverse della situazione esistenziale portatrice di sofferenza. Intervento del terapeuta e del team dietro lo specchio.

La modalità di refertazione clinica stilata in considerazione di un approccio epistemologico complesso, e valorizzata, impreziosita dagli impulsi, segnali emozionali, emersi dal processo terapeutico, potrebbe costituire un canale di trasmissione elettivo degli elementi peritali in essa contenuti.

I processi emergenti dal confronto professionale, tra diverse figure professioniste potrebbero fungere da ulteriore fonte di arricchimento, di approfondimento, della situazione periziale, “promovendo la creazione di eigen-value²² attorno cui si consolidano nuove storie possibili”. (Frison R. '04, pp 575)

L'approccio sistemico permette quindi di identificare una modalità adeguatamente esplicativa per:

- favorire il passaggio, come in un continuum, da un tipo di classificazione tecnica (etichetta giudiziaria) della situazione individuale, ad un tipo di classificazione che potremmo definire “*disease-oriented*” (etichetta psichiatrica) fino a giungere ad un tipo di classificazione globale che tende a *significare* ogni dimensione esistenziale di una persona (contesto biopsicosociale);
- a permettere quindi di giustificare efficacemente la traduzione del linguaggio giudiziario in un linguaggio clinico ed in un linguaggio del senso comune;
- al fine di orientare, motivare in modo sufficientemente utile gli organi giudiziari e/o gli organi preposti al giudizio, all'utilizzo di un approccio metodologico di esame dei casi peritali, che preveda livelli di analisi più profondi e complessi.

²² Concetto secondo cui “in un'epistemologia che include l'osservatore (circolare, chiusa) gli oggetti appaiono come segni di comportamento stabili (gli Eigen-value, ovvero i significati stabili) (Frison R. '04 pp574).

IL LINGUAGGIO ANALOGICO E LE RAGIONI DEL CUORE

“La perizia sistemica complessa parte dal presupposto che l'operazione di valutazione e diagnosi è una componente di una conversazione complessiva fra le parti e dunque di per sé tendente ad una attribuzione di significato evolutivo e mediatore. In sostanza l'operazione peritale tende a contenere al proprio interno gli elementi cardine che permettono al Giudice di assumere decisioni con competenza e nel rispetto del benessere e ben-stare del cliente”. (Mariotti M. '04/2).

“Sia la psicoterapia che la mediazione - sistemiche - assumono quindi un grande valore simbolico ed emancipativi creando senso e considerando le differenze come risorse ed opportunità (Bossoli F., '04).

Gli approcci sistemici “del costruttivismo e della narrativa, inoltre, con l'enfasi sulla parola come significante complesso della ontologia, permettendo una processazione diversa dal linguaggio digitale, offrono la possibilità di connettere tra loro le descrizioni effettuate ai vari livelli, costruendo nuove storie senza sintomi, là dove possibile, e quando condivise” (Mariotti M. '93).

Il problema fondamentale del terapeuta, così come dell'umanità, è la ricerca della grazia ed il problema della grazia è fondamentalmente un problema di integrazione (Bateson G. '72 in Giarelli MT '04).

“Ciò che si deve integrare sono le diverse parti della mente-specialmente quei molteplici livelli di cui un estremo è detto coscienza l'altro inconscio. Perché si possa conseguire la grazia, le ragioni del cuore devono essere integrate con le ragioni della ragione” (Giarelli MT, '04).

Dice Antoine De Saint-Exupery: "*Non si vede bene che col cuore.....*"

Il linguaggio analogico, il linguaggio iconico, il linguaggio metaforico e simili possono essere considerati tra i migliori canali di comunicazione per giungere *all'emisfero dx* (area del SNC considerata elettiva per la sfera emozionale, affettiva, "*del cuore*") del destinatario .

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

1. Appunti ('00-'04) delle lezioni teoriche della d.ssa M.T. Giarelli, ISCRA .
2. Anzieu D. (1990) "Il Gruppo e l'Inconscio", Ed. Borla Città di Castello (Pg) .
3. Altavilla E. (1929), Psicologia giudiziaria, Unione Tipografico Editrice Torinese, Torino, 19, II ed.
4. Altavilla E. (1948), Psicologia giudiziaria, Unione Tipografico Editrice Torinese, Torino, III ed.
5. Andersen T. (1980) "Il Reflecting team: dialogo e metadiologo nel lavoro clinico" Centro Milanese di T. della Famiglia Boll. N.17 – pp15-29.
6. Andreoli V. (1999) Lezione: La perizia psichiatrica, Scuola di Specializzazione in Psichiatria Forense dell'Università del Sacro Cuore di Roma. 7 maggio .
7. Bandini T.(1981) "La valutazione psichiatrico-forense della pericolosità" Rass. Criminol. 55.
8. Baranger M., Baranger W, "La situazione analitica come campo dinamico" testo omonimo Ed. Cortina pp27-69.
9. Bassoli F., Frison R. (1996) "Processi e dinamiche nell'approccio sistemico-relazionale" Maieutica n.4-5 Iskra Modena, ITFF Firenze
10. Bassoli F., Frison R. (1998) "L'arte del Corago. Un modello sistemico e relazionale nella riabilitazione psichiatrica" Franco Angeli, Milano
11. Bassoli F, Frison R., Rossi G. (1999) "Mamme insieme: esperienze con gruppi di madri di giovani ospiti di un centro diurno psichiatrico" in C. Loriedo, D. Solfaroli Camillocci, M. Micheli (a cura di) Genitori individui e relazioni intergenerazionali nella famiglia, Franco Angeli pp 696-704
12. Bassoli F., Mariotti M., Frison R.(2001) "Mediazione sistemica" Edizioni sapere
13. Bassoli F., Frison R., Mariotti M. (2002) "I Fondamenti del paradigma sistemico-relazionale" quaderni di Maieutica, ISCRA Modena, ITFF Firenze, n.1
14. Bassoli F. (2004) "I principi sistemici della psicoterapia e della mediazione" in Mariotti M., Bassoli F., Frison R. "Manuale di Psicoterapia sistemica e relazionale" Edizioni Sapere pp31-48.
15. Bateson G. (1972) "Verso un'ecologia della mente" 1989, Adelphi Milano,
16. Bateson, G (1979) Mind and nature: Anecessary unity, New York, Dutton (Trad. it. Mente e natura. Milano, Adelphi, 1984).
17. Benn, A., Brady, C. (1994). "Forensic Report Writing" in M. McMurrin & C. Hodge (Eds) The Assessment Of Criminal Behaviour In Secure Settings. (127-138) London: Jessica Kingsley Publishers.
18. Bettelheim, B. (1967) L'amore non basta. Milano, Ferro Edizioni.
19. Boscolo L., Bertrando P. (1996) "Terapia Sistemica Individuale" Cortina, Milano.
20. Boscolo L., Bertrando P.(1993)"I tempi del tempo" Bollati Boringhieri , Torino
21. Boscolo L., Cecchin G. (1988) "Il problema della diagnosi dal punto di vista sistemico" Psicobiettivo vol. 3.
22. Bruno F., De Pasquali P. , Bona (1993) Report on the Italian System in a forensic psychiatric perspective, UNICRI United Nations Interregional Crime and Justice Institute International comparative study Pathways management of mentally ill offenders in the criminal justice system.
23. Cappello F. (2003) "La Psicologia Giuridica nelle riviste scientifiche italiane" Psicologia e Giustizia, Anno 4 N.2 Lug.-Dic.
24. Capri P. (2002) "Ruoli e funzioni in ambito peritale. Collaborazioni e contaminazioni" Associazione Italiana di Psicologia Giuridica Newsletter n.11 Ottobre pp 3-6.
25. Capri P. (2003) "I test proiettivi in ambito forense. Considerazioni e suggerimenti" Associazione Italiana di Psicologia Giuridica Newsletter n.17 Aprile, pp 5-8.
26. Capri P. (2004) "Considerazioni cliniche e valutazioni in ambito peritale" Associazione Italiana di Psicologia Giuridica Newsletter n.15 Dicembre pp 5-8.
27. Castellani R., Correani R. (1983) "Ospedale Psichiatrico Giudiziario: Sottosistema penitenziario" in Rass. Penit. e Criminol. 1983 II 787.
28. Catanesi R., Bellomo A.(1996) "Dual disorders: dalla diagnosi clinica alla valutazione psichiatrica-forense" in Riv. It. Med. Leg. 31.
29. Ceruti M., Lo Verso G. (1998) "Sfida della complessità e psicoterapia. In: Ceruti M., Lo Verso G. (a cura di): Epistemologia e psicoterapia. Complessità e frontiere contemporanee" Cortina, Milano, pp. 1-29.

30. Cigoli V., Mariotti M. (2002) "Il medico, la famiglia e la comunità –l'approccio biopsicosociale alla salute e alla malattia" Franco Angeli, Milano
31. Collier J. (2004) "What is Autonomy?" in www.newcastle.edu.au/department/plStaff/JohnCollier/collier.html
32. Collins, J. M., Hunter, J. E. (2001). Problems with the WAIS Intelligence Test 1938 - 1997. Symposium Presentation at the Annual Conference of the Society for Industrial and Organizational Psychologists, San Diego, April.
33. Cresci N., Mosticoni R., Mosticoni S. (1992) Limiti della valutazione testologica (MMPI) in ambito psichiatrico medico legale. *Psichiatria e Psicoterapia analitica*, 4, 149-151
34. De Leo G. (1996) *Psicologia della responsabilità*, Laterza, Roma-Bari
35. Dennett D.C. (1993) "Review of F. Varela, E. Thompson and E. Rosch, *The Embodied Mind*," *American Journal of Psychology*, 106, 121-6.
36. de Saint-Exupéry A. M. R. "Il piccolo Principe" http://digilander.libero.it/Gretablu/il_piccolo_principe/pp00.html
37. Di Nuovo S. (2004) *Devianza criminale e/o psicopatologica aree di sovrapposizione e ruolo della valutazione psicologica disponibile on line.*
38. Fassino S, Amianto F, Levi M, Rovera GG.(2003) Combining the Rorschach test and the Temperament Character Inventory: a new perspective on personality assessment. *Psychopathology*. Mar-Apr;36(2):84-91
39. Ferreria A.J. (1978) "Miti Familiari" in P. Watzlawich, Weakland "La prospettiva relazionale" Astrolabio, Roma
40. Flanagan, D.P., McGrew, K.S., & Ortiz, S.O. (2000). *The Weschler Intelligence Scales and Gf-Gc theory*. Boston, MA: Allyn and Bacon.
41. Fornari U.(1989) "Compendio di psichiatria forense" UTET Torino.
42. Frison R. (a cura di) (2004) con i contributi a cura di Barca M., Gaburro E., Lalumera L., Preti S., Puzone P., Rossi C., Sicuri A., Tedoldi T., Vaccari M., Zamorani M. "Il fil rouge epistemologico da Bateson ai nuovi modelli della seconda cibernetica – Epistemologia cibernetica" in Frison R. (a cura di) "Fondamenti Teorici per l'Approccio sistemico-Relazionale", in Mariotti M., Bassoli F., Frison R. "Manuale di Psicoterapia sistemica e relazionale" Edizioni Sapere pp435-601
43. Fruggeri, L (1990) Dalla individuazione di resistenze alla costruzione di differenze. *Psicobiettivo*, 3, pp. 29-46.
44. Fruggeri L., Telfener U., Castellucci A., Marzari M., Matteini M. (1991) *New systemic ideas from the italian mental health movement*. London, Karnac Books
45. Fruggeri L., Matteini M. (1992) Le strane vacanze di Carlo ovvero i pregiudizi del terapeuta. *Attraverso lo Specchio: Rivista di Psicoterapia Relazionale*, 32-33-34, pp. 47-60.
46. Fruggeri L. (1992) Therapeutic process as the social construction of change. In S. McNamee, K. Gergen (eds) *Therapy as social construction*. London, Sage, pp. 40-53 (Trad. it. *La terapia come costruzione sociale*. Milano, Angeli, 1998).
47. Fruggeri L. (1994) La ricerca sociale come processo di interazione. In S. Manghi (a cura di) *Attraverso Bateson: ecologia della mente e relazioni sociali*. Milano, Anabasi, pp. 87-102.
48. Fruggeri L. (1995) Il coordinamento interpersonale di azioni e significati nelle dinamiche di stabilizzazione. In M. Bianciardi, U. Telfener (a cura di) *Ammalarsi di psicoterapia*. Milano, Angeli, pp. 141- 160.
49. Fruggeri L., Marzari M., Matteini M., Castellucci A., "Servizi pubblici e terapia sistemica: teorie e tecniche nell'incontro con le famiglie" in AS Gurman, DP Kniskern (a cura di) (1995) *Manuale di Terapia della Famiglia*" Bollati Boringhieri, Torino.
50. Fruggeri L. (1997) *Famiglie. Dinamiche interpersonali e processi psico-sociali*. Roma, La Nuova Italia Scientifica.
51. Fruggeri L. (2003) "Embricazione " in Telfener U., Casadio L. (a cura di) "Sistemica - Voci di complessità" Bollati Boringhieri , Torino.
52. Fruggeri L. (2004) *Costruzioni sociali e vincoli biologici*, '04, www.spaziopiu.it/sirts/opinioni/Fruggeri.html
53. Gadamer HG (1983) "Verità e Metodo" Bompiani Milano
54. Gallino, L(1987), *L'attore sociale: Biologia, cultura e intelligenza artificiale*, Torino, Einaudi.
55. Giannini I. (2004) *Rilevanza degli accertamenti psichiatrici nel giudizio di prognosi criminale*" crimine.info/public/criminologia/articoli/accertamenti_psichiatrici.htm

56. Giannini I (2004) Il contributo della psichiatria forense nell'accertamento della pericolosità sociale www.crimine.info/
57. Giarelli MT (2004) "La pratica psicoterapeutica individuale in infanzia, preadolescenza, adolescenza" in M. Mariotti, F. Bassoli, R. Frison "Manuale di Psicoterapia sistemica e relazionale" Edizioni Sapere, Padova pp155-170
58. Gigliotta O., Invoglia S., Di Maria R., "Linee guida per la stesura del progetto e del resoconto finale di una ricerca" Dipartimento di Psicologia di Palermo
59. Giuliani C., Fiore A., Lenassi P., Zorzut, G., (2001) "Ideazione suicidaria nell'alcolismo: analisi di dieci casi secondo l'epistemologia sistemica", XVII Congresso Nazionale Società Italiana di Alcolologia (SIA), "L'alcol dalla prevenzione alla terapia: evidenze scientifiche nuove", Roma, 24-26 ottobre 2001, Alcolologia supp. Vol. XIII N.2 Maggio-Agosto pp192.
60. Gregory, R.J. (1999). Foundations of intellectual assessment. Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.
61. Gullotta G. (a cura di) (1987), Trattato di psicologia giudiziaria nel sistema penale, Giuffrè, Milano
62. Gullotta G. (1993), Modelli di analisi della comunicazione, in A. Quadrio, D. Pajardi, (a cura di), Interazione e comunicazione nel lavoro giudiziario, Giuffrè, Milano, 155-161
63. Gullotta G. (a cura di) (1995), La scienza della vita quotidiana, Giuffrè, Milano
64. Gullotta G. e coll. (2000), Elementi di psicologia giuridica e di diritto psicologico, Giuffrè, Milano
65. Jantsch E., (2003) in F. Varela, E. Jantsch, B.P. Keeney, M. Ceruti, Krippendorff (curatori) Autopoiesi/Allopoiesi (Autopoiesis/Allopoiesis Autopoiesis/Allopoiesis) in G. Bocchi, M. Ceruti Krippendorff "Autorganizzazione" in U. Telfener, L. Casadio (a cura di) "Sistemica - Voci di complessità" Bollati Boringhieri, Torino pp131.
66. Hansen PE, Schmidt JE. (1999) Psychiatric observations 1986-1993. Sygehus Fyn, Middelfart, the unit of forensic psychiatry Ugeskr Laeger. Mar 22;161(12):1770-4.
67. Hathaway S.R. McKinley J.C. (1943) The Minnesota Multiphasic Personality Schedule. Minneapolis: University of Minnesota Press.
68. Hibbard S. (2003) "The scientific status of projective techniques". J Pers Assess. Jun;80(3):260-71.
69. Hillman J. (1983) "Le storie che curano" Cortina, Milano
70. Howe R., Foerster von H (1975) "Introductory comments to Francisco Varela's calculus for self-reference" Int. J. General Systems 2, 1-3
71. Keeney BP (1979) "Epistemologia ecosistemica: un paradigma alternativo per la diagnosi" Vers. Or. In Family Process vol.18 n.8
72. Keeney BP (1983) "Strumenti epistemologici per la terapia familiare" in M. Malagodi Togliatti, U. Telfener U (a cura di) "La Terapia Sistemica" Astrolabio, Roma pp54-73
73. Keeney BP (1985) "L'estetica del cambiamento" Astrolabio, Roma '85
74. Josi E., Calevi S., Malagodi Togliatti M. (1999) "Il Genogramma: un possibile strumento di ricerca?" in C. Loriedo, D. Solfaroli Camillocci, M. Micheli (a cura di) Genitori individuali e relazioni intergenerazionali nella famiglia, Franco Angeli, Milano pp 917-919.
75. Lang M., Nosengo C., Xella CM (1996) "La scala Wais - uso clinico e valutazione qualitativa" Raffaello Cortina, Milano
76. Lewontin RC Gene organism and environment in DS Brndal ed. Evolution from molecules to men Cambridge University Press Cambridge pp273-86 1983.
77. Lalli N., Mazzoni S. (2004) Ricerche sulla psicoterapia in ambito pubblico: cinque ricerche a costo zero. w3.uniroma1.it/scienze/psic/saluteterapeuta.html
78. Lanotte A., Capri P. (1997) "Test proiettivi in ambito giudiziario: limiti e possibilità di utilizzo" in L. de Cataldo-Neuburger (a cura di.) Abuso sessuale di minore e processo penale: ruoli e responsabilità - ISISC, Cedam Padova
79. Lees-Haley P.R. (1992) Psychodiagnostic test usage by forensic psychologists, American Journal of Forensic Psychology, 10, I, 25-30.
80. Lenassi P. (2002) "Il Gioco d'Azzardo: aspetti clinici e terapeutici" Percorsi di Integrazione Anno XI N1 Estate, Cooperativa di Studio e Ricerca Sociale Marcella, Lurago Marinone (Como) pp34-45.
81. Lewis JL, Simcox AM, Berry DT. (2002) Screening for feigned psychiatric symptoms in a forensic sample by using the MMPI-2 and the structured inventory of malingered symptomatology. Psychol Assess. Jun;14(2):170-6.

82. Lewontin RC (1993) *Biologia come ideologia*, Bollati Boringhieri Torino
83. Linee guida deontologiche per lo psicologo forense; Approvate dal Consiglio Direttivo dell'Associazione Italiana di Psicologia Giuridica a Roma il 17 gennaio 1999 e dall'Assemblea della stessa associazione a Torino il 15 ottobre 1999.
84. Lis A., Zennaro A. (1997), *Metodologia della ricerca in psicologia clinica*, Nis, Roma.
85. Longano E., Mandressi S. (2004) *Difesa del Rorschach in tribunale: un'analisi dell'ammissibilità attraverso l'uso di Standard Legali e professionali* www.aipgitalia.org/articoloestero.htm -
86. Lucas C. (2003) *Emergence and Evolution - Constraints on Form Paper V1.4 June, original August 1997*).
87. Malagodi Togliatti M., Telfener U. (1983) (a cura di) "La Terapia Sistemica" Astrolabio, Roma
88. Malagodi Togliatti M, Telfener U. (a cura di) (1991) "Dall'individuo al Sistema, manuale di psicopatologia relazionale" Bollati Boringhieri, Torino
89. Manghi, S., (1995) "Corpo e destino: La tramavivente dell'attore sociale", in P. Borgna (a cura di) *Corpi in azione: sviluppi teorici e applicazioni di un modello dell'attoresociale*, Torino, Rosenberg & Sellier,, pp. 89-136.
90. Manghi, S., "Sociobiologia", in *Enciclopedia delle scienze sociali: Vol.VIII*, Roma, Istituto della Enciclopedia Italiana, in stampa.
91. Mariotti M. (1993) *I templi della Psicoterapia Maieutica - Volume 1*
92. Mariotti M., de Bernart R., Frison R. (2000) *Maieutica N.12-13-14 dic.'99-giu.-dic.'00*, Iskra Modena, ITFF, Firenze.
93. Mariotti M. (2002) "Il lavoro di equipe per migliorare la salute della famiglia" in V. Cigoli , M. Mariotti "Il medico, la famiglia e la Comunità – l'approccio biopsicosociale alla salute e alla malattia" Franco Angeli, Milano, pp161-170.
94. Mariotti M. "Apprendere la psicoterapia sistemico-relazionale. Un percorso teorico-pratico" *Quaderni di maieutica N.2-3 anno 2003-2004* ISkra Modena- ITFF Firenze
95. Mariotti M., Bassoli F., Frison R. (2004) "Manuale di Psicoterapia sistemica e relazionale" Edizioni Sapere, Padova
96. Mariotti M. (2004)/1 "Un Modello Teorico-Clinico di Psicoterapia Sistemico-Relazionale", in Mariotti M., Bassoli F., Frison R. "Manuale di Psicoterapia sistemica e relazionale" Edizioni Sapere, Padova pp49-110
97. Mariotti M. (2004)/2 *Modelli operativi di Counselling Sistemico Maieutica*.
98. Mariotti M.(2004)/3 *Epistemologia e Counselling Maieutica*
99. Marquart, J.M. (1992). *Developing quality in mental health services: Perspectives of administrators, clinicians, and consumers*. Paper presented at the Annual Conference of the American Evaluation Association, Seattle, WA.
100. Marquez H. (1996) "Il Metodo Clinico" Seminario annuale su *Introduzione al Metodo Clinico*, ARPA Associazione di Ricerca clinica nel campo della Psicanalisi Applicata, Gorizia.
101. Martello P., Morelli U. "Emergenze (Emergence, Emergenz) in U. Telfener, L. Casadio (a cura di) (2003) "Sistemica - Voci di complessità" Bollati Boringhieri, Torino pp301-03.
102. Martello P., Morelli U., Bertrando P. "Valutazione (evaluation, wertung/bewertung) in U. Telfener , L. Casadio L. (a cura di) (2003) "Sistemica - Voci di complessità" Bollati Boringhieri , Torino pp541-547.
103. Mastronardi V. (2002) *Documentario: comunicazione disfunzionale in famiglia e devianza '02* sopsi.archicoop.it/congres/cong_2002/s/sim_ven14.htm
104. Maturana, H. (1988) *Reality: The search for objectivity or the quest for a compelling argument*. The Irish Journal of Psychology, 9, 25-82.
105. Maturana, H., Varela, F., (1980) *Autopoiesis and cognition: The realization of the living*, Dordrecht, Holland, Reidel, (Trad. it. *Autopoiesi ecognizione: La realizzazione del vivente*, Venezia, Marsilio Editore, 1985).
106. Maturana, H., Varela, F., (1987) *Elarbol del conocimiento*, Santiago del Chile, Editorial Universitaria, 1984 , The Tree of Knowledge: The Biological Roots of Human Understanding Boston: Shambhala (Trad. it. *L'albero della conoscenza*, Milano, Garzanti, 1987).
107. McGoldrick M., et al. in Lucchini A. (2001) "La diagnosi nei disturbi da uso di sostanze" Franco Angeli, Milano pp336-353
108. McGoldrick M., Gerson R. (1985) "Genograms in Family assessment" Norton London-New York.

109. McGrath RE (2003) Enhancing accuracy in observational test scoring: the comprehensive system as a case example. *J Pers Assess.* Oct;81(2):104-10.
110. Meyer GJ, Archer RP.(2001) The hard science of Rorschach research: what do we know and where do we go? *Psychol Assess.* Dec;13(4):486-502.
111. Montagnano S., Pazzagli A.(1989) "Il genogramma. Teatro di alchimie familiari Milano, Franco Angeli
112. Morin E. (1977), *Il Metodo. Ordine, disordine, Organizzazione* Feltrinelli, Milano
113. Morin, E.(1980) *La méthode II:La vie de la vie*, Paris, Seuil (Trad. it. *La vita della vita*, Milano, Feltrinelli, 1987).
114. Mosticoni R. , Tondo L. (1991) Indicazioni e limiti di applicazione di test psicodiagnostici. In M.G.Carta (a cura) *La Valutazione in Psichiatria*. Cagliari: Saredit.
115. Novak JD (2001) "L'apprendimento significativo. Le mappe concettuali per creare e usare la conoscenza (Titolo originale: Learning, creating and using knowledge: Concept Maps™ as facilitative tools in schools and corporations" Lawrence Erlbaum Ass. Inc. Mahwah NJ 1998) Ed. italiana Erickson, Trento.
116. Onnis L. (1996) "Emozioni e relazione terapeutica – una prospettiva di complessità" in Andolfi Angelo de Nicielo (a cura di) *Sentimenti e Sistemi* Cortina Milano
117. Onnis L. (1996) "La narrazione analogica – l'uso del linguaggio metaforico nella psicoterapia sistemica" *Psicobiettivo* 16, 3 – 1996 pp17-3
118. Pandit N. R. (1997), *The Creation of Theory: A Recent Application of the Grounded Theory Method*. *The Qualitative Report*, Vol.2, Num. 4, December.
119. Pascal Blaise (1996) "La ragione e le ragioni del cuore. Il memoriale e 108 pensieri" San Paolo Edizioni
120. Petroskey LJ, Ben-Porath YS, (2003) Stafford KP. Correlates of the Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 (MMPI-2) Personality Psychopathology Five (PSY-5) scales in a forensic assessment setting. *Assessment*. Dec;10(4):393-9.
121. Raine A. (1997) *The psychopathology of crime. Criminal behavior as a clinical disorder*. London: Academic Press.
122. Ricolfi L, (a cura di) (1997), *La ricerca qualitativa*, Nis, Roma.
123. Sartori G. (1999) "Introduzione alla Neuropsicologia in ambito forense" digilander.libero.it/riabilitaneupsy/fntn99.htm
124. Sluzki C.E. (1982) "The better formed story" *Charter* (in italiano) in F. Bossoli, M. Mariotti G. Cecchin, (eds) (1992) "L'adolescente ed i suoi sistemi" Kappa, Roma.
125. Sluzki C.E.(1995) "Gli eigen-value delle storie. Omaggio a Heinz von Foerster" in *Connessioni* n..11, dicembre.
126. Sluzki C.E. (1999) "Punti di attrazione inconsueti e trasformazioni narrative in terapia familiare" *Terapia Familiare* n.61 1 pp 25-47.
127. Sluzki, CE (2001) " Clinical research and the Third World" (Editorial). *American Journal of Orthopsychiatry* , 71(3):276-7, 40c.
128. Spazzapan B. (2004) (comunicazione) *Il lavoro dello psichiatra in ambito forense*, Gorizia.
129. Spazzapan B., Lenassi P. (2004) "An overview of the activity of the addiction units in Friuli Venezia Giulia" 2nd Croatian Conference on Alcoholism and other Addictions, 6th Alpe-Adria Conference on Alcoholism Abbazia 1-3 ottobre, Book of Abstracts pp7-8;
130. Telfener U. "Il rapporto terapeuta-paziente, ovvero il sistema osservante" in M. Malagodi Togliatti, U. Telfener (1995) "Dall'individuo al Sistema" Boringhieri , Torino pp21-30
131. Ugazio V. (a cura di) (1988), *La costruzione della conoscenza*, Angeli, Milano.
132. Telfener U., Casadio L. (a cura di) (2003) "Sistemica - Voci di complessità" Bollati Boringhieri Torino
133. Telfener U., Krippendorff K., Foerster von H. Autoreferenza (self reference, selbstreferenz) in U. Telfener , L. Casadio (a cura di) (2003) "Sistemica - Voci di complessità" Bollati Boringhieri, Torino pp133-134
134. Telfener U.: Epistemologia e clinica, un rapporto inevitabile. In: GP Lombardo, M. Malagoli Togliatti (a cura di): (1995) *Epistemologia in psicologia clinica*. Boringhieri, Torino, pp. 246-257.
135. Terenzi P., Mariotti M. (2001) "Mediazione penale e abuso all'infanzia" in Bassoli F., Mariotti M., Frison R. "Mediazione sistemica" Edizioni sapere , Padova pp193-211
136. Testa M.(2003) "Indizi di menzogna" *Psicologia e Giustizia* Anno 4, numero 1 Gennaio – Giugno

137. Varela, F. (1971) Self-consciousness: Adaptation or epiphenomenon? *Studium Generale* 24:426-439.
138. Varela, F., H. Maturana, R. Uribe (1974) Autopoiesis: The organization of living systems, its characterization and a model, *Biosystems* 5:187-196.
139. Varela, F. J., Johnson, D. (1976) On observing natural systems. *The CoEvolution Quarterly*, Summer, 26-31.
140. Varela, F. (1976) Not one, not two, *The CoEvolution Quarterly*, No. 12, pp.62-67.
141. Varela, F. (1979) *Principles of Biological Autonomy* Elsevier/North-Holland, New York, 306 pp.
142. Varela F. "Explanation" in von Foerster H (a cura di) (1974) *Cybernetics of Cybernetics*, Biological Computer Laboratory; University of Illinois, Urbana.
143. Vetere C. (2003) "L'uso del Genogramma storico-geografico in contesto riabilitativo" in "Storie che curano persone che curano storie" *Maieutica* N.17-18-19-20, Dic. IS CRA Modena, ITFF Firenze
144. Viglione DJ, Hilsenroth MJ. (2001) The Rorschach: facts, fictions, and future. *Psychol Assess.* Dec;13(4):452-71.
145. Von Foerster H., (1998) "Giornate di supervisione" Roma in U. Telfener, L. Casadio (2003) "Sistemica - Voci di complessità" Bollati Boringhieri pp 78
146. Watzlawick P., Beavin JH, Jackson DD (1973) "La pragmatica della comunicazione umana" Roma, Astrolabio.
147. Weiner IB. (2001) Advancing the science of psychological assessment: the Rorschach Inkblot Method as exemplar. *Psychol Assess.* Dec;13(4):423-32.
148. Weschler, D. (1939). *The measurement of adult intelligence*, 1st ed., Baltimore, MD: Waverly Press, Inc.
149. Weschler, D. (1944). *The measurement of adult intelligence*, 3rd ed., Baltimore, MD: The Williams & Wilkins Company.
150. White M. (1992) "La terapia come narrazione. Proposte cliniche" Astrolabio, Roma
151. Wood JM, Lilienfeld SO, Nezworski MT, Garb HN (2001) Coming to grips with negative evidence for the Comprehensive System for the Rorschach: a comment on Gacono, Loving, and Bodholdt, Ganellen and Bornstein, *Journal Personality Assessment* Aug;77(1):4
152. Zillmer EA, Ball JD, Fowler PC, Newman AC, (1991) Stutts ML. Wechsler Verbal-Performance IQ discrepancies among psychiatric inpatients: implications for subtle neuropsychological dysfunctioning. *Arch Clin Neuropsychol.* 1;6(1-2):61-71

Immagini in copertina, tratte da:

Dipartimento di Salute Mentale - U.S.L. 19 Asti Centro d'Incontro e di Attività Terapeutiche <http://www.geocities.com/Athens/Styx/7684/psychart4b.html> (1ma immagine- *situazione disfunzionale*); <http://www.psicologiagiuridica.com> (2 da immagine - *ottica giudiziaria -*); Alessandro Vallarino, 1999 www.geocities.com/Athens/Styx/7684 (3za immagine - *ottica medico-clinica -*); <http://www.calresco.org/action.htm> (4 ta Immagine - *ottica sistemica -*)