

**Rassegna di Psicoterapie.
Ipnosi. Medicina
Psicosomatica.
Psicopatologia Forense.**



**Periodico quadrimestrale a carattere scientifico
UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI ROMA "LA SAPIENZA"**

**VOLUME 10 – N. 3
Settembre – Dicembre 2005**

Periodico quadrimestrale a carattere scientifico di proprietà della UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI DI ROMA "LA SAPIENZA"

Insegnamento di Psicopatologia Forense
(Dipartimento di Scienze Psichiatriche e
Medicina Psicologica), Università di Roma
"La Sapienza" .

Direttore responsabile:
Vincenzo Mastronardi

Direzione Scientifica onoraria:
**Franco Granone e Antonio Maria
Lapenta**

Capo Redattore:
Maria Tosello

Direttore Organizzativo:
Matteo Villanova

**Gli elaborati vanno inviati al Prof.
Vincenzo Mastronardi** Dipartimento di
Scienze Psichiatriche e Medicina
Psicologica, Università "La Sapienza", P.le
Aldo Moro, 5 - 00185 Roma - Fax:
06/49912268

Comitato Redazionale:
**M. Calderaro, A. Bormioli, F. Donvito,
V. Ferrante, E. Foppiani, F. Marascio,
G. Maurizio, A. Pacciolla, C. Bairati
Papi, A. Pomilla, G. Saladini, G. Tirone**

Tutti i diritti sono riservati: Nessuna parte
di questa pubblicazione può essere
riprodotta, trasmessa e memorizzata in
qualsiasi forma e con qualsiasi mezzo.
Per quanto non espressamente richiamato
valgono le norme delle Leggi sulla Stampa
e le norme internazionali sul Copyright.
Stampa: Tipografia Centro Copie Cervialto
- Via Monte Cervialto, 17 - 00139 Roma
**Registrazione al Tribunale Civile di
Roma n° 00325/96 (28.06.1996)**

Comitato Consultivo:

G. ABRAHAM (Ginevra)
L. ANCONA (Roma),
P. ARBARELLO (Roma)
D. AKSTEIN (Rio de Janeiro)
T. BANDINI (Genova),
M- BIONDI (Roma)
F. BRUNO (Roma),
C. COLUCCI D'AMATO (Napoli),
V. E. COSMI (Roma),
G. DE BENEDITTIS (Milano),
D. DE CARO (Roma),
F. DE FAZIO (Modena),
M. C. DEL RE (Roma),
N.M. DI LUCA (Roma),
A. ERMENTINI (Milano),
U. FORNARI (Torino),
L. FRATI (Roma),
L. FRIGHI (Roma),
V. GHEORGHIU (Giessen),
M. A. GRAVITZ (Washington),
F. INTRONA (Padova),
R. GUARINI (Roma),
W. KRETSCHMER (Tübingen),
C. LORIEDO (Roma),
V. MASTRONARDI (Roma),
M. MORCELLINI (Roma),
G.C. NIVOLI (Sassari),
G. B. PALERMO (Milwaukee),
A. PETIZIOL (Roma),
P. PINELLI (Milano),
V. RAPISARDA (Catania),
L. RAVIZZA (Torino),
G. G. ROVERA (Torino),
N. RUDAS (Cagliari),
E. TORRE (Torino),
G. UMANI RONCHI (Roma),
H. WALLNÖFER (Vienna),
J. C. WATKINS (Missoula),
L. WOLLMAN (New York),
J. K. ZEIG (Phoenix).

SOMMARIO

- **Evoluzione e processi della criminalità minorile in Italia
con particolare riferimento alle “Beby Gang” prevenzione
e trasformazione**
Emanuela Cimmino.....pag.7

- **La Terapia cognitivo-comportamentale: principali
tecniche a confronto**
Vladimiro Celardo.....pag.41

- **Dalla tutela del malato di mente alla tutela della
persona debole: Il ricorso all’Amministratore di
sostegno**
Nicola Magnavita.....pag.69

- **Norme di pubblicazione per gli Autori.....pag.97**

**EVOLUZIONE E PROCESSI DELLA CRIMINALITA' MINORILE
IN ITALIA CON PARTICOLARE RIFERIMENTO ALLE "BABY
GANGS" PREVENZIONE E TRASFORMAZIONI.**

Dott. ssa Emanuela Cimmino¹

Parole chiave

Delinquenza giovanile, Baby Gang, Prevenzione, Bullismo,

Key Words

juvenile delinquency, Baby Gangs, prevention, bullying, transgressive
behaviour

Riassunto

In questi ultimi anni è cresciuta l'attenzione nei confronti delle problematiche relative ai minori, specie per quanto riguarda l'ambito della devianza e della delinquenza minorile. Nella prima parte del mio lavoro ho esaminato le cause e gli effetti del comportamento deviante e delinquenziale minorile in particolare quello dei componenti delle Baby gangs, cogliendone i fattori predisponenti, le differenti dinamiche utilizzate da componenti maschili e femminili, l'importanza del gruppo e del seguire le orme del leader, gli atteggiamenti ed i comportamenti trasgressivi.

Nella parte centrale del mio lavoro è presente l'intervista agli attori del film "Certi Bambini" nei panni di minori devianti, componenti di Baby gangs ed ai "veri autori di reati-veri componenti di bande" ospiti della Comunità penale minorile "Angiulli", con lo scopo di confrontare le risposte e misurare il loro grado di percezione e consapevolezza in merito agli atti commessi.

Concludendo, nell'ultima parte ho affrontato l'argomento inerente ai progetti di prevenzione e trattamento, quale avere più opportunità di collaborazione tra le diverse risorse presenti sul territorio.

Abstract

During the past few years the problems of youngsters have gained more attention and, in particular, the analysis of phenomena, such as the juvenile delinquency, have become an important theatre of investigation.

In the first part of the described work I've examined the cause-effect relationships governing the aberrant behaviour, especially among the components of the so-called Baby Gangs. Special attention has been devoted to

¹ Educatrice professionale. Master in Scienze Criminologico-Forensi – Università di Roma "La Sapienza"

the analysis of the environmental risk factors, of the different social interactions of both male and female components, of the relevance of the hierarchical organization and of the behavioural examples provided by the group leaders..

The central part of the work does contain interview of either actors, who have played roles in the movie “Certi Bambini” or to real subjects, guilty of aberrant behaviour, as guests of the Comunita’ Penale Minorile “Angiulli”. Aim of the mentioned interviews has been to compare the different answers collected and to get an idea of the extent of consciousness displayed by the guilty youngsters.

Finally, the last part of the work has been devoted to the analysis of the future plans centred on the prevention and treatment of the mentioned phenomena, with special emphasis to the importance of a multi-territorial and multidisciplinary approach to the problem.

DEVIANZA MINORILE

Orientamenti teorici

Principali teorie criminogenetiche

Generalmente si definisce la devianza quell’insieme di comportamenti che infrangono il complesso dei valori che, in un dato momento storico e in un determinato contesto sociale, risultano validi e fondanti in base alla cultura del gruppo sociale dominante.

Non esiste una visione univoca del concetto di devianza, il quale ha assunto nel tempo significati e valenze molteplici. Non è necessariamente vero che il deviante è anche delinquente , potrebbe diventarlo, ma il delinquente è anche deviante.

Dunque delinquenza e devianza non sono comportamenti definibili in assoluto se non in funzione al contrasto tra comportamenti sociali e regole.

La teoria classica

Con la teoria classica siamo nel XVIII secolo caratterizzato da continui mutamenti , specie nell’ ambito della giustizia e del sistema penale ponendovi alla base la dignità umana , compito della legge è quello di proteggere l’ individuo e la società. La teoria classica influenzata dalla filosofia classica , si

basa sul considerare l' uomo come essere razionale , e sulla necessità di dimostrare a una persona razionale che non avrebbe nessun vantaggio dalla violazione dei diritti altrui .

Autori di questo secolo , Cesare Beccaria e Jeremy Bentham, si opponevano al sistema giudiziario dell'epoca, del tutto arbitrario, proponendo, invece, di porre alla base delle leggi e dell'amministrazione giudiziaria la razionalità e i diritti umani.

La scuola positiva

Diversa è l'interpretazione dei positivisti, i quali vedevano il comportamento umano come determinato da tratti biologici, psicologici e sociali. Le caratteristiche principali del pensiero criminologico positivista consistono in una visione deterministica del mondo e nell'interesse verso il comportamento criminale in sé, piuttosto che verso i diritti, la prevenzione del crimine, la riabilitazione dei reati.

La scuola positiva fu influenzata dalla filosofia positiva, secondo la quale gli esseri umani erano ritenuti responsabili dei loro destini, in grado di adattare i loro comportamenti e le istituzioni sociali per creare una società che soddisfacesse le loro aspirazioni.

Influenzata anche dalla teoria dell'evoluzionismo di Darwin secondo la quale i delinquenti sono uomini primitivi , incapaci di controllare i propri istinti.

Sulla stessa scia si muove Cesare Lombroso, secondo il quale il delinquente è caratterizzato da particolari anomalie fisiche e psichiche . Egli, anatomizzando un cranio, notò un'anomalia morfologica congenita costituita da una fossetta cerebrale, tipica degli animali inferiori; ciò lo portò a concludere che questa conformazione fosse tipica dell'individuo delinquente. Il delinquente, dunque, per queste caratteristiche fisiche e psichiche primitive è indotto a commettere delitti. Egli coniò così il termine "delinquente nato".

Rassegna di psicoterapie. Ipnosi. Medicina Psicosomatica. Psicopatologia forense.

In seguito lo stesso Lombroso ampliò la sua teoria affiancando alle cause biologiche anche i fattori economici e sociali.

L' alunno Ferri pose alla base dei fattori predisponenti quelli associati alla cultura quali l' etnia , la razza, fattori geografici e sociali.

R.Garofalo , invece pose alla base del comportamento delinquenziale una combinazione di cause ambientali e naturali, definendo questa attitudine come “mancanza di sensibilità altruistica” dando per certo che le anomalie fisiche e psichiche erano più frequenti tra i membri di “certe razze inferiori”.

Altri positivisti compirono sforzi significativi nel campo biologico. Esaminando i precedenti familiari dei criminali, essi individuarono che il “comportamento criminale” è ereditario, evidenziando, inoltre, come certe caratteristiche del corpo sono fondamentali per la predisposizione a commettere atti criminali.

Successivamente, si tentò di spiegare, somministrando test d'intelligenza nei confronti dei devianti, come la criminalità fosse la conseguenza di una mancanza d'intelligenza.

La scuola di Chicago

La scuola di Chicago affronta il tema dello sviluppo e del cambiamento del comportamento umano indotto dall'ambiente fisico e sociale in cui si vive, considerando la comunità come il principale elemento di influenza sul comportamento dei singoli, compiendo studi sull'individuo e le città. Il XX secolo è caratterizzato da mutamenti quali :l' industrializzazione di massa , la crescita delle grandi città. Pertanto si nota nelle Città la causa predominante del comportamento criminale.

Il ragazzo che vive in una determinata zona a contatto con un gruppo deviante ne subisce

l' influenza. Appartiene alla scuola di Chicago la teoria dell' **interazionismo simbolico** secondo la quale gli individui tendono a definirsi in base alla

percezione che gli altri hanno di loro. Secondo la Scuola di Chicago il comportamento umano è “relativo”: cioè non governato da nessun sistema di regole universali, né da principi assoluti.

Teoria dell' associazione differenziale

Sutherland, principale autore della teoria dell' associazione differenziale, afferma che il comportamento criminale viene appreso all' interno di un certo ambiente sociale, come qualsiasi altro comportamento.

Teoria dell' anomia

Il concetto di anomia è legato al lavoro di due studiosi : Emile Durkheim e Robert Merton.

Per Durkheim il termine “anomia” è associato alla mancanza di norme all' interno di una società, in riferimento al fatto che, quando le regole procedurali generali (quelle rivolte al comportamento da seguire nei rapporti con gli altri) si svuotano di efficacia e di significato, le persone non sanno più cosa aspettarsi l' una dall' altra.

La teoria dell' anomia di Merton, invece, è basata più sul concetto di devianza che su quello di criminalità.

Merton notò che all' interno della società certe mete vengono messe in risalto più di altre (ad esempio il successo economico) e che la società ritiene legittimi certi mezzi per raggiungerle; ma non tutti gli individui hanno uguale possibilità di successo economico con mezzi legittimi, di conseguenza tenteranno di raggiungere la stessa meta con mezzi illegittimi.

Teoria della subcultura

Negli anni cinquanta e sessanta, le teorie criminologiche, hanno avuto come oggetto di studio la “delinquenza giovanile”. Molti studiosi in particolare hanno tentato di spiegare quello che ritenevano fosse la forma più diffusa di

Rassegna di psicoterapie. Ipnosi. Medicina Psicosomatica. Psicopatologia forense.

delinquenza: le bande, analizzandone l'origine e il contesto, valorizzando, inoltre, il nuovo concetto di **subcultura**.

I criminologi studiando le bande giovanili e le subculture delinquenti, cercarono di coniugare il lavoro della Scuola di Chicago con la teoria dell'anomia di Merton.

Cohen con la sua teoria sulle Baby gangs, osservò che le subculture giovanili si caratterizzavano per atteggiamenti di tipo non utilitario, prevaricatore e negativo; i giovani devianti provavano soddisfazione nel causare disagio ad altri, tentando di oltraggiare i valori delle classi medie, coinvolgendosi in forme diverse di delinquenza, con obiettivi immediati.

Cohen affermò che tutti i giovani vanno alla ricerca di uno status sociale, però non tutti possono raggiungerlo con le stesse opportunità, specialmente i figli delle famiglie delle classi inferiori che mancano di vantaggi materiali e simbolici. La frustrazione da status può far scaturire vari tipi di adattamento rispetto ai valori delle classi medie, vengono così poste nuove norme, nuovi criteri che legittimano certi comportamenti, che portano alla creazione di una nuova forma culturale: **una subcultura delinquenziale**.

Teoria dell'etichettamento

La teoria dell'etichettamento operò una grande svolta teorica all'inizio degli anni sessanta. Con la teoria dell'etichettamento si pone attenzione e sul perché si tende ad etichettare e quanto può essa influenzare sulla personalità dell'individuo, specie se dotato di un carattere fragile.

Secondo la teoria dell'etichettamento: la devianza è considerata tale perché vi è reazione da parte della società ad un atto considerato non conforme alla società, inoltre il deviante si comporta da deviante perché viene considerato tale.

La teoria del conflitto di culture

Thorsten Sellin, sociologo americano alla fine degli anni '30, ha proposto la teoria di conflitto di culture secondo la quale ogni società ha le proprie norme di condotta, che vengono trasmesse da una generazione all'altra.

Dunque l'individuo assume un comportamento deviante perché appartiene ad un gruppo deviante e ha interiorizzato le sue norme, i suoi valori.

I conflitti culturali possono essere di due tipi: conflitti primari, quelli, cioè determinati dall'attrito tra differenti culture e i conflitti secondari che hanno luogo invece nell'ambito stessa cultura.

La teoria del controllo sociale

Più pessimista è invece la concezione del mondo su cui si basa la teoria del controllo sociale. L'uomo è considerato come un essere debole, fragile, portato a violare le leggi piuttosto che rispettarle. L'interrogativo di fondo da porsi non è "perché alcune persone commettono dei reati?" ma quello opposto: "perché la maggior parte delle persone non li commette?".

Secondo questa la teoria ciò avviene perché gli individui sono frenati da vari tipi di controllo sociale.

Tra i controlli vi sono quelli esterni cioè le varie forme di sorveglianza esercitate per scoraggiare o impedire, con la minaccia o l'uso di sanzioni, i comportamenti devianti. E quelli interni che si distinguono, a loro volta, tra diretti (sentimenti di colpa e di vergogna che prova chi viola una norma).

IL FENOMENO DELLA VIOLENZA GIOVANILE

Negli ultimi anni il fenomeno della violenza giovanile è diventato argomento di estrema importanza. Sono, infatti, aumentati i comportamenti aggressivi tra i minori: il bullismo a scuola, i furti o i ricatti ai coetanei per impadronirsi di status symbol (il telefono cellulare, il giubbotto di marca, il motorino).

Oramai, l'utilizzo della violenza per dirimere controversie è diventato triste patrimonio di molti giovani; sempre più vivo in età preadolescenziale ed adolescenziale.

Rassegna di psicoterapie. Ipnosi. Medicina Psicosomatica. Psicopatologia forense.

La preadolescenza e l'adolescenza sono caratterizzate prevalentemente da : aggressività , trasgressività , vulnerabilità , ostilità , sfida nei confronti delle norme , dipendenza dal gruppo ed indipendenza dalla famiglia.

Sono state fatte varie ricerche per associare età e tipi di reato e quali sono i fattori predisponenti che più influiscono sulla condotta delinquenziale : fattori individuali, familiari, scolastici, legati al gruppo dei pari, correlati all' ambiente economico-sociale di appartenenza.

Fattori familiari quali:

Criminalità nei genitori, Maltrattamenti infantili subiti, Incapacità e scarsa disponibilità della famiglia, Separazione dei bambini dai genitori

Fattori scolastici

Fallimento scolastico, Assenza di legami nell' ambiente, Assenze ingiustificate e abbandoni, Assenze ingiustificate e abbandoni

Fattori correlati al gruppo dei pari

Delinquenza nei germani, Delinquenza tra i coetanei, Appartenenza a una banda giovanile

Fattori legati all' ambiente economico-sociale

Povertà, Disgregazione sociale nella comunità di appartenenza, Coinvolgimento nella criminalità di adulti vicini.

I fattori di rischio della delinquenza minorile e le motivazioni dei comportamenti trasgressivi

La delinquenza minorile italiana è espressione, soprattutto, di disagio evolutivo. Nel consumo delle "droghe da discoteca", per esempio, il comportamento deviante è associato ad un contesto sociale di trasgressività ludica da week end, che richiede una certa possibilità economica. Le motivazioni relative a questo tipo di trasgressione riguardano il bisogno di divertirsi, di sballare, di "star bene con gli amici e combinare qualcosa". Sono le stesse motivazioni che gli adolescenti devianti adducono per alcuni reati tipici da weekend, come furto

dell' auto da utilizzare per la serata ed abbandonare poi sul ciglio di una strada,oppure le estorsioni a danno di coetanei per appropriarsi di oggetti ambiti dall' immaginario consumistico giovanile:l' adolescente motiva tali comportamenti con il diritto di divertirsi e dunque con la necessità di procurarsi i soldi per farlo,da spendere magari tutti in una serata con gli amici o nella preparazione di tale circostanza.

Il "divertimento" evoca facilmente situazioni eccitanti,volte a scacciare la tristezza e il vuoto .La "filosofia dello sballo" sottende il fantasma della noia e della tristezza,del vuoto affettivo e relazionale che va colmato attraverso comportamenti e sostanze eccitanti,ma esprime anche un bisogno di ideale e di trasgressione.Ritornando ai fattori di rischio vanno dalla vulnerabilità individuale (deficit cognitivi, handicap fisici, disturbi dell' affettività) al disagio familiare (perdite, conflitti, rifiuto o abuso) e relazionale (incompatibilità temperamentali e di personalità tra bambino e genitore, processi di attribuzione e valutazione), fino alle più ampie disfunzioni dei sistemi di sostegno sociale (affiliazione a gruppi devianti, difficoltà economiche, emarginazione sociale).

Altro fattore a rischio:l' influenza del contesto familiare

L'adolescenza è una fase del ciclo di vita in cui l' identità soggettiva è fragile, non protetta e garantita dal senso di appartenenza familiare e non ancora sufficientemente supportata dall' identità sociale nascente,troppo incerta per poter costituire una base sicura dalla quale entrare in relazione con il mondo e con i ruoli che propone.Viene considerata "fattore di rischio"una famiglia numerosa a basso reddito,in cui i genitori stentano ad assumere le funzioni parentali e tra i membri vi siano persone con precedenti penali. Nello stile relazionale familiare un peso particolare viene attribuito alla mancanza di un attaccamento sicuro e alla presenza di atteggiamenti di abbandono e rifiuto da parte dei genitori. Situazioni quale divorzio , separazione o morte della figura

Rassegna di psicoterapie. Ipnosi. Medicina Psicosomatica. Psicopatologia forense.

paterna , fanno sì che il ragazzo non avendo un punto di riferimento , la figura con la quale identificarsi sessualmente,tende ad assumere tratti caricaturali maschili del tutto virili , sostituendosi spesso alla figura del padre e difendendo la madre. Anche una madre che lavora ed è quindi meno presente a casa, costituisce di per sé un fattore di rischio per la delinquenza .Lo stato socio-economico della famiglia,influenza in modo indiretto il comportamento.

Adolescenti-giovani e crimini violenti: la situazione in Italia

Per fare chiarezza su cosa si intende per crimini violenti compiuti da giovani aggressori, è bene fare una distinzione tra *serious offender*, *violent offender* e *chronic offender* in relazione alla tipologia di reato commesso in una o più occasioni ripetute.

I serious offender sono responsabili di una serie di delitti, quali :

furto d' auto, truffa , estorsione, furto con scasso,spaccio

Gli *offender violenti*, a loro volta, commettono reati di maggiore gravità quali:omicidio volontario e premeditato, lesioni gravi, rapina e rapine a mano armata, stupro, incendio doloso di edifici occupati.

La situazione in Italia

La delinquenza minorile è aumentata del 67,40% , non tenendo conto dei reati che vengono commessi ma non denunciati , il cosiddetto :numero oscuro ; non tenendo conto poi degli atti illeciti commessi dai minori stranieri presenti prevalentemente nel centro-nord dell' Italia.

Per quanto riguarda gli stranieri occorre fare un discorso a parte, in quanto i loro reati si differiscono a secondo l' etnia : gli algerini , i tunisini ,i marocchini vengono denunciati per contrabbando di sigarette e tappeti ; i nomadi per reati contro il patrimonio; gli albanesi per spaccio e sfruttamento della prostituzione minorile.

Inoltre raramente nei loro confronti sono previste le misure alternative dettate dalla l. 448/88 ,per questo più spesso scontano la pena con la custodia cautelare.

L'AGGRESSIVITA' NEI MINORI CHE COMMITTONO REATI

“Una caratteristica predominante della personalità degli adolescenti,giovani che commettono reati è sicuramente l' aggressività.”

Le teorie psicoanalitiche

L'aggressività nel tempo ha subito diverse considerazioni :istinto innato , modalità relazionale modo di imporre pensieri ed emozioni.

Secondo Freud nell' uomo l' odio e l' aggressività scaturiscono dal bisogno di allontanare ciò che ci reca disagio.

Secondo Adler l' aggressività è intesa come reazione alla frustrazione.

Nella teorizzazione Kleiniana la distruttività non è distante dall' amore e dalla devozione (il bambino prova odio e amore nei confronti della mamma a seconda la gratificazione al bisogno di fame sete-affetto), infatti, proprio la capacità di amare presuppone lo sviluppo della convinzione nella propria capacità di riparare al danno procurato ai propri oggetti d' amore, interni ed esterni.

Kohut (1976) nella teoria del Sé,considera l' aggressività come una reazione, come un risultato condizionato dal fallimento dell' ambiente oggetto-Sé.

La teoria dell' attaccamento

E' importante in questo contesto affrontare la teoria dell' attaccamento di Bowlby , per capire come il tipo di rapporto che si instaura tra bambini e genitori possa influenzare poi sulla relazione adolescente e genitore.

Trattare in questa occasione il rapporto tra genitori e bambini potrebbe meglio aiutarci a comprendere la questione che stiamo affrontando,in merito a quanto un rapporto disgregato in un contesto familiare a sua volta disagiato possa

influire negativamente sul percorso di crescita dell' adolescente e possa essere di conseguenza una delle tante cause che spingono i "ragazzi" a scegliere altre strade e forse a vendicarsi reagendo di conseguenza.

Nell' intervista agli attori del film "Certi bambini",rispondendo nei panni dei protagonisti stessi,Aniello, Brasile, Rosario hanno evidenziato quanto fossero soli perché senza genitori, senza figure particolari di attaccamento al punto tale da attaccarsi a chi poi li sfrutta per commettere reati,garantendo loro però una minima protezione;si tratta di pre-adolescenti soli ed autoemarginati,che non sanno neppure cosa sia il bene, perché convinti che non esista e di conseguenza non cercano il bene e neppure lo fanno.

In una osservazione studiata attraverso la Strange Situation,il bambino accompagnato dalla madre o dal padre(figura di attaccamento),è introdotto in una stanza dove una persona è pronta ad accoglierli.

Successivamente, il genitore esce dalla stanza e si osservano le reazioni del bambino alla separazione dal genitore. Dopo tre minuti circa, il genitore rientra nella stanza e si osservano le reazioni del bambino al riavvicinamento.

I pattern di attaccamento si suddividono in quattro tipi :

-tipo A (evitante):

bambini che mostrano indifferenza sia al momento della separazione sia al momento della riunione con il genitore; il genitore in genere, svaluta, respinge ,ignora le richieste di cura e attenzione da parte del bambino. Questi , sarà un bambino che a scuola avrà difficoltà a concentrarsi , bassa autostima, come può darsi che si impegnerà nei compiti per avere l' attenzione del genitore , ma sarà anche facile preda per le organizzazioni criminali.

-Tipo B (sicuro):bambini che protestano al momento della separazione e si calmano al momento della riunione con il genitore. Il genitore del bambino sicuro riconosce adeguato e normale il bisogno di attenzione e di cura da parte del bambino; lo stile di risposta dei genitori dei bambini sicuri è chiamato

libero. Definiamolo un bambino viziato , a scuola sarà il primo della classe , ma potrebbe anche diventare il capo-bullo , leader del gruppo , in quanto con il potere avrà tutto.

-Tipo C (resistente):

i bambini che protestano vivacemente durante la separazione e che non si calmano alla riunione con il genitore. Il genitore del bambino resistente mostra di essere in conflitto con i propri figli e non sa che valore attribuire alle esperienze di attaccamento.

-Tipo D (disorganizzato):

i bambini che mostrano una disorganizzazione del comportamento (per es. al momento della riunione con il genitore possono andargli incontro, ma con la testa girata dall' altra parte,come a dire:"Sei stato cattivo, perché mi hai lasciato, ma facciamo pace o facciamo pace ma sappi che sono triste o adirato un po' con te).Il genitore del bambino con attaccamento disorganizzato è un genitore turbato dal riemergere di episodi dolorosi, lutti, traumi che si manifestano con atteggiamenti ed espressioni di dolore,paura, collera mentre risponde alle esigenze di attaccamento del bambino.

Emozioni, stati d'animo che il bambino percepisce, interiorizza. Sarà da grande tanto un adolescente vittima e tanto protagonista attivo nel compiere atti illeciti.

L'approccio della sociobiologia

La sociobiologia sostiene che l' uomo moderno è stato selezionato a comportarsi aggressivamente in determinate situazioni e non in altre,in relazione alle conseguenze di una data condotta sul piano evolutivo.

Il Comportamentismo

Secondo Watson (1913), autore del comportamentismo,che cosa diventi e come agisca una persona nella vita,dipende dalle esperienze e dalle diverse sollecitazioni ambientali.

Sono , personalmente, in parte dello stesso parere di Watson in quanto i comportamenti sono spesso reazioni a quanto viviamo,percepiamo, subiamo,ma anche che purtroppo si è costretti a comportarsi in certi modi per essere conformi con la moda, con la società che muta. Sono , insomma tante le variabili,cause che ho cercato già di delineare nei precedenti paragrafi.

A scuola il ragazzino di dieci anni prova lo spinello per sentirsi uguale ai suoi compagni,nel film “Certi bambini” bisogna attraversare la strada con il pericolo di morire per evitare di essere considerati “ricchione”,eppure ci sarà qualcuno che non seguirà gli altri e che forse ha capito quanto sia importante mantenere la propria individualità pur vivendo in gruppo.

La teoria dell' apprendimento sociale

Secondo la teoria dell' apprendimento sociale,il comportamento aggressivo è appreso mediante il condizionamento strumentale e /o l' osservazione di modelli.In questo concordo pienamente,basti pensare a come e a quanto il bambino imita un modello nelle azioni che compie:il bambino nel gioco della famiglia,interpreta il ruolo del “papà” identificandosi ed imitandolo in tutto,in come si muove, in come si comporta con la moglie, in che modo parla, inviando messaggi importantissimi: richieste di affetto, di aiuto o semplicemente evidenzia i suoi stati d' animo e ciò che pensa del “papà” o ancora fa notare al padre come si comporta invitandolo a cambiare o a continuare ad essere come è. Se il modello di riferimento trasmette esperienze negative,il bambino da “grande” lo imiterà in tutto e per tutto, e forse sarà anche più bravo nel compiere reati entrando quasi in competizione,come una sorte di sfida. Nonostante sia il padre, un modello negativo, l' adolescente avrà ammirazione di lui, perché forte e capace. Alcuni ragazzi che scontano la pena nel carcere minorile mi sono sembrati fieri dei loro “papà-nonni-zii”che hanno precedenti penali,quasi come se la “carriera delinquenziale”fosse una normale professionalità.

ADOLESCENZA E DEVIANZA

La vulnerabilità

La transazione all'età adulta porta sempre con sé la possibilità di una discontinuità sociale. Di conseguenza da un lato gli adolescenti sono l'immagine del rinnovamento e del progresso, dall'altro essi recano in sé anche un rischio costante di disordine e di crisi sociale. Alcuni degli attributi che in questo periodo vengono identificati come propri di questa fase sono la goffaggine, l'indecisione e la vulnerabilità.

Anna Freud considera la devianza l'effetto di una maturità psichica non raggiunta.

Per Erikson nel corso dell'adolescenza si producono profonde modifiche nelle aspettative di ruolo. Gli adulti si attendono che i minori si comportino in maniera responsabile, iniziano a pensare al loro futuro, al loro lavoro e a prepararsi per il posto che avranno nella società adulta. Tutto ciò comporta per l'adolescente il pericolo di produrre aspettative in conflitto da parte degli adulti e dei coetanei.

Adolescenti e trasgressione

La trasgressione, oltre la vulnerabilità, è un'altra particolare caratteristica dell'adolescenza, età in cui il rapporto con le regole educative e sociali viene messo in discussione; per questo è difficile capire fino a che punto può essere considerata espressione di un desiderio di crescita e di maggior autonomia e quando invece è segnale di un disagio individuale, familiare o sociale.

Individuare le ragioni affettive dei comportamenti degli adolescenti è importante perché spesso le trasgressioni sono azioni oscure, difficili da spiegare e giustificare perfino per l'adolescente o per il gruppo che le mette in atto. Occorre peraltro fare una differenza tra atteggiamenti e comportamenti aggressivi: mentre i primi si assumono per "mostrare spesso il Falso Sé", i

Rassegna di psicoterapie. Ipnosi. Medicina Psicosomatica. Psicopatologia forense.

secondi sono qualcosa di interiorizzato , che oramai fanno parte della propria personalità.

Tipico atteggiamento trasgressivo è : non obliterare il biglietto sui mezzi pubblici o assentarsi dal lavoro in maniera ingiustificata .Per quanto riguarda le ragazze , noti sono i furti nei negozi di biancheria intima.

Atteggiamenti, comportamenti trasgressivi

Il cambiamento nel rapporto con le regole coinvolge diversi aspetti dello sviluppo adolescenziale.

Sul piano intrapsichico l' aumento d'impulsività connesso allo sviluppo puberale fa sì che la legge del piacere tenda ad imporsi nel comportamento dell' adolescente.

Il ragazzo o la ragazza possono sentirsi travolti dall' intensità di tali impulsi e temere di perdere il controllo di sé.Ciò induce alcuni di loro a ricorrere a meccanismi di difesa tanto rigidi quanto è intensa la spinta impulsiva cui si devono contrapporre; per questo i meccanismi difensivi dell' intellettualizzazione e dell' ascetismo sono considerati tipici della fase adolescenziale, in quanto esprimono una specifica modalità dell' Io di far fronte alla rinnovata forza istintuale.

Sul piano relazionale all'adolescenza si accompagna una maggior autonomia dai genitori e quindi l' avvio di nuove esperienze che implicano il superamento di limiti prestabiliti.Sul piano identificatorio l'adolescente avvia la costruzione della nuova identità adulta, in cui è centrale l' identificazione di ruolo sessuale, attraverso una rielaborazione del proprio ideale:ciò comporta una ridefinizione dei valori che ispirano il comportamento e una deidealizzazione dei genitori.

Il tentativo di distacco e di superamento della dipendenza dagli adulti si accompagna all' instaurarsi di nuovi legami nell' ambito del gruppo dei pari e di nuove regole condivise con i coetanei.

I comportamenti trasgressivi

Mentire

Mentire è un comportamento diffuso, umano, tipico dell' adolescente.

La facoltà di mentire viene utilizzata da qualcuno in modo sistematico, fino a costituire l' indice espressivo di un certo tipo di personalità. Le motivazioni alla base del mentire possono essere diverse: alcune bugie servono a nascondere, altre ad esibire, vi sono bugie pubbliche e bugie private.

I maschi usano la bugia come esagerazione ed esibizione fallica tra amici, mentre per le femmine mentire può essere più facilmente connesso ad un clima relazionale di confidenze e segreti giurati e poi traditi, ad un gioco di rivelazioni e nascondimenti.

La stessa menzogna nasconde un bisogno, un disagio interiore.

REATI

Rubare

Il furto come la menzogna è un comportamento che non ha inizio in adolescenza: le mamme si stupiscono nel trovare nelle tasche dei loro bambini di ritorno da scuola o da casa dell' amico pupazzi e macchine, inconfutabili prove di reato che il piccolo ladro finge di non sapere come siano finite proprio lì. Il furto tra bambini nasce da dinamiche di invidia e di gelosia: all' altro viene sottratto l' oggetto reso prezioso dall' essere segnale della benevolenza dei genitori.

L' oggetto desiderato che il bambino sottrae all' altro rappresenta ciò che egli desidererebbe ricevere dagli adulti o possedere in proprio, qualcosa che gli altri possano ammirare ed invidiare. Il furto in adolescenza è un comportamento trasgressivo molto più diffuso di quanto non risulti, sia fra i maschi che fra le femmine, ed è particolarmente importante ascoltare come i ragazzi e le ragazze motivino soggettivamente queste azioni ed osservare le dinamiche con le quali commettono il reato del rubare. Il rubare piccole somme senza farsi scoprire è

associato al fatto che l'adolescente ha vergogna nel chiedere e non vuole dipendere dai genitori ; nel caso in cui l'adolescente svuota il portafogli incurante di essere scoperto, il significato relazionale dell'evento si fa più inquietante: può darsi che il ragazzo abbia davvero bisogno di soldi per spese che non può giustificare ai genitori (mattinate trascorse in sala giochi piuttosto che nelle aule scolastiche, fumo o birra, minacce o ricatti da parte di ragazzi più grandi) oppure la sfida agli adulti ha acquisito la dimensione onnipotente di una controdipendenza agita in opposizione ad una dipendenza patologica.

Nella prima adolescenza il piccolo furto in casa è un comportamento espressivo e comunicativo piuttosto diffuso: da un lato indica la difficoltà ad abbandonare modalità infantili di appropriazione onnipotente, dilatazione dell'attesa, dall'altro segnala un mancato riconoscimento da parte degli adulti delle esigenze di sviluppo e di autonomia.

Per Winnicott(1973) il furto adolescenziale ha l'obiettivo inconscio di recuperare un oggetto infantile perduto e rimpianto, e in questo senso esprime la speranza dell'adolescente di ritrovare una buona relazione con la madre e dunque con il mondo.

I furti d'auto e di motorini esprimono insieme l'incapacità di separarsi e il rifiuto di una dipendenza esterna matura, il desiderio di acquisire un'identità autonoma e virile e il tentativo di raggiungerla attraverso un'appropriazione piuttosto che affrontare la fatica di crescere. Il furto connesso alla condizione di tossicodipendenza, è un mezzo per procurarsi l'oggetto di piacere che rappresenta il vero fine dell'azione.

Aggredire

Nei reati gli adolescenti usano sempre l'aggressività come modo di imporsi, di far predominare i loro pensieri, i loro sentimenti; intesa come modalità relazionale. Questo perché l'adolescenza è di solito accompagnata da un

aumento diffuso dei comportamenti impulsivi e da una minor capacità di autocontrollo.

Distruggere

Il danneggiamento e la distruzione di oggetti propri ed altrui è un altro comportamento tipico della prima parte dell' adolescenza. Tipici come vedremo sono i danneggiamenti scolastici o atti di vandalismo : quale disegnare graffiti sulle pareti della scuola o dei vagoni dei treni , scrivere il nome della ragazza per la quale si è innamorati , il nome della squadra per la quale si tifa, o spesso si scrivono parole di protesta. E' un modo per esprimersi , per essere "osservati" quando non lo sono.L' autore del gesto vandalico è un adolescente che teme soprattutto di passare inosservato, insignificante e quasi trasparente al mondo, incapace di lasciar segno del proprio passaggio.

Tra i danneggiamenti scolastici vi sono :

- Sporcare per trascuratezza
- Romperne per protesta
- Scrivere per esprimere e comunicare

Gli autori dei danneggiamenti scolastici sono di solito maschi.

Mentre la motivazione occasionale del danneggiamento è esibizionistica o aggressiva,quelle più profonde rimandano:

- Mancanza di senso di appartenenza ,a un vissuto di abbandono e di svalorizzazione
- Frustrazione, rabbia, desiderio di vendetta derivante dal vissuto, ingiustizie subite da parte degli stessi insegnanti
- Manifestazione di bisogni pulsionali, espressivi e competitivi

L' adolescente che distrugge i propri oggetti quando è infuriato con i genitori perché non riesce a separarsi psicologicamente da loro,aggrede se stesso e loro fusi con lui, e insieme si punisce per l'incapacità di rendersi autonomo .

Vandalismo Il vandalismo secondo Vigotski (il distruggere intenzionalmente e senza autorizzazione proprietà pubbliche e private) è una componente importante dei reati aggressivi. Negli adolescenti vi sono diversi tipi di vandalismo, ognuno dei quali sembra avere le proprie cause ed il proprio quadro di fondo: Vandalismo finalizzato al prestigio, per far colpo su amici; vandalismo finalizzato a combattere la noia; vandalismo finalizzato alla vendetta; vandalismo finalizzato a materiali utili. Per gli adolescenti più giovani, il vandalismo sembra un modo per mettere alla prova le norme vigenti e l'autorità degli adulti.

Reati sessuali Il processo di costruzione dell'identità sessuale è spesso accompagnato da dubbi angoscianti sulla propria adeguatezza in relazione al ruolo sessuale; il gruppo dei coetanei aiuta ad elaborare competenze relative all'identità di genere e a rispecchiare la nuova immagine di sé. Nella prima fase dell'adolescenza la sessualità è una vicenda molto privata, che non implica ancora le relazioni con l'altro sesso, ma riguarda le trasformazioni del corpo e le sensazioni che suscitano, soprattutto nei maschi, in quanto la sessualità femminile fin dall'inizio più legata all'oggetto. Come per altre condotte adolescenziali, anche la sessualità può essere utilizzata come strumento evolutivo o come surrogato; il rifugio da frustrazioni, la fuga da un'immagine di sé inadeguata, il tentativo di superare vissuti depressivi o un modo per esprimere la rabbia; in questi casi si rivela spesso insoddisfacente e frustrante, ed è accompagnata da sensi di colpa. Il reato sessuale può essere associato a diverse motivazioni: messa in atto precocemente di comportamenti sessuali, eventuale violenza subita da bambini, inadeguata identità o assegnazione sessuale. La precocità della messa in atto di comportamenti sessuali nei maschi come nelle femmine è segnale di una difficoltà nella gestione dell'impulsività, che spesso deriva da carenze nelle relazioni affettive precoci. Le femmine spesso sono più vittime dei maschi. Potrebbe sembrare ambiguo ma in

alcuni casi l' aggressione sessuale è un segnale di immaturità e di ritiro sociale, espressione di una sessualità infantile che si ritrova in un corpo "da grande"; si tratta di una sessualità isolata, nascosta, esercitata singolarmente, qualche volta omosessuale, oppure agita su bambini .Il reato sessuale viene commesso in gruppo in quanto nasce come una sorte di sfida e di esibizionismo davanti agli altri; il capo raramente agisce per una questione di orgoglio e dignità , preferisce guardare e scegliersi in base alle dinamiche , alla furbizia, alla velocità che lo sfidante mostra, sceglie i componenti che entreranno a far parte del suo gruppo. Il reato sessuale in gruppo è in adolescenza un segnale di debolezza e di timore nei confronti della donna; non a caso i reati sessuali sono guardati con disprezzo e considerati inaccettabili dalla cultura dei ragazzi devianti, che considerano "di valore" la sfida tra uomini per la donna e non accettano la dipendenza dalla donna attraverso il desiderio, ma competono fra di loro per conquistarla .

Spacciare- Uso di alcool e droghe

Spacciare è ben diverso dal fare uso di sostanze alcoliche e stupefacenti ,in quanto non è detto che chi spaccia né faccia uso ma potrebbe anche farne.

Comportamento suicidario degli adolescenti

Molti autori concepiscono i comportamenti suicidari come un continuum con un diverso spettro di comportamento suicidario che va dal pensiero, ideazione, minaccia di suicidio all' effettivo tentativo di suicidio. Il rischio suicidario in adolescenza si dimostra maggiore quando vengono accumulati fattori quali: problemi di personalità, presenza di una diagnosi psichiatrica e relazioni disturbate all' interno della famiglia, disturbi affettivi, sintomi depressivi mascherati da altri sintomi, situazioni di stress che gli adolescenti si trovano ad affrontare a scuola, mancanza di autostima. Si tratta di adolescenti che si sentono insicuri, falliti e frequentemente fanno ricorso all' autoaccusa. In generale, il comportamento suicidario non è di per sé un disturbo, ma può essere parte di

Rassegna di psicoterapie. Ipnosi. Medicina Psicosomatica. Psicopatologia forense.

una sindrome legata a qualche altro disturbo. Fattori della sfera sociale (la solitudine) o di natura personale (grave malattia fisica) possono dare adito al suicidio. Il tentativo di suicidio viene spesso definito una "richiesta d'aiuto".

I reati di gruppo

Il reato di gruppo si configura spesso come qualcosa di non predeterminato, ma nasce come una sorte di "ragazzata, di improvvisata", tanto per passare del tempo assieme, divertirsi e fare qualcosa. Si tratta di gruppi, i cui componenti sono ex compagni di scuola che si ritrovano, perché frequentano lo stesso quartiere o lo stesso bar. Il reato si fa ancora più eccitante quando è accompagnato dalla sfida: come rubare durante la gita scolastica e il "farglielo davanti gli occhi del negoziante e dell'insegnante", lo scopo non è tanto portare un oggetto di quel posto, ma qualcosa di sé di quel posto e di quel momento. I componenti di questo gruppo condividono problemi di crescita e di relazione, ma soprattutto una fantasia inconscia che ne anima la vita affettiva e fa da motore inconsapevole ai suoi comportamenti, specie quelli più impulsivi ed imprevedibili, quelli che, pur senza alcun motivo che i ragazzi siano in grado di spiegare, si rivelano più eccitanti ed emotivamente gratificanti.

GRUPPI MINORILI DEVIANTI: Baby gangs

Sebbene, in realtà le baby gangs siano apparse per la prima volta in Europa e in Messico, negli Stati Uniti le "gangs" hanno cominciato a diffondersi dopo la rivoluzione americana e si sono sviluppate a partire da gruppi di adolescenti dediti a qualche attività di gioco o sportiva o come risposta collettiva alle condizioni urbane del Paese dopo il conflitto. Il range d'età tipico di questi gruppi va dai 12 ai 24 anni e si stima che la presenza femminile sia minoritaria, attestandosi appena intorno al 10%. Alcuni studi condotti con metodi di ricerca differenti hanno messo in evidenza dei fattori di rischio per i membri delle "gangs". Questi fattori sono stati identificati in diverse aree, quali la società, la famiglia, la scuola, il gruppo dei pari e l'individuo. Il fattore più

importante nell'area sociale è il basso livello di integrazione. Nella famiglia, invece, la povertà, l'assenza dei genitori biologici, un attaccamento parentale non adeguato, uno scarso controllo da parte degli agenti sociali in genere possono aumentare la probabilità di entrare a far parte di una gang. Tra i fattori scolastici vi sono le basse aspettative circa il successo scolastico (sia da parte dei genitori, sia da parte dello stesso studente), il basso impegno scolastico, e lo scarso attaccamento agli insegnanti. Tra i fattori di rischio individuali, invece, sono stati individuati a bassa autostima, i sintomi depressivi, i numerosi eventi negativi esistenziali ed il facile accesso agli stupefacenti. Diversa è invece la descrizione del fenomeno italiano rispetto alla fotografia americana appena proposta.

Secondo Maggiolini e Riva (1999) si tratta di gruppi di giovani annoiati che cercano di impegnare il tempo per potersi divertire. I gruppi sono costituiti in genere da compagni di scuola, ragazzi cresciuti nello stesso quartiere e che abitualmente si incontrano nello stesso luogo di ritrovo. Questi ragazzi appartengono spesso a contesti sociali e familiari multiproblematici ma non necessariamente a fasce socio-culturali disagiate. Le tipologie di reati commessi sono infatti differenti a seconda del contesto sociale di appartenenza del minore. Bandura individua negli adolescenti oltre i meccanismi di difesa, anche le negazioni di responsabilità, ovvero quelle operazioni mentali messe in atto per evitare l'insorgere dei sensi di colpa per aver commesso un atto, dislocando la responsabilità al leader, al compagno o alla stessa vittima. Peraltro trova in loro incapacità e difficoltà espressiva, verbale e creativa. Il loro linguaggio è quello opaco e concreto dell'azione

La struttura di gruppo: Le bande giovanili

Thrasher (Scuola di Chicago): Giunse alla conclusione che la delinquenza in bande era il risultato "naturale" di un ambiente povero, frustrante, ad alta

Rassegna di psicoterapie. Ipnosi. Medicina Psicosomatica. Psicopatologia forense.

disorganizzazione sociale,ove i giovani non avevano la possibilità di accedere alle normali forme di divertimento Whyte, mediante la tecnica dell'osservazione partecipante, studiò in profondità e per lungo tempo un quartiere di immigrati italiani nella città di Boston,identificando due principali tipi di gruppi giovanili: *i corner boys ed i college boys* .

I corner boys sono gruppi di giovani le cui attività sociali si concentrano in determinati angoli di strade, con i relativi negozi da barbiere, tavole calde, clubs e sale da gioco. Essi costituiscono il livello inferiore della società dei loro coetanei.

I college boys sono un piccolo gruppo di giovani che si sono elevati al di sopra dei corner boys mediante un più alto livello di istruzione.

Cohen considera la delinquenza in bande come espressione culturale della classe inferiore ;come il risultato di un conflitto al quale il giovane di tale classe è esposto.I giovani della classe inferiore devono competere,per ottenere il successo, secondo le norme e i valori della classe media.

L' età delle bande giovanili

Il comportamento deviante è più diffuso nei primi anni dell' adolescenza (fra i 12 e i 16 anni) che nel resto della vita dell' individuo. Quando si comincia a frequentare la scuola media, i gruppi di cui si faceva parte in precedenza si sfaldano.Studenti di scuole inferiori diverse entrano nella stessa scuola media e non tutti i compagni di classe precedenti si ritrovano insieme.Occorre un certo lasso di tempo perché la struttura dei gruppi di cui sono membri i nuovi arrivati si consolidi. Vi è un lasso di tempo fra l' arrivo alle scuole medie e l' aumento della devianza.Una volta formata, questa struttura di gruppo tende a rimanere piuttosto stabile fino a quando gli individui lasciano la scuola. A quel punto, i gruppi si sfaldano nuovamente in quanto i vari componenti iniziano a muoversi

in direzioni diverse. All' inizio della scuola media gli adolescenti entrano in contatto con una nuova realtà con cui devono confrontarsi. Nella misura in cui essi percepiscono questo sistema scolastico come l'impostazione di un controllo illegittimo su di loro, essi fanno ingresso nel secondo stadio, quello in cui non hanno più alcuna ragione per comportarsi bene. E' durante questa fase della vita che la devianza può costituire l'espressione della propria opposizione ad un costo non troppo elevato. Ed è proprio fra i 12 e i 16 anni che il sostegno collettivo necessario per la messa in atto di azioni devianti è maggiormente disponibile.

Il genere delle bande : differenze di carattere, bisogni e desideri maschili e femminili

Per quanto teoricamente si dice che le ragazze assumono dinamiche differenti , da un punto di vista pratico , si differenziano solo per la tipologia di reati, in quanto assumono tratti caricaturali maschili tale da apparire come la “tipa, tosta. dura” , venendo un po' meno la femminilità e la dolcezza tipico della donna. Si tratta di ragazze che vivono in contesti familiari e culturali degradati , alle quali non sono stati trasmessi tipici valori della famiglia , del matrimonio. In questi stessi contesti troveranno il loro partner. Come ha sottolineato il Cohen (1955), i valori che vengono trasmessi ai giovani sono quelli dell'american way of life, quei valori cioè appartenenti alla classe media e che si basano sul successo economico e sulla competizione.

I componenti delle baby gangs appartengono a classi sociali inferiori e vivono spesso in zone malfamate.

A riguardo le diverse forme di aggregazione deviante vi sono : i tossicodipendenti – secondo Cloward e Ohlin(1960), i giovani delinquenti evitano di associarsi con “drogati” perché costoro sarebbero _incapaci di usare la violenza necessaria alle attività del gruppo; gli Ultras del calcio, ovvero

giovani che sono sostenitori accesi e violenti di squadre calcistiche ed i gruppi degli Skinheads che costituiscono movimenti sociali.

La leadership : aspetti psicologici e dinamiche comportamentali

A riguardo il leader , analizzando il suo ruolo psicologicamente , vi troviamo in lui una maturità psichica non raggiunta , l' aspetto psico sessuale e psico affettivo è immaturo. Spesso la madre del leader è una donna depressa , oppressiva , che gli ha dato modo di sostituirsi al padre , difendendola dagli altri uomini. Per questo il suo ruolo da "mattatore" è un modo per ritrovarsi ma anche per esprimere il Falso Sé.

Il Bullismo è caratterizzato da prepotenze perpetrate da bambini ed adolescenti nei confronti dei propri coetanei nell' ambito scolastico. Il bullo è colui che attraverso la forza, la prepotenza spera di ottenere oggetti status simbol: cellulari , giubbotti di marca, ma anche la semplice merenda del più indifeso. Vi è un tipo di bullismo diretto caratterizzato da prepotenze fisiche: percosse, sgambetti. Atti compiuti nei corridoi della scuola , nel bagno o nel cortile. Tipico maschile. Il bullismo indiretto caratterizzato da prepotenze verbali , quali escludere la bambina più ciociotella dal gruppo , prevalentemente femminile .A sua volta le vittime si distinguono in **passive e provocatrici** e sono caratterizzate da **atteggiamenti ansiosi e insicuri** e da **scarsa autostima**. Sia attori che vittime , inoltre hanno difficoltà nel riconoscere le reazioni altrui e le proprie emozioni. Da un punto di vista psicologico **il bullo** si caratterizza per la tendenza a giustificarsi o a simulare la portata dei fatti, per il distacco emozionale e la scarsa empatia verso chi subisce i suoi gesti. Di solito è un ragazzo capace di prevedere le intenzioni e le azioni altrui, abilità che impiega però nel manipolare le relazioni social Il ragazzo cosiddetto **vittima** è per lo più insicuro con bassa autostima e mostra una difficoltà a chiedere aiuto timoroso della reazione del bullo ma anche del

giudizio del gruppo dei pari o delle reazioni inadeguate dei propri genitori o degli insegnanti .

CONTRIBUTO SPERIMENTALE

Il mio lavoro ha avuto anche un aspetto pratico, quale l' intervistare gli attori del film "Certi Bambini" nella parte di componenti di Baby gangs ,e confrontare le loro risposte con quelle datomi dai veri autori di reati e veri componenti di Baby gangs, misurando il grado di percezione che gli uni hanno nei confronti degli altri e di se stessi.

Per quanto riguarda gli attori , da parte loro c'è stata partecipazione,coinvolgimento. Come tecniche di colloquio ho utilizzato : ascolto attivo, spontaneità, autenticità, empatia, atteggiamento incondizionatamente positivo; come sussidio tecnico:il registratore per meglio trascrivere le risposte.

Le domande hanno abbracciato diversi argomenti quale:la famiglia, la scuola, l' amicizia, il bullismo, la devianza minorile.

Ho posto loro le domande tale che mi rispondessero e nei panni degli attori e come ragazzi non devianti.

Il film "Certi Bambini" abbraccia caratteristiche tipiche delle Baby gangs: minaccia , vulnerabilità, trasgressività , sfida .Si tratta di ragazzi autoemerginati, che agiscono istintivamente , non conoscono il bene e di conseguenza non sanno neppure farlo, senza famiglia,che hanno abbandonato precocemente la scuola,hanno un unico punto di riferimento: Casaluce-un uomo adulto che li sfrutta per compiere atti illeciti.

Per di più ,il protagonista Rosario è dotato di una doppia personalità , disorientato , segue punti di riferimento negativi:Casaluce e Damiano , e positivi quale Santino con il quale svolge volontariato presso una Casa Famiglia .Il film si conclude con un omicidio compiuto da Rosario,ma dopo,

Rassegna di psicoterapie. Ipnosi. Medicina Psicosomatica. Psicopatologia forense.

scende in un campo da calcio e si mette a giocare con altri bambini ,
evidenziando così

quell' infanzia che gli è sempre stata negata.

Ponendo loro la domanda circa la prevenzione o meglio cosa potrebbe fare la
società nei confronti dei minori devianti , come risposta mi è stata data:il
cambiamento di atteggiamento e di percezione di essa nei loro confronti.

Per quanto riguarda i veri autori di reati ,ho intervistato gli ospiti della
Comunità Penale Minorile "Angiulli" di S.Maria Capuavetere (Caserta),dove
da più di un anno collaboro come volontaria , occupandomi dell' osservazione
scientifica della personalità,evidenziando una possibile pericolosità
sociale,fungendo da supporto agli educatori nell' individualizzazione di un
trattamento rieducativo e risocializzativo ,come previsto dalla L.448/88.

L'intervista oltre a richiedere il confronto con le risposte degli attori ,li ha
messi in condizione di riflettere sulle loro risposte,sulla consapevolezza dei loro
atti,rileggendole e confrontandole.

Da parte loro c'è stata:partecipazione,coinvolgimento,un po' meno per la
domanda che richiedeva cosa pensassero del sistema giudiziario .Come
strumento di supporto ho preferito non usare il registratore per evitare che si
intimorissero e potessero mentirmi;mi sono posta prevalentemente con
atteggiamento spontaneo,notando anche il loro linguaggio
metacomunicazionale:i gesti,

l' espressione degli occhi,spesso disorientandoli positivamente per smaltire l'
ansia e poi riprendere le domande.

Ho notato in loro la presenza di un forte narcisismo maligno,il bisogno di avere
pubblicità,di sentire parlare di loro ai Tg e sui giornali:"Baby gangs di Scampia
distruggono una scuola";meccanismi di difesa quale l' eccessiva verbosità e
dilagazione verbale,affermazioni del tipo : "Ho sbagliato , tutti possono
sbagliare", tecniche di neutralizzazione del conflitto quale la negazione della

responsabilità. A riguardo il senso della vita e cosa faranno nel momento in cui usciranno dalla Comunità, le risposte sono state varie ; c'è chi continuerà a commettere atti illeciti ancora più gravi intraprendendo così la Carriera criminale e chi cambierà rotta seguendo un percorso di studi o di lavoro.

I DISTURBI DEL COMPORTAMENTO

Nel DSM-IV, manuale diagnostico dei disturbi mentali, le trasgressioni vengono annoverate tra le principali manifestazioni comportamentali

Il disturbo della condotta è caratterizzato da :Scarsa autostima,Atteggiamento da duro,Scarsa tolleranza,Esplosione di rabbia.

Disturbo oppositivo provocatorio da:Comportamento negativistico, Sfida e ostilità nei confronti delle regole,Perdita di controllo,Litigi con gli adulti.

Disturbo da deficit di attenzione e iperattività da :Impulsività,Impazienza,Difficoltà ad attendere il proprio turno,Tendenza a rispondere prima che le domande vengano fatte.

PREVENZIONE E TRATTAMENTO

Se la condotta deviante e delinquenziale viene associata a possibili disturbi psichici o di personalità, vengono attuati modelli di trattamento farmacologico , psicoterapia,clinico.

Se invece lo si associa all' aspetto socio-educativo e quindi contesto familiare , ambientale,culturale,si attuano progetti preventivi e trattamentali educativi, quale per esempio Progetto Change ideato da Cesare Moreno per far fronte al fenomeno della dispersione ed evasione scolastica nel territorio napoletano.Per quanto riguarda l' aspetto giuridico-penale ,per i ragazzi che commettono reati sono previste le misure dettate dalla l. 448/88 mirando ad un percorso rieducativo e risocializzativo.

CONCLUSIONI

Per far fronte al fenomeno delle delinquenza minorile occorrono più progetti di prevenzione , progetti di continuità nei confronti di chi per il reato commesso è

Rassegna di psicoterapie. Ipnosi. Medicina Psicosomatica. Psicopatologia forense.

stato sottoposto a custodia cautelare o misura alternativa e naturalmente dovrebbe cambiare la percezione che la società ha di essi , quale richiesta esplicita degli stessi ragazzi che spesso si trovano ad essere devianti perché etichettati tali. Il tutto va realizzato secondo un' ottica della pedagogia della responsabilità.

BIBLIOGRAFIA:

- Melita Cavallo, *Ragazzi di strada*, Paravia Scriptorium
Frank P., Williams III, Marilyn D., Mc Shane, *Devianza e criminalità*, Il Mulino, Bologna 2002
Durkheim, *La divisione del lavoro sociale*, Milano, Ed. di Comunità, 1998
Durkheim, *Il suicidio. L'educazione morale*, Torino, Utet, 1998
Becker, *Outsiders. Saggi di sociologia della devianza*, Torino, Ega, 1987
Dipartimento giustizia minorile. I gruppi di adolescenti devianti: "Un'indagine sui fenomeni di devianza minorile di gruppo in Italia", Franco Angeli.
Vincenzo Morgera, Silvia Ricciardi e Francesco Mirelli, *Lago Patria: V.Pironti*, 2001 p:ll-, in testa al front: Progetto Jonathan.
<http://www.dex1.tsd.unifi.it/altrodir/devianza/dibello/cap3.htm>
"La catena " della devianza: traffico, sfruttamento e criminalità. Premessa, il conflitto culturale. La carenza del controllo sociale. Gli svantaggi sociali e il senso di privazione relativa 1- 66
De Leo Gaetano *Devianza minorile* – Ed.Nuova, Roma, 1998
C.A.R.I.T.A.S., Italiana, *Ragazzi al margine*, Elledici
Ivano Spano, *Le forme della devianza e della criminalità*, Ed. Sapere, Padova, 1997
Giuffrè, *Devianza, problemi sociali e forme di controllo*, Milano, 1981
G.Mosconi, *Emarginazione e devianza*, Cedam, Padova, 1990
Kai T. Erikson citato in M.Ciacchi, V.Gualandi, : *La costruzione sociale della devianza*, Il Mulino, Bologna, 1997
T.Pitch, *La devianza*, La Nuova Italia, Firenze, 1982
G Ponti., I Merzagora, *Il minore fra responsabilizzazione, pena rieducativa e delinquenza organizzata in "Marginalità e Società"* n. 20, 1991.
Faccioli F, in AA.VV, *Devianza e controllo istituzionale, I minori in Italia*, Prima relazione del Consiglio Nazionale dei minori, Censis, tendenze attuali della devianza minorile.
G. De Leo, *Devianza in "Animazione Sociale"*, Novembre 1993
<http://www.mix.it/eurispes>
"Il male minore". Indagine sulla devianza minorile in Italia 1-6

<http://www.spaziominori.amalteaonline.com/DOCUMENTI/amb-Stat/ilmaleminore.html>

- G.Assante, P.Giannino, F.Mazziotti, *Manuale di diritto minorile*, Ed. Laterza
 G.Mosconi, *Dentro il carcere, oltre la pena*, Cedam, Padova, 1998
 De Leo, *La devianza minorile*, Carocci, Roma 1990
 Stefano Anastasia, Patrizio Gonella (a cura di), *Inchiesta sulle carceri italiane*, Ed. Carocci, Ass. Antigone
 Piercarlo Pazè, *I minori e il carcere*. Atti del convegno di Trento, Merano (19-22 marzo 1987) e degli Incontri di studio di Torino (1, 9, 16 giugno 1988), Ed. Unicopoli
 Gaetano De Leo, *Devianza minorile*, Ed. Nuova, Roma, 1998
 Mastropasqua, *I Minori e la giustizia*, Liguori, Napoli, 1997
 Federica **Fratelli**, *L'espulsione del minore extracomunitario in Italia: Aspetti giuridici e sociologici*. Cap. 2 *Lo status dei minori irregolari e clandestini, Minori e Giustizia*
 F.Cortegiani, *Le risposte giudiziarie: Il carcere come soluzione residuale in "Le nuove criminalità"*, Milano, Franco Angeli, 1995
 Saita Emanuela, Quadrio Assunto, *Il significato della pena detentiva nella percezione dei minori*, Minori e Giustizia.
 Mestitz Anna, *Difficoltà operativa della messa alla prova in "La tutela del minore tra norme, psicologia ed etica"*, Minori e Giustizia
 Mestitz Anna, Bibbiani Michaela: *Sospensione del processo e messa alla prova nell'esperienza del tribunale per i minorenni di Milano*, Minori e Giustizia
 Graziano Scialpi, IPM Teatro, *Storia di un laboratorio di videoteatro al minorile di Treviso*, "Ristretti", Marzo 2003.

www.ristretti.it:

- carcere minorile e volontariato, "Per facilitare i percorsi di recupero accordo tra carcere minorile e volontariato", Il gazzettino di Treviso, 1 novembre 2002.
 M. Lusardi, educatore al Beccarla, "In un'aula chiusi a chiave, Corriere Lavoro, 4 ottobre 2002.
 Intervista a Stefano Trapani (presidente del tribunale dei minori) "Giudicare i ragazzi, che responsabilità", Il Denaro, 31 agosto 2002
 Ciampi a Nisida. "Un centro studi europeo nel carcere." Il Mattino, 2 settembre 2002.

www.l'altrodiritto.it

- Istituto Penale Minorile 1 -3
 Andrea Carnevaro, *Bambini che sopravvivono alla guerra*
 Melita Cavallo, *Ragazzi senza*, Ed. Bruno, Mondadori, Milano 2002
 Dario Melossi, *Stato, controllo sociale, devianza*, Bruno Mondadori, 2002

Frank P.WILLIAMS, Marilyn D.MaShane, *Devianza e criminalità*, Il Mulino 1999

Salvatore Palidda, *Polizia postmoderna*, Feltrinelli, 2000

Nando Sigona, *Nonluoghi 2002 Figli del ghetto*.

BIBLIOGRAFIA ARTICOLI

Di Rienzo M.

Il problema della delinquenza giovanile nell'area napoletana nel Quinquennio 1974/1978, in osservatorio sulla camorra, n. 08, 12 1990, pag. 193

Merzagora I. - Paolillo D.

Il coinvolgimento dei minori nella delinquenza organizzata: un tentativo di Indagine quantitativa, in marginalità e società, n.20, 10 1991, pag. 30

Ponti G. – Merzagora I.

Il minore fra responsabilizzazione, pena rieducativa e delinquenza Organizzata, in marginalità e società, n. 20, 10 1991, pag. 14

Segre S.

Teppisti del calcio e skinheads: una spiegazione comune ed integrata dei loro Comportamenti delinquenti, in marginalità e società, n. 23, 7 1993, pag. 190

Occhiogrosso F.

Considerazioni sull'emergere di una nuova delinquenza minorile, in dei delitti e delle pene, n. 2, 11 1993, pag. 91

Faccioli F .

I ragazzi e la mafia: la delinquenza minorile, in dei Delitti e Delle pene, n. 2, 11 1993, pag. 215

Segre S.

Strategie e metodi di prevenzione della delinquenza giovanile, in Marginalita' e societa', n.29, 11 1995, pag. 123)

Ricci R.

Dispersione scolastica e delinquenza minorile, in adolescenza, n. 2, 5 1998, pag. 141

Iani L., De Leo G.

Tendenze emergenti nelle esperienze di prevenzione della delinquenza minorile nei contesti scolastici: verso un orientamento di promozione, in ricerche di psicologia, n. 2, 3 1999, pag. 37)

Colla E.

Piccoli delinquenti si organizzano, in mondo sociale, n. 2, 2 2000, pag. 48

Grasso G.

Adolescenza, delinquenza e carcere, in imago, n. 2, 6 2001, pag. 87

Girgi C.M

Qualche riflessione sulla delinquenza giovanile in età evolutiva, in imago, n. 1, 3 2000, pag .35

Girgi C.M

- Tradimento della funzione genitoriale e ribellione dei figli, in *imago*, n. 4, 12 2000,
Pag. 341
Ruocco M., Ciappi S., Sforza A., Vaselli B.
Il fenomeno della delinquenza minorile e le strategie di difesa sociale, in *Difesa sociale*, n. - 4 , 5 2000, pag. 61
Abbate M., Del Vecchio B.
Minori e giustizia penale : un' indagine di follow-up sugli adolescenti ospiti del Centro diurno "Don Bosco" di Roma, in la rivista di servizio sociale, n. 4, 12 2002,
Pag. 99
Samanta Castellan TRANSCRIME Baby gang: anche in Italia?
www.questotrentino.it/2001/02/Transcrime2_01.htm
Ugo Borsetti Baby-gang: fra disagio e disinformazione
www.questotrentino.it/2000/03/babygang.htm
Giancarlo Strocchia, Aumentano i reati di classe www.guidagenitori.it
Matteo De Matteis, In crescita il bullismo www.guidagenitori.it
La dispersione scolastica
<http://www.comune.napoli.it/dispersione-scolastica/ods.htm>
Gennaro Santini *Gazzetta del Sud* “Napoli, fermato l’assassino del piacere”
www.gazzettadelsud.it
Il resto del Carlino “Rimini turista 17enne violentata dal branco”
<http://ilrestodelcarlino.quotidiano.net>
Francesca La manna “ Gruppi minorili devianti e profilo di personalità dei leader” www.srm psicologia.com 31-01-04
Simonetta Bisi “Criminalità femminile e differenza di genere”
www.uniroma.it
Vandalismo, La teoria di Vigoskji e il contestualismo
www.joinme.net/nicco/psicologia.htm
Nicoletta Suppa “La psicopatologia da Freud a Mitchell”
www.srm.psicologia.com 1-06-03
Giampaolo Mazzo “La criminalità minorile: A spetti medico-legali”
www.eurom.it
A. Mantovano, S. Peverelli ,G. Muti ,P. Guglielimini “I tre livelli del network criminale” *Omicrom/30 Osservatorio Milanese sulla criminalità organizzata al Nord* -Gennaio 2001-Anno V- N. 1
G.De Leo “Intervenire sulla famiglia” www.stpaulus.it
Ersilia Menesini “I comportamenti antisociali” www.stpaulus.it
Marco Damiano “Piccoli criminali....crescono” www.missioni.ch
Beppe Del Colle “Le ragazzate dei figli perbene” www.stapaulus.it
Ezio Alberione “Piccoli gangster creansi” www.stpaulus.it

Rassegna di psicoterapie. Ipnosi. Medicina Psicosomatica. Psicopatologia forense.

Saverio Fortunato, Il Piccolo “ Quotidiano di Trieste: intervista del 4 settembre 2003, p. 18, Sul Fenomeno delle Baby gang”

Saverio Fortunato, Il Tirreno del 4 gennaio 1997, pag. 14 : ”Sul lancio di sassi dai cavalcavia. Quelle notti per ridere”

Saverio Fortunato, Il Piccolo giornale di Trieste del 25 marzo 2003: ”Sono bande di studenti che hanno fallito sui banchi di scuola”

Saverio Fortunato, Il Quotidiano del 15 agosto 1998 ,pag. 12 : “I fattori criminogeni delle bande Squatter. Terrorismo o delinquenza giovanile?”

Saverio Fortunato, Il Quotidiano del 11 agosto 2000 , pag. 14 : “Baby gang a Catanzaro come a Milano”

Marohn R.C., *Delinquenza minorile*, Borla, Roma

Bandini T., Gatti U. *Delinquenza giovanile*, Giuffrè, Milano

Bacchini D., Valerio P., *Giovani a rischio*, Franco Angeli, Milano

Giovanni Ingrassi', Massimo Picozzi, *Giovani e Crimini violenti*, ed. Mcgraw-Hill

Gilda Scardaccione, *Il minore autore e vittima di reato*, Franco Angeli, 2003, Milano

Ada Fonzi, *Il bullismo in Italia*, ed. Giunti

Grazia Attili, *Alle basi della personalita'*, ed. Giunti

Estela V.Welldon, *Madre, madonna, prostituta*, ed. Centro scientifico

G. Ponti, *Compendio di criminologia*

S. Capra “*Saven the children Italia*”, Bambine in vendita.

Albert K.Cohen, *Ragazzi delinquenti “una penetrante analisi sociologica della cultura della gang”*, ed. Universale economia Feltrinelli, 1955

Alfio Maggiolini, Elena Riva, *Adolescenti trasgressivi*, ed. Franco Angeli

Nicholas Emler, Stephen Reicher, *Adolescenti e devianza*, ed. Il Mulino Studi e Ricerche

Collana fondata da Renato Treves, *Sociologia del diritto*

De Leo Gaetano, *Psicologia della responsabilità*, ed. La Terza Psicologia

T. Bandini U. Gatti, *Delinquenza giovanile*, ed. Giuffrè, 1987

Dario Bacchini, Paolo Valerio, *Giovani a rischio*,

**LA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTALE: PRINCIPALI
TECNICHE A CONFRONTO**

Vladimiro Celardo²

Parole chiave:

Key words:

behaviour-cognitive, technique, setting, patient and psychologist, relationship.

Riassunto

I contenuti esposti hanno voluto significare una sintesi accurata e mirata principalmente alla comprensione sul piano teorico delle tecniche che oggi vengono usate in terapia cognitivo-comportamentale. Va sottolineato, per motivi di chiarezza, che tali tecniche non sono risolutive in quanto tali, ma hanno bisogno di una cornice più ampia che va oltre alla semplice applicazione della tecnica. Questa cornice è il setting in cui si svolge l'iter terapeutico, in particolar modo il tipo di relazione che si instaura tra il paziente e il clinico e i processi relazionali che si sviluppano da quest'interazione si sono dimostrati di fondamentale importanza per il successo terapeutico così come si evincono da numerose ricerche sull'efficacia delle terapie³. Tali ricerche infatti, dimostrano senza ombra di dubbio che l'efficacia delle terapie non vengono date esclusivamente dal tipo di orientamento utilizzato, ma dalla qualità della relazione.

La natura di questo breve articolo vuole essere un accorgimento per tutti quei professionisti e studenti che attraverso la preparazione e aggiornamenti professionali di carattere tecnico pensano di poter essere psicologi di successo senza "lavorare" su quelle che sono le proprie attitudini relazionali.

Abstract

The subject matter of this work is a careful synthesis aimed mainly to the theoretical understanding of the technologies used today in cognitive-

² Psicologo e Psicometricista

³ WACHTEL P. L., *La comunicazione terapeutica*, Torino, Bollati Boringhieri, 2000, pp. 62-64.

behavioural therapy. It goes underlined, for clarity reasons, that such technologies are not necessarily decisive, but need a wider framework that goes besides the simple technical application. This framework is the setting in which the therapeutic course develops, in particular the type of relationship that is established between the patient and the practitioner. Various studies on the effectiveness of the therapies have shown that the relational processes that develop from this interaction have proven to be of special importance for the therapeutic success. Such studies, in fact, show without a shadow of a doubt that the effectiveness of the therapies does not result exclusively from the model of thought followed, but from the quality of the relationship. The nature of this short article is to prompt all those professionals and students who through technical preparation and professional updating think to be able to be successful psychologists without 'working' on their actual relational ability.

1. Le tecniche d'intervento in terapia cognitivo-comportamentale

La terapia cognitivo-comportamentale, nata dalla fusione dei corrispettivi singoli approcci verso la fine degli anni '60, si presenta oggi come uno dei maggiori e più efficienti approcci terapeutici. Senza dilungarsi troppo su ciò che ha influito alla nascita dell'approccio e sulle vicende storiche dei singoli orientamenti, di seguito si evidenzieranno le principali tecniche che i clinici di questo orientamento utilizzano nella pratica clinica.

Chi tra gli studiosi ha contribuito significativamente alla nascita dell'orientamento cognitivo-comportamentale è senz'altro Bandura. Partito dagli studi dell'apprendimento per imitazione sociale, l'autore statunitense giunse a definire l'apprendimento non più soltanto in termini di comportamenti emessi, quanto in quelli *“dell'acquisizione stabile di rappresentazioni mentali che possono essere o meno tradotte in comportamenti, a seconda della situazione motivazionale interna e delle condizioni ambientali presenti”* (Bandura, 1969, 78). Quindi, grazie agli studi di Bandura, l'ambiente, i processi cognitivi e il comportamento vengono considerati in relazione reciproca senza che a nessuno dei tre fattori possa essere attribuita una funzione

prioritaria. Ciò ha contribuito a passare da un modello di uomo determinato dagli eventi esterni, proprio dell'ottica comportamentista, a considerare l'uomo che determina, in parte, il proprio comportamento contribuendo alla generazione dell'esperienza da cui derivano le informazioni che elabora soggettivamente.

Proprio grazie a questo tipo di studi i teorici della terapia del comportamento hanno mostrato, soprattutto negli ultimi anni, un interesse via via crescente per una graduale estensione delle teorie ed ipotesi tradizionalmente comportamentistiche alle conoscenze del cognitivismo, della teoria dei sistemi, della pragmatica della comunicazione umana, dell'etologia, della neuropsicologia. Pertanto in questi anni si sta affermando un modello che, prendendo spunto da quello comportamentista, tende ad applicare metodi terapeutici volti a modificare non solo i comportamenti obiettivi, ma tesi anche al cambiamento di immagini, pensieri e convinzioni del paziente.

L'articolo si occuperà di mostrare quelle che sono le tecniche più usate nell'approccio cognitivo-comportamentale, suddividendole per una più facile comprensione in tecniche comportamentali e tecniche cognitive.

2. Le tecniche nell'approccio comportamentale

Sono molte le tecniche che vengono utilizzate da questo approccio, alcune di queste hanno subito delle revisioni dovute all'influenza dell'orientamento cognitivo.

Di seguito si sintetizzeranno le principali tecniche utilizzate nell'approccio comportamentale: l'analisi del comportamento, la desensibilizzazione sistematica, tecniche aversive, il modeling, il training assertivo.

a) L'analisi del comportamento: il modello ABC di B.F. Skinner

L'analisi del comportamento è soprattutto un metodo di osservazione del comportamento umano che permette al terapeuta di avere a disposizione quante più informazioni possibili sui comportamenti disfunzionali dei pazienti necessari per la comprensione delle problematiche e per l'alleviamento delle sofferenze.

Da un punto di vista pratico il metodo dell'analisi del comportamento è costituito da diverse fasi processuali che tendono a focalizzare il comportamento disadattivo del paziente.

L'obiettivo del terapeuta nell'utilizzare questa tecnica è quello di determinare la frequenza, la durata e l'intensità dei comportamenti. È indispensabile stabilire una misura di frequenza del comportamento (ad esempio, il numero di minuti per evento) ed una misura che rispecchi la gravità del comportamento. Il terapeuta attraverso tale procedura cerca di definire gli eventi che influenzano le azioni del paziente (antecedenti) e gli effetti di queste azioni sugli altri. Queste informazioni ottenute dal terapeuta vengono poi utilizzate per delineare una strategia di cura per cambiare il comportamento del paziente e per prevedere gli effetti probabili del cambiamento del comportamento sul suo ambiente. Nel definire l'analisi funzionale il terapeuta cerca di stabilire gli antecedenti del comportamento, ovvero gli eventi che precedono il comportamento e le conseguenze del comportamento stesso, ovvero gli eventi che seguono il comportamento. Ogni tipo di informazione è importante per la comprensione dell'insieme delle problematiche da affrontare e per stilare un'efficace strategia terapeutica .

Gli antecedenti di un comportamento specifico sono caratterizzati da eventi quantificabili come i tempi, la gente, i luoghi, le cose che appaiono

costantemente nell'ambiente del paziente quando si manifesta il comportamento oggetto di discussione.

Come è stato accennato precedentemente, l'analisi del comportamento è costituito da cinque fasi d'intervento.

1) La **prima fase** d'indagine consiste nel definire le circostanze in cui appare il disturbo del paziente, cercando di mettere a fuoco ciascun aspetto singolarmente. Il terapeuta in questo modo procederà alla stesura di un resoconto sistematico di tutte le circostanze che provocano comportamenti disadattivi. Quando il resoconto è completo il paziente può riconoscere molte situazioni non ricordate spontaneamente.

2) La **seconda fase** del lavoro del terapeuta consiste nel determinare quali emozioni e pensieri il paziente prova nelle situazioni problematiche. Il terapeuta ottiene un resoconto di tutti i sintomi che si manifestano attraverso il sistema nervoso autonomo: palpitazioni, sudorazioni, tremori, ecc. parallelamente vanno indagati pensieri che accompagnano tali sintomi e che accrescono il livello di disadattamento.

3) Nella **terza fase** il terapeuta indaga come il paziente reagisce a questi sintomi, immagini e pensieri ricostruendo accuratamente le situazioni che provocano disagi.

4) La **quarta fase** comporta l'indagine del livello motivazionale del paziente ad intraprendere la terapia. In questo modo è possibile costatare la volontà di cambiamento. È importante che il terapeuta valuti tutte le fonti di sostegno sociale che potrebbero agevolare la terapia e accrescere la motivazione del paziente.

5) La **quinta fase** dell'analisi del comportamento consiste nel riassumere i tratti patologici del paziente e i fattori ambientali sottesi al comportamento anomalo. Con quest'ultima formulazione si specificano le mete della terapia, l'impiego

Rassegna di psicoterapie. Ipnosi. Medicina Psicosomatica. Psicopatologia forense.

delle tecniche e i modi di condurre osservazioni di controllo prima e durante l'intervento terapeutico al fine di valutare il progresso.

La procedura adottata per osservare il comportamento umano sembra essere molto focalizzato all'aspetto meccanico e fisico, legato più ai fatti concreti avvenuti nella vita del paziente che all'integrazione con le cognizioni. Vi è una spaccatura che oggi si può dire superata viste le nuove posizioni teorico-pratiche dell'approccio cognitivo-comportamentale.

b) La desensibilizzazione sistematica di J. Wolpe

La desensibilizzazione sistematica è una tecnica terapeutica molto usata in terapia comportamentale adatta soprattutto per disturbi di natura ansigena. Negli anni Cinquanta, in Sud Africa, Wolpe mise a punto la tecnica esponendo i risultati nel suo saggio *Psychotherapy by Reciprocal Inhibition* del 1958 (**Wolpe**, 1958).

Nella pratica clinica la desensibilizzazione sistematica serve a trattare molteplici problemi associati all'ansia. La procedura è alquanto complessa e richiede una certa dose di collaborazione da parte del paziente. Per prima cosa il clinico deve stabilire, mediante una valutazione comportamentale esauriente e approfondita, che le situazioni che inducono reazioni ansiose nel paziente in realtà non giustificano tali reazioni. In secondo luogo vanno messe a fuoco le situazioni in cui compare l'ansia, cercando di illustrare quanto più possibile le sensazioni, i momenti, le difficoltà, le emozioni provate. A questo punto il terapeuta presenta in modo sistematico una gerarchia di scene ansiogene, collegate ovviamente con i contenuti mentali di timore del singolo paziente, caratterizzate dal minore di ansia possibile fino al più alto grado. Tali scene vengono poste di fronte all'immaginazione del paziente mentre rimane rilassato e di conseguenza si opera sull'ansia mediante un'opera di

controcondizionamento. Le scene vengono rappresentate nel modo più vicino alla vita reale in modo da potenziare la capacità di immaginazione e produrre quell'effetto di generalizzazione ai luoghi e alle situazioni della vita reale. Al paziente viene insegnato a procedere gradualmente nella vita reale secondo il progresso via via acquisito lungo la gerarchia di scene offerte dalla terapia. Il successo del procedimento dipende dalla frequenza di generalizzazione dello stimolo.

Altro aspetto da non sottovalutare è quello che la desensibilizzazione sistematica è più efficace dando all'immaginazione un ruolo decisamente più attivo. Il paziente può infatti essere addestrato, mentre visualizza una scena, ad immaginare se stesso che affronta attivamente l'ansia mediante gli accorgimenti tecnici del rilassamento (ad esempio, respiri lenti e profondi), fornendo nel frattempo le autoistruzioni concordate con il terapeuta. Tali istruzioni sono ovviamente formate dalla natura dei problemi come essi appaiono nell'analisi del comportamento. Il terapeuta quindi fa attenzione alla specificità del problema, all'intensità del problema, al luogo, alle persone con cui il problema è collegato e quando esso si manifesta.

L'applicazione della tecnica segue il seguente schema:

- 1- analisi comportamentale degli stimoli che evocano ansia;
- 2- insegnamento della tecnica di rilassamento (tra le 5 e le 6 sedute; Tecnica del Rilassamento Progressivo di Jacobson), da praticare anche a casa per mezz'ora al giorno. Una volta che il cliente impara a rilassarsi, il terapeuta passa alla fase successiva;
- 3- il terapeuta descrive una serie di scene e chiede al cliente, completamente rilassato e con gli occhi chiusi, di immaginare se stesso in ognuno di esse. Le situazioni vengono presentate in una gerarchia che va dal minimo di ansietà al massimo di minaccia. Mentre il cliente è rilassato e immerso nella situazione, se comincia a sperimentare ansia gli viene chiesto di interrompere l'immagine e

rientrare nello stato di puro rilassamento. Ogni volta che si presentano, gli stimoli ansiogeni vengono sostituiti con le tecniche di rilassamento, finché è in grado di rimanere rilassato anche quando immagina le scene che producono maggiore ansia. Una volta raggiunto questo risultato, l'apprendimento può essere trasferito nelle esperienze esterne alla terapia ed essere generalizzato per ogni situazione ansiogena.

Molto vicine alla desensibilizzazione sistematica sono la terapia implosiva e il *flooding*. La prima differisce dalla desensibilizzazione sistematica in quanto mentre per quest'ultima l'ansia viene affrontata con gradualità e parallelamente con il rilassamento; nella seconda forma di terapia l'ansia è trattata a tutta velocità cercando di indurre ansia fino all'estinzione. Il principio di tale metodo è che se il paziente può provare ansia e poi avvertirne il relativo annullamento tramite la prova di realtà, la fobia finirà per perdere la propria base motivazionale. Talvolta il contatto con gli stimoli ansiogeni viene compiuto direttamente, talvolta usando la capacità immaginativa del paziente influenzandola con suggerimenti. Lo scopo è suscitare il grado più elevato possibile di ansia e di continuare a presentare stimoli fino a quando non avvenga una diminuzione sensibile dell'ansia. Con il *flooding* (o inondamento) invece, si procede ad un'esposizione graduale prolungata a stimoli esterni, ottenendo un progressivo controllo fino all'estinzione di una risposta d'ansia impedendo il comportamento di evitamento ad esso collegato. Così come nella terapia implosiva, anche nel *flooding* si chiede al paziente di affrontare la situazione fobica ad alti livelli di intensità e durata di esposizione e di sperimentare l'ansia che ne consegue fino al momento in cui la stessa risposta di paura si estingue. Il procedimento va applicato per gradi, prima nella immaginazione, quindi in situazione di vita reale, iniziando dalle situazioni-stimolo meno intense, fino ad arrivare a quelle che suscitano le reazioni più intense.

c) Tecniche aversive

Queste tecniche obbediscono al principio del condizionamento operante di Skinner. Infatti, la punizione viene considerata il mezzo più efficace per modificare un comportamento inappropriato. Tra i comportamenti che più si prestano alle tecniche aversive ci sono: il fumo, l'alimentazione eccessiva, l'uso di alcool, comportamenti sessuali disfunzionali, ecc. Le tecniche aversive consistono nell'associare uno stimolo neutro o positivo con uno stimolo spiacevole incondizionato (ad esempio una piccola scossa elettrica). Il metodo è simile alla desensibilizzazione sistematica, ma persegue l'obiettivo opposto, poiché la nuova risposta d'ansia, o reazione avversiva, deve sostituire la precedente risposta positiva. Il paziente, in questo modo, apprende a trattenersi dal comportamento indesiderato anche per il futuro. Gli stimoli che vengono somministrati per l'estinzione dei comportamenti vanno dallo shock elettrico a farmaci che inducono nausea.

Essendo una tecnica che prevede l'utilizzo di mezzi fisici e chimici per l'estinzione del comportamento, è stato al centro di numerose controversie per ragioni etiche, per questo, viene utilizzato solo in casi in cui altri tipi di procedure si sono dimostrate fallimentari, oppure vengono utilizzate in combinazione con altre procedure meno invasive.

Una tecnica più recente e frequentemente utilizzata nella pratica clinica è l'impiego di uno stimolo avversativo coperto, cioè presentato nell'immaginazione. Con la tecnica del comportamento coperto (covert behavior) i metodi comportamentali vengono applicati a pensieri e alle immagini del paziente. Anche in questa tecnica è necessario compilare una precisa gerarchia degli stimoli verso i quali insorge il comportamento coattivo che si vuole controllare: ad esempio, in una forma bulimia, i cibi e le occasioni

quotidiane che danno luogo con maggior frequenza a questo comportamento coattivo. Si procede poi alla compilazione di un elenco degli stimoli disgustosi e repellenti specifici per il paziente: ad esempio vomito, piaghe, ecc. Nella pratica si richiede al paziente, in stato di rilassamento, di immaginare la situazione-stimolo che corrisponde al primo livello delle gerarchie, nel modo più vivido possibile. A questo punto gli si presenta immediatamente uno degli stimoli disgustosi precedentemente elencati. Contro il tabagismo è stato usato, ad esempio, come comportamento coperto, l'immagine del paziente stesso che vomita. Con il comportamento coperto di *modeling* si è insegnato a pazienti a mutare il loro discorso interno e di conseguenza a modificare il loro comportamento aperto.

d) Il modeling

L'imitazione di modelli è stata introdotta nella pratica clinica grazie all'efficacia dimostrata dagli studi di Bandura, Blanchard e Ritter (**Bandura et alii**, 1969, 173-179) sul trattamento della fobia dei serpenti.

In questa procedura si presenta al paziente un modello che dimostra il tipo di comportamento da acquisire. La tecnica del modeling è stata impiegata soprattutto per ridurre ansie e timori ed insegnare ai pazienti una vasta gamma di comportamenti comprendenti azioni di affermazione della persona (addestramento all'assertività), comportamenti sessuali, condotte sociali e capacità di assumere decisioni. È una tecnica che risulta particolarmente utile quando non è possibile che il paziente acquisisca il comportamento in modo graduale.

Secondo l'impostazione di questa tecnica i problemi di una persona dipendono da modelli di apprendimento errati, che vanno modificati attraverso la presentazione in terapia di modelli alternativi da imitare, costituiti da elementi che maggiormente si avvicinano alle caratteristiche del paziente, e che

presentano un grado elevato di prestigio e di status. Gli effetti più importanti del modellamento sono:

- l'acquisizione ed integrazione di nuove risposte e abilità, attraverso l'osservazione e l'imitazione di modelli;
- l'eliminazione della paura, che avviene quando il paziente vede che il modello non subisce nessuna conseguenza negativa anche se esegue un comportamento che a lui crea ansia;
- la facilitazione delle risposte: aumenta la frequenza dei comportamenti già appresi che non creano paure.

In alcuni casi è lo stesso terapeuta che funge da modello da imitare per il paziente, mostrando le qualità concrete del comportamento. Il terapeuta può anche fare uso di filmati o fotografie allo scopo di consentire l'imitazione del modello da parte del paziente.

Nell'apprendimento per modellamento è importante anche la funzione del rinforzo vicario, e cioè quando il comportamento del modello ottiene una ricompensa, che induce il cliente ad imitare il comportamento esibito. Un accorgimento importante è rappresentato nel costruire i modelli da imitare con elementi non troppo distanti dalle caratteristiche del paziente, altrimenti il modello potrebbe essere percepito come irrealistico e non essere efficace.

e) Training assertivo

L'addestramento all'assertività comprende un insieme di tecniche interpersonali che hanno come scopo quello di insegnare al paziente ad esprimere in modo più efficace i propri sentimenti. Di solito tale modalità terapeutica si applica sui pazienti che mostrano, nelle situazioni sociali ed interpersonali, intense reazioni d'ansia che ostacolano un comportamento adeguato dell'individuo. Il timore presente in queste persone può ridimensionarsi e scomparire apprendendo delle risposte affermative che

ostacolano l'insorgere dell'ansia. Generalmente i tipi di persone che possono trarre beneficio dal training assertivo sono quelle che non hanno mai appreso come mostrare ira o gioia, che presentano scarsa capacità di autoaffermazione, che possono essere state punite per essersi comportati in modo da farsi valere, soprattutto nelle prime esperienze infantili. Può essere altrettanto utile quando il terapeuta si trova di fronte a persone semplici, miti, ingenui, incapaci di dire no, che si lasciano controllare e dominare dagli altri.

Questa procedura aumenta la possibilità della persona di scegliere tra più repertori comportamentali, l'addestra ad esprimere le emozioni più appropriate alla situazione e ai sentimenti degli altri ed a migliorare i suoi rapporti interpersonali.

Alla base di tutto il procedimento c'è il processo di modellamento. Il terapeuta fornisce un rinforzo per ogni comportamento assertivo esibito dal cliente, all'interno di un percorso d'addestramento graduale, in cui è possibile acquisire una nuova abilità solamente dopo aver appreso quella precedente. È requisito indispensabile l'analisi accurata sia dei comportamenti non affermativi del paziente, sia delle persone o situazioni del suo ambiente, in cui tali comportamenti si manifestano con maggior frequenza.

Tecnicamente la procedura terapeutica per il training assertivo prevede diversi passi:

- *istruzioni*, il terapeuta descrive al cliente i comportamenti assertivi da assumere;
- *feedback*, dopo che il paziente ha ripetuto una serie di comportamenti, il terapeuta gli rimanda suggerimenti e rinforzi;
- *modellamento*, il terapeuta rappresenta il comportamento che il cliente deve imitare;

- *ripetizione dei comportamenti*, rappresenta una prova generale del comportamento da ripetere all'esterno, in cui il cliente interpreta ruoli diversi in situazioni diverse;

- *rinforzo sociale*, consiste nel gratificare il cliente quando raggiunge la risposta desiderata;

- *compiti a casa*, permettono al cliente di provare nella vita quotidiana, nelle loro situazioni, quello che hanno imparato in terapia.

Il comportamento del terapeuta è volto a prestarsi come modello da imitare per il paziente, gli mostra quale sarebbe il comportamento di una persona che afferma se stessa nelle situazioni analoghe a quelle del cliente.

2. Le tecniche nell'approccio cognitivo

Nelle tecniche esaminate finora l'accento era posto sulla manipolazione diretta del comportamento manifesto e occasionalmente del comportamento non manifesto dell'individuo. Un'attenzione relativamente scarsa veniva prestata alla modificazione diretta dei processi del pensiero e dei processi logici del paziente. La terapia cognitiva, invece, si basa sull'assunto che le cognizioni sono in grado di determinare le emozioni, per cui per modificare queste ultime, occorre innanzitutto modificare le cognizioni corrispondenti. Tutte le tecniche cognitive hanno uno scopo comune che consiste nella modificazione del comportamento previa modifica delle istruzioni che lo dirigono.

Beck sostiene che tecniche cognitive sono finalizzate a delineare e collaudare le specifiche interpretazioni errate e i presupposti maladattivi del paziente. Esse consistono in "esperienze di apprendimento molto specifiche volte a insegnare al paziente le seguenti operazioni:

- regolare i propri pensieri negativi, automatici;
- conoscere le connessioni tra cognizione, affetto e comportamento;
- esaminare le prove a favore e contro il proprio pensiero automatico;

Rassegna di psicoterapie. Ipnosi. Medicina Psicosomatica. Psicopatologia forense.

- sostituire queste cognizioni prevenute con interpretazioni più centrate sulla realtà;

- imparare a individuare e a modificare le convinzioni disfunzionali che predispongono a travisare le proprie esperienze” (Beck, 1978, 17).

Di seguito verranno focalizzate le principali tecniche che fanno capo all’orientamento cognitivo.

a) Le Tecniche Cognitive di A. Beck

Beck ha costruito il suo impianto teorico soprattutto grazie alla sua grande esperienza maturata con pazienti depressi. Egli sosteneva che la depressione consisteva in una visione negativa di sé, degli altri e del futuro (triade cognitiva), pertanto le tecniche da lui utilizzate hanno lo scopo di identificare, di provare nella realtà e modificare i pensieri automatici, le distorsioni cognitive e gli schemi disfunzionali.

Sul piano dell’intervento la procedura per correggere i pensieri automatici, le distorsioni cognitive e gli schemi disfunzionali è organizzata in vari momenti:

- il terapeuta deve fare in modo che il problema del paziente sia al centro della loro discussione. Va fatta una selezione delle diverse situazioni problematiche per capire quanto è centrale un problema per il soggetto;

- una volta individuato un problema, il passo successivo proposto da Beck è quello di frammentarlo in modo tale che il problema non venga visto più come quell’ostacolo insormontabile a cui non ci si poteva avvicinare;

- infine, il terapeuta deve fare in modo che il paziente cambi le previsioni sul suo comportamento.

Dopo questi passi preliminari il terapeuta è in grado di cogliere su quale problematica deve intervenire, ovvero deve decidere se lavorare sui pensieri automatici, distorsioni cognitive o schemi disfunzionali.

Il terapeuta utilizzerà la tecnica della previsione di successo per quei pazienti che presentano in vario modo delle distorsioni cognitive e, pertanto, interpretano varie situazioni problematiche come minaccia; l'obiettivo della terapia sarà quello di trasformare le minacce in sfide lavorando, appunto, sull'immaginazione di successo.

Per ciò che riguarda i pensieri automatici, il terapeuta ha il compito di addestrare il cliente a coglierli e a rintracciarli. Molto spesso le persone non sono al corrente dei flash (pensieri automatici) che intercorrono nei loro pensieri. Il modo suggerito per coglierli è quello dell'automonitoraggio in cui il soggetto quando sta pensando a qualcosa deve stare attento per accorgersi dell'emergenza o dell'apparire di qualche flash.

I tentativi di modificare il pensiero negativo vengono attuati, come è stato accennato, sia a livello comportamentale che cognitivo. Nell'esperienza avuta con pazienti depressi, Beck ha riscontrato l'utilità di una tecnica comportamentale per quei pazienti convinti di essere depressi e che si deprimono ancor di più a causa di questa loro convinzione. Tale tecnica consiste nel far tener ai pazienti un diario su cui registrare il proprio umore a intervalli regolari durante la giornata. Se dal diario risulta una certa variabilità del tono dell'umore, come in realtà spesso accade anche in soggetti molto depressi, questa informazione può servire a mettere in discussione la convinzione dei pazienti che la loro esistenza sia sempre triste.

Altre tecniche vengono utilizzate per quei soggetti che si dimostrano abulici, per cui qualsiasi compito per loro sembra insormontabile e si ritengono incapaci. Per metter alla prova questa convinzione, o schema, d'insormontabilità, il terapeuta suddivide un particolare compito in tante piccole fasi e incoraggia il paziente a concentrarsi solo su una fase alla volta. Se tale procedura è gestita con abilità da parte del terapeuta – e a questo scopo ovviamente è importante un buon rapporto terapeutico – il paziente scopre di

Rassegna di psicoterapie. Ipnosi. Medicina Psicosomatica. Psicopatologia forense.

riuscire in realtà a fare qualcosa. I suoi progressi vengono poi discussi con il terapeuta, il quale dimostra al paziente che essi sono incompatibili con la sua convinzione di non possedere capacità sufficienti a svolgere alcun compito. Quando l'opinione che il paziente ha di sé comincia a cambiare, compiti di maggiore difficoltà sembrano meno insormontabili e il successo può alimentare altro successo, con ulteriori cambiamenti benefici nelle convinzioni del soggetto su se stesso e sul mondo.

b) La Terapia Razionale Emotiva di A. Ellis (RET)

Nella pratica clinica il modello ABC elaborato prima da Skinner, secondo un'ottica comportamentista, e poi rielaborato da Ellis, secondo quella cognitivista, si prolunga, metodologicamente, in altre due lettere D ed E. Come è già stato accennato, l'obiettivo di Ellis è quello di correggere i pensieri irrazionali attraverso la procedura terapeutica conosciuta come modello ABCDE (Ellis, 1993). L'intervento terapeutico è articolato in tre momenti fondamentali:

- *Identificare* i pensieri assolutistici;
- *Rendere consapevole* il cliente;
- *Aiutare a sostituire* le *idee irrazionali* con quelle *razionali*;
- *Verifica* degli effetti sulle emozioni, sulle convinzioni e sul comportamento.

I passi fondamentali da seguire per l'applicazione del modello possono essere rappresentati in due fasi. Il primo momento è dedicato alla conoscenza del problema e quindi all'identificazione dei pensieri assolutistici, mentre l'altro comprende l'ambito terapeutico volto a consapevolizzare e sostituire le convinzioni irrazionali con quelle razionali.

Prima fase. Per comprendere il problema del paziente Ellis propone di eseguire la scheda ABC, dove per A si intende l'evento attivante, per B i sistemi di convinzioni razionali e irrazionali e per C le conseguenze. I sistemi di

convinzioni (B) possono essere razionali e irrazionali e pertanto sono l'oggetto dell'intero processo terapeutico. Questo primo momento è molto utile per comprendere le idee irrazionali che stanno alla base dei disturbi affettivi ed emotivi delle persone. In questa prima fase svolge un ruolo molto importante la verbalizzazione esatta ed accurata delle idee irrazionali del paziente. Ellis sostiene a questo proposito che esistono alcune tipologie di idee irrazionali: il pensiero assolutistico, il pensiero catastrofico, intolleranza e insopportabilità, svalutazione globale di se stessi o degli altri, generalizzare, indispensabilità o bisogni assoluti; che già sono state trattate nel paragrafo precedente.

Seconda fase. Tecnicamente per raggiungere sia la consapevolezza che il cambiamento delle convinzioni si utilizzano le altre due lettere del modello della Terapia Relazionale Emotiva D ed E. Per D si intende la disputa, la discriminazione e la discussione delle idee disfunzionali. Nella disputa sono essenziali tre momenti:

- l'individuazione delle idee irrazionali che sottostanno al sistema di convinzioni;
- la discriminazione delle convinzioni irrazionali dalle razionali;
- la confutazione delle idee irrazionali affinché il cliente non comprenda a fondo la natura del suo problema cognitivo.

Le tecniche che si utilizzano nella Terapia Razionale Emotiva mirano a ristrutturare la personalità del paziente intervenendo su tre aspetti della personalità, ovvero: la dimensione cognitiva, quella comportamentale e quella emotiva. A seconda di queste dimensioni si può parlare di tecniche cognitive, comportamentali o emotive.

La procedura per mettere in discussione le convinzioni irrazionali può essere suddivisa in tre parti:

- a) individuazione (*detecting*) delle convinzioni irrazionali che vengono attivate in una data situazione;

Rassegna di psicoterapie. Ipnosi. Medicina Psicosomatica. Psicopatologia forense.

b) loro contestazione (*debating*) attraverso una serie di domande miranti a farne constatare l'illogicità e l'inconsistenza;

c) discriminazione (*discriminating*) delle convinzioni razionali, espresse in termini relativi e di preferenza, dalle convinzioni irrazionali, espresse in termini assolutistici e di doverizzazioni.

Per ciò che concerne la lettera E, essa ha più che altro una funzione di verifica, di accertarsi che la disputa avvenuta abbia sortito gli effetti cognitivi, emotivi e comportamentali desiderati.

c) Lo Stress Inoculation Training di D. Meichenbaum

Rielaborando i principi dell'apprendimento sociale di Bandura, Meichenbaum ha creato un programma di intervento terapeutico che si propone di ristrutturare le cognizioni del cliente attraverso il cambiamento delle sue auto-affermazioni. Oltre a modificare il comportamento per cambiare le cognizioni, Meichenbaum ritiene necessario il cambiamento della struttura cognitiva che controlla e dirige la scelta dei pensieri e li organizza all'interno di schemi e modelli, e del dialogo interno delle persone, che influenza il modo di vedere le cose e di comportarsi. Per lo studioso il cambiamento terapeutico avviene attraverso l'interazione tra il dialogo interno, le strutture cognitive e le risposte date ai comportamenti delle persone.

La procedura è volta non tanto a modificare l'ambiente esterno, quanto a sviluppare nel soggetto una serie di capacità utili per affrontare situazioni stressanti nel modo meno doloroso e traumatico possibile.

Gli obiettivi proposti da Meichenbaum attraverso la tecnica dello Stress Inoculation Training, sono principalmente (Meichenbaum, 1999, 42) :

- modificare il comportamento del paziente, identificando e sostituendo comportamenti adattivi con comportamenti disadattivi;

- sviluppare attività di autoregolazione, sia da un punto di vista psiocofisiologico che del dialogo interno del paziente;
- esplorare e modificare le strutture cognitive.

È una tecnica che si è rilevata abbastanza utile per il trattamento della fobie sociali, cioè delle intense reazioni emotive suscitate da reazioni sociali particolari.

Da un punto di vista operativo Meichenbaum divide il training in tre fasi. Nella **prima fase** si forniscono al soggetto delle basi concettuali per la comprensione delle sue reazioni emotive. Viene considerata una fase educativa e di concettualizzazione, si tende a fornire al soggetto delle informazioni utili a fargli comprendere le sue reazioni emotive nelle varie situazioni da lui temute.

Nella **seconda fase** si forniscono al soggetto delle abilità cognitivo-comportamentali adatte a fronteggiare le varie situazioni, come ad esempio, interrompere il dialogo interno che precede l'immagine temuta. Si procede alla raccolta delle informazioni sugli oggetti fobici da parte del terapeuta, alla predisposizione degli itinerari di fuga, all'apprendimento di esercizi di rilassamento fisico atti a fornire le basi per ridurre l'attivazione neurofisiologica.

Nella **terza fase**, infine, viene fornita al soggetto l'opportunità di mettere in pratica le abilità apprese per far fronte alle situazioni da lui temute. Quando il soggetto ha acquisito dei miglioramenti nell'impiego delle nuove capacità cognitive e comportamentali viene invitato ad esporsi gradatamente ad una varietà di fattori stressanti. In alcuni casi il terapeuta funge da modello nel far fronte alle situazioni critiche e viene poi seguito dalla prova del soggetto che si fornisce autodistruzioni, dapprima ad alta voce, in seguito silenziosamente.

d) Il Problem Solving

Il problem solving è una tecnica utilizzata in ambito cognitivo comportamentale volta a migliorare le capacità di risoluzione delle situazioni problematiche. Esso viene definito come un “processo comportamentale sia di natura “overt” che cognitiva “covert” che rende disponibile una varietà di potenziali risposte alternative per affrontare le situazioni problematiche e incrementare le probabilità di scegliere la risposta più efficace tra le diverse alternative.

L'obiettivo è quello di sviluppare nei pazienti una strategia generale per far fronte alle situazioni problematiche della vita di ogni giorno, in modo tale da porsi verso le stesse con modalità più efficaci ed originali.

I passi necessari per l'attuazione di questa tecnica sono:

1. “definire lo stressor o le reazioni di stress come un problema da risolvere;
2. porre degli obiettivi realistici il più concretamente possibile definendo il problema in termini comportamentali e delineando i passi necessari per conseguire ciascun obiettivo;
3. produrre una vasta gamma di possibili alternative d'azione;
4. immaginare e considerare come gli altri potrebbero rispondere se venisse richiesto loro di trattare un simile problema di stress;
5. valutare i pro e i contro di ogni soluzione proposta e classificare le soluzioni dalla meno desiderabile e pratica a quella che lo è nel massimo grado;
6. ripetere strategie e comportamenti per mezzo dell'immaginazione, del rehearsal comportamentale e della pratica graduata;
7. mettere in pratica la soluzione più accettabile e probabile;
8. mettere in preventivo alcuni fallimenti, ma gratificarsi sempre per aver tentato,

9. riconsiderare il problema originario alla luce dei tentativi fin lì compiuti di problem-solving” (Meichenbaum, 1999, 91-92).

Infine un modo produttivo di iniziare un processo di problem-solving consiste nel domandare al paziente quale consiglio darebbe a un altro che si trovasse in una esperienza di stress simile alla sua. Questa procedura permette essenzialmente di distanziare dal proprio Sé le ansie e di vedere dal di fuori la propria problematica dandole in questo modo una struttura e un significato più attinente alla realtà.

3. La terapia cognitivo-comportamentale tra efficacia e punti di debolezza

La domanda che ci si pone molto spesso in ambito scientifico è: l'intervento psicoterapeutico è efficace? La risposta non è semplice ma, si può comunque affermare che alcune forme di psicoterapie sono efficaci per determinati pazienti e per determinate patologie. Inoltre, non vanno sottovalutate le ricerche atte a stabilire l'efficacia delle psicoterapie in base al rapporto che si stabilisce tra il paziente e il clinico. Le ricerche hanno dimostrato che tale relazione ha un'importanza fondamentale ai fini del successo terapeutico a prescindere dall'approccio teorico di riferimento. Il successo terapeutico, quindi sembra sia legato non tanto alle tecniche messe in atto da questa o quella impostazione terapeutica, ma dalla qualità del rapporto terapeutico (Wachtel, 2000, 62-64).

Per ciò che concerne, più in particolare, l'efficacia della terapia cognitivo-comportamentale le ricerche hanno negli ultimi decenni fatto molta chiarezza su alcuni aspetti e hanno aperto grossi dubbi su altri.

Per parlare di efficacia in terapia cognitivo-comportamentale bisogna prima di tutto comprendere quali siano le peculiarità di tale orientamento e in seguito provare a tirare delle conclusioni in base alle ricerche empiriche degli ultimi decenni. Si può affermare che l'approccio cognitivo-comportamentale presenta le seguenti caratteristiche:

Rassegna di psicoterapie. Ipnosi. Medicina Psicosomatica. Psicopatologia forense.

- è un orientamento che si basa su assunti teorici che richiedono di essere validati sperimentalmente;
- è un approccio che fa della ricerca empirica lo strumento più usato sia per la concettualizzazione del caso che per la misura di intervento da adottare per i singoli pazienti;
- ha sempre cercato di focalizzare i processi terapeutici monitorando sin dall'inizio tali processi e identificando gli ostacoli terapeutici;
- ha in sé aspetti contrastanti in quanto adotta metodi e procedure a volte ambivalenti;
- sembra avere maggiore libertà e successo per quei disturbi che prevedono una coscientizzazione del problema, una volontà al cambiamento e fiducia nell'operato del terapeuta;
- per ciò che riguarda le metodologie e gli interventi per i disturbi di personalità è ancora in fase di sperimentazione, mentre per ciò che concerne i disturbi a carattere nevrotico sembra avere maggior successo.

Da queste brevi considerazioni introduttive si evince con chiarezza che stiamo di fronte ad un approccio che fa utilizzo soprattutto della ricerca per accertare la validità dei metodi terapeutici utilizzati. Nei prossimi paragrafi verranno presi in considerazione sia i pregi che i limiti terapeutici dell'approccio cognitivo-comportamentale facendo riferimento a ricerche che attestano validità ed efficacia dell'orientamento.

3.1. I pregi della terapia cognitivo-comportamentale

La terapia cognitivo-comportamentale ha nel suo insieme teorico-pratico un potenziale enorme, il fatto stesso che è un orientamento aperto a nuove procedure e a nuove concettualizzazioni teoriche ne fa un pregio visto che l'orientamento si basa principalmente sulla validazione empirica per stabilire l'efficacia delle nuove teorie e tecniche.

L'approccio cognitivo-comportamentale risulta essere molto efficace per tutti quei pazienti che presentano disturbi di tipo nevrotico come ad esempio le fobie, ansie, cioè dove è presente una coscientizzazione del problema vissuto e la volontà di superare le difficoltà incontrate. Molte ricerche atte a verificare l'efficacia dell'orientamento in questione dimostrano che il trattamento riscuote molto successo anche se il rischio di ricadute è elevato (**Kadden et alii**, 1989, 698-704).

Altre ricerche hanno tentato di studiare il successo della terapia cognitivo-comportamentale basandosi prevalentemente su alcuni disturbi specifici. Ad esempio si è dimostrato che la terapia cognitivo-comportamentale riscuote molto successo nelle terapie con alcolisti, con tossicodipendenti, per i disturbi dell'alimentazione (anoressia e bulimia nervosa), con la depressione, con disfunzioni sessuali e per tutti quei disturbi che sono caratterizzati da comportamenti fobici, d'ansia (**Kadden et alii**, 1989; **Hodgson**, 1991; **Michielin**, 1987; **Channon et alii**, 1989; **Fairburn et alii**, 1986; **Dobson**, 1989)

3.2. Limiti

Alcune critiche mosse nei confronti dell'approccio cognitivo-comportamentale ritengono che il successo terapeutico vero e proprio non lo si raggiunge a causa delle numerose "ricadute". Cioè alcuni studiosi, tra cui anche lo stesso Ellis, sostengono che dopo la conclusione della terapia, il paziente sembra essersi ripreso o quantomeno di possedere qualche arma in più per star meglio ma, ciò non è totalmente vero visto che in molti casi dopo qualche tempo i sintomi e la sofferenza di una volta ritornano. Perché accade ciò? Non si può rispondere con esattezza a questa domanda anche perché non dipende necessariamente dal tipo di orientamento scelto. Molte volte accade proprio quello che scriveva Ellis. "Un bravo psicoterapeuta deve lavorare per un

notevole periodo di tempo, e in condizioni estremamente deprimenti, con quasi tutti i pazienti. E anche quando li aiuta a fare sensibili miglioramenti, essi rimangono ostinatamente aggrappati alle molte idee irrazionali con le quali sono entrati in terapia e spesso, non appena hanno convinto se stessi e il terapeuta di aver acquisito un notevole insight nelle cause dei loro disturbi e di averlo già messo a profitto, si comportano di nuovo in modo affatto autolesionistico” (Ellis, 1989, 215).

Altre critiche mosse all’approccio cognitivo-comportamentale hanno come soggetto due autrici: Koss e Shiang (Koss-Shiang, 1994). Le autrici sottolineano che l’orientamento cognitivo-comportamentale serve in genere ai clienti con sintomi comportamentali circoscritti, ed escludono i clienti con un funzionamento cognitivo danneggiato. Inoltre affermano che i clienti devono essere capaci di riconoscere, ricordare e relazionare tanto i sintomi quanto le loro cognizioni, poiché senza questa organizzazione e capacità gli interventi non possono intraprendere in modo significativo tale via. Secondo le autrici, l’approccio cognitivo-comportamentale esige poca enfasi nel selezionare i clienti entrati in terapia, nell’analizzare la condotta e le cognizioni generali.

Un altro aspetto poco chiaro è l’ambivalenza dell’intervento terapeutico. Gli psicoterapeuti cognitivo-comportamentali nelle loro applicazioni cliniche continuano ad essere comportamentali nel loro servirsi di procedure basate sulla prestazione e nell’importanza che attribuiscono alla modificazione del comportamento, ma sono cognitivi nel senso che ritengono che il cambiamento cognitivo sia un meccanismo importante, responsabile dell’efficacia almeno di alcune procedure comportamentali (Davison-Neale, 2000, 553).

In terapia cognitivo-comportamentale un aspetto che suscita alcune riflessioni è quello legato all’uso delle tecniche e alla condotta del terapeuta, il quale si muove tra “direttività” e “indirettività”. È una variabile da tenere sotto controllo perché questa dualità all’interno dell’approccio può procurare alcune

difficoltà sia per l'instaurarsi della relazione terapeutica e sia per il successo del trattamento. Alcuni comportamenti di transfert possono essere un esempio di come il paziente vive la dualità del terapeuta.

Un punto dolente dell'approccio cognitivo-comportamentale è quello che non c'è una chiara visione teorica e definizione di intervento per ogni singolo disturbo di personalità. Non potendo concettualizzare il disturbo è alquanto complicato impostare un trattamento per la soluzione del disagio.

Il problema inerente all'efficacia della terapia cognitivo-comportamentale per i disturbi di personalità è un capitolo aperto che si sta ancora scrivendo e che si sta servendo di numerose ricerche.

Infine non sono da sottovalutare le critiche che vengono mosse soprattutto dai modelli psicodinamici. In particolare essi accusano l'approccio cognitivo-comportamentale di escludere la storia del paziente, il suo passato, arrivando così a non toccare a fondo le radici del problema.

BIBLIOGRAFIA:

BANDURA A. (1969a), *Principles of Behavior Modification*, New York, Rinehart e Winston.

BANDURA A. – BLANCHARD E.B. – RITTER B. (1969b), Relative efficacy of desensitization and modeling approaches for inducing behavioral, affective, and attitudinal changes, in "Journal of Personality and Social Psychology", 13, 173-199.

BARA B.G. (a cura di) (1999), *Manuale di psicoterapia cognitiva*, Torino, Bollati Boringhieri.

BECK A. T. (1978), *La depressione*, Torino, Bollati Boringhieri.

CHANNON S. – DE SILVA P. – HEMSLEY – PERKINS R. (1989), A Controlled Trial of Cognitive-Behavioural and Behavioural Treatment of Anorexia Nervosa, in "Behaviour Research and Therapy", 27, pp. 35-529.

Rassegna di psicoterapie. Ipnosi. Medicina Psicosomatica. Psicopatologia forense.

DAVISON G.C. – NEALE J.M (2000), *Psicologia clinica*, Bologna, Zanichelli, 553.

DOBSON K.S. (1989), *A Meta-Analysis of the Efficacy of Cognitive Therapy for Depression*, in “Journal of Consulting and Clinical Psychology”, 57, 9 – 414.

ELLIS A. (1989), *Ragione ed emozione in psicoterapia*, Roma, Astrolabio, 215.

FAIRBURN C.G. – KIRK J. – O’CONNOR M. – COOPER P.J. (1986), *A Comparison of Two Psychological Treatments for Bulimia Nervosa*, in “Behaviour Research and Therapy”, 24, pp. 43-629.

FLOWLER D.(1998), *Terapia cognitivo-comportamentale delle psicosi. Teoria e pratica*, Milano, Masson.

GENTILI P. – GRASSO M. (a cura di) (1993), *Psicologia clinica e psicoterapia*, Roma, Borla.

GIUSTI E. – MONTANARI C. – MONTANARELLA G. (1995), *Manuale di psicoterapia integrata. Verso un eclettismo clinico metodologico*, Milano, Franco Angeli.

GRASSO M. – LOMBARDO G.P. – PINKUS L. (1988), *Psicologia clinica*, Roma, NIS.

GUIDANO V. F. – REDA M. A. (1980), *Cognitivismo e psicoterapia*, Milano, Franco Angeli.

GULOTTA G. – DE CASTELLO E. (1998), *Psicologia della psicoterapia*, Torino, Bollati Boringhieri.

JACOBSON E. (1929), *Progressive relaxation*, Chicago, University of Chicago Press.

KADDEN R.M. – COONEY N.L. – GETTER H – LITT M.D. (1989), *Matching Alcoholics to Coping Skills or Interactional Therapies: Posttreatment Result*, in “Journal of Consulting and Clinical Psychology”, 57, pp. 698-704.

KENDALL P. C. (1986), *Psicologia clinica*, Bologna, il Mulino.

KOSS M.P. – SHIANG J. (1994), *Research of brief psychotherapy*, in BERGIN A.E. - GARFIELD L.S. (Edd.), *Handbook of Psychotherapy*

HODGSON R.J. (1991), *Substance misuse*, in “Behavioral Psychotherapy”, 19, pp. 7-80.

LEGRENZI P. (a cura di) (1997), *Storia della psicologia*, Bologna, Il Mulino.

LITTLE M. (1951), *Countertransference and the Patient's Response to it*, in International Journal of Psychoanalysis, 32, 32-40.

LITTLE M. (1957), *The Analyst's Response to the Patient's Needs*, in International Journal of Psychoanalysis, 38, 240-254.

LORIEDO C. – SANTILLI W. (a cura di) (2000), *La relazione terapeutica*, Milano, Franco Angeli.

MANCINI F. (1990), *Le teorie cognitive dei disturbi emotivi*, Roma, NIS.

MEAZZINI P. (1985), *Il comportamentismo: un sistema aperto*, in “Terapia del Comportamento”, 8, pp. 5-14.

MEICHENBAUM D. (1999), *Al termine dello stress. Prevenzione e gestione secondo l'approccio cognitivo-comportamentale*, Trento, Erickson, 1999.

MICHIELIN P. (1987), *Alcolismo: assesament e trattamento*, fascicolo monografico n. 14 di “Terapia del comportamento”, Roma, Bulzoni

PERRY R.B.(1918), *Docilità and Purposiveness*, in “Psychological Review”, XXV, pp. 1-20.

RAUE P.J.-GOLDFRIED M.R.- BARKHAM M. (1997), *The Therapeutic Alliance in Psycodynamic-Interpersonal and Cognitive-Behavioral Therapy*, in “Journal of Consulting and Clinical Psychology”, 65, pp. 582-587.

REED S. K. (1989), *Psicologia cognitive*, Bologna, Il Mulino.

Rassegna di psicoterapie. Ipnosi. Medicina Psicosomatica. Psicopatologia forense.

SACCO G. – ISOLA L. (a cura di) (1992), *La relazione terapeutica nelle terapie cognitive*, Roma, Melusina Editore.

SACCO G. (1989), *Tecniche della terapia cognitivo-comportamentale*, Roma, Melusina.

WACHTEL P. L. (2000), *La comunicazione terapeutica*, Torino, Bollati Boringhieri.

WOLPE J. (1958), *Psychotherapy by Reciprocal Inhibition*, Stanford, Stanford University Press.

DALLA TUTELA DEL MALATO DI MENTE ALLA TUTELA DELLA PERSONA DEBOLE: IL RICORSO ALL'AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO.

Nicola Magnavita⁴

Parole Chiave

Key words

Low and psychiatry, supported administrator, psychiatric care.

Riassunto

Lo scopo del presente lavoro è quello di descrivere la protezione giuridica del paziente psichiatrico e più in generale della persona debole in relazione all'evoluzione dell'assistenza psichiatrica in Italia e alla nuova legge di riforma "sull'amministratore di sostegno (L.6/04)". In particolare l'autore propone una domanda di ricorso che comprenda un questionario di valutazione delle abilità residue basato sul modello dell'ICF dell'OMS.

Abstract

The aim this work is to describe the juridical protection of psychiatric patient and in general directed to people incapable with regard to the evolution of psychiatric care and the new Italian law about "supported administrator" (L.6/04). In particular, the Author suggests a propose concerning the request of juridical appeal in which a questionnaire about the different remaining skills (based on the OMS model –ICF-) is presented.

1. EVOLUZIONE DELL'ASSISTENZA PSICHIATRICA IN ITALIA E TUTELA GIURIDICA DEL MALATO DI MENTE

Fino a meta' degli anni settanta l'assistenza del malato mentale era sostanzialmente e primariamente finalizzata alla sua custodia(art.1 dell'abrogata legge del 14 febbraio 1904):

“debbono essere custodite e curate nei manicomi le persone affette per qualunque causa da alienazione mentale, quando siano pericolose a sé e agli

⁴ Psichiatra, Master in criminologia clinica e psicopatologia forense, Dirigente medico I° livello - Dipartimento Interaziendale di Salute Mentale di Padova-

Rassegna di psicoterapie. Ipnosi. Medicina Psicosomatica. Psicopatologia forense.

altri o riescano di pubblico scandalo e non siano e non possano essere convenientemente custodite e curate fuorché nei manicomi”

Legge sicuramente pregiudizievole che associava automaticamente il malato mentale (definito alienato) ai concetti di pericolosità e di pubblico scandalo. Ne conseguiva obbligo di denuncia e di custodia (Zanaldi, 1999). Il malato di mente era in tal modo oggetto di custodia e di coercizione intramurale: il suo diritto alla salute era nettamente posposto alle esigenze di controllo e di custodia.

(Internamento in manicomio e Interdizione del malato e nomina del tutore, ex art. 420 c.c.).

Nel 1968 sotto la spinta di movimenti riformistici (Basaglia, 1971) e di esperienze europee (v. psichiatria di settore in Francia) vennero emanati nuovi provvedimenti circa l'assistenza psichiatrica:

- l'ammissione volontaria e la cura territoriale (ambulatoriale con l'istituzione dei Centri d'Igiene Mentale, art. 4 legge Mariotti)
- il manicomio diveniva struttura ospedaliera (artt. 1 e 2 legge 431/1968) e con l'art.11 della stessa legge
- veniva abrogata l'iscrizione dell'internamento nel casellario giudiziale

Il tema dell'assistenza psichiatrica veniva ripreso in occasione della riforma sanitaria nazionale e il Parlamento, utilizzando come canovaccio uno stralcio del progetto di riforma, approvava nel maggio 1978 una nuova legge sugli "Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori (legge 180 del 13

maggio 1978) che veniva ripresa nell'istituita legge del Servizio Sanitario Nazionale (833 del 23 dicembre 1978) che vige a tutt'oggi.

Le attuali disposizioni di legge distinguono pertanto i trattamenti sanitari in volontari (la regola) e in obbligatori (l'eccezione).

L'art.35 della stessa legge disciplina il procedimento relativo al TSO e la tutela giurisdizionale. In quest'ultimo caso il giudice tutelare entro 48 ore dall'ordinanza del sindaco che dispone il TSO (su proposta e convalida di due medici), assunte le informazioni e disposti gli eventuali accertamenti provvede con decreto motivato a convalidare o a non convalidare il provvedimento. Inoltre, qualora ne sussista la necessità, il giudice tutelare adotta i provvedimenti urgenti che possono occorrere per conservare e amministrare il patrimonio dell'infermo disponendo un tutore provvisorio (interdizione temporanea, comma 6, art. 35 L. 833/78).

La persona è depositaria del diritto della propria libertà (artt. 2, 3, 13 e 32 della Costituzione), nessuno può essere obbligato a curarsi se non in esecuzione di quanto espressamente previsto dalla legge (l'art.33 della legge 833 del 23 dicembre 1978).

Quindi la legge mira a riportare il trattamento della malattia mentale nell'ambito del diritto costituzionale alla cura della malattia, sottraendolo a quello dei provvedimenti di polizia per la tutela dell'ordine pubblico e della sicurezza (Pazè, 1999).

La legge che è nella sostanza una legge di principio ha poi avuto la propria articolazione assistenziale attraverso i Progetti-Obiettivi Tutela Salute Mentale dei trienni 1994-1996, 1998-2000,2001-2004 che hanno:

- accelerato il processo di dismissione degli Ospedali Psichiatrici

Rassegna di psicoterapie. Ipnosi. Medicina Psicosomatica. Psicopatologia forense.

- spostato la cura dall'ospedale al territorio istituendo:
 - Centri di Salute Mentale
 - Strutture residenziali
 - Strutture semiresidenziali

- incoraggiato una rete sociale, andando incontro ai bisogni diversificati del malato di mente e dei familiari attraverso il consenso al trattamento, la partecipazione e la condivisione del programma di cura (Bassi et al., 2003).

2. TUTELA CIVILISTICA DEL MALATO DI MENTE DOPO LA “LEGGE 180” (FINO ALLA LEGGE 6/04)

La riforma sull'amministrazione di sostegno è il risultato finale di un lungo dibattito di pensiero, culturale e scientifico riguardante le vicende degli istituti di diritto privato diretti a configurare la condizione giuridica dei disabili psichici.

La disciplina adottata al riguardo dal codice civile del 1942, vigente sino all'approvazione dell'attuale riforma, rispecchiava fedelmente il modello legislativo risalente alla codificazione napoleonica del 1804. Si trattava di un modello indubbiamente legato alle condizioni culturali e sociali del primo ottocento che, sulla base di una concezione stereotipata dell'infermità mentale (si pensi alla tripartizione *imbécillité*, *démence*, *fureur* cui si riferiva il codice napoleonico) aveva creato la figura dell'interdizione come misura destinata essenzialmente a tutelare la razionalità delle contrattazioni tramite l'isolamento, la drastica estromissione dei disabili da ogni forma di commercio giuridico. Tale misura assumeva un significato simbolico anche eccedente l'ambito dei rapporti di diritto privato divenendo, al tempo stesso, il presupposto necessario per l'internamento dei disabili negli stabilimenti psichiatrici (Pescara, 2004)

Un primo impatto radicale e riformista al c.c. si è avuto con la legge 180/78 integrata poi nella legge 833 del dicembre 1978 del SSN.

Il malato di mente diviene persona che vive e mantiene rapporti con la comunità. Può trovarsi a firmare assegni, stipulare contratti, partecipare a società, disporre di beni e quindi volerli donare o lasciarli in eredità, può lavorare a pieno titolo con i sani. Fintantoché, infatti, il trattamento consisteva sostanzialmente in un intrattenimento custodialistico in manicomio, il malato mentale difficilmente si poteva trovare inserito in rapporti di tipo civilistico (Ponti e Merzagora, 1993).

Di fatto era venuto meno l'automatismo infermità di mente ed interdizione o inabilitazione, ma le due istanze venivano stabilite in sentenza dal giudice, compiuti gli accertamenti necessari accertata l'infermità, l'abitudine della stessa e l'incapacità a provvedere ai propri interessi (patrimoniali e morali) (Lanteri e Rosso, 1999).

L' art. 414 così recitava:

«Il maggiore di età e il minore emancipato che si trovano in condizioni di abituale infermità di mente che li rende incapaci di provvedere ai propri interessi, devono essere interdetti».

Quali conseguenze comporta l'interdizione?

- Prima fra tutte: la morte giuridica dell'individuo.
- Egli perdeva totalmente la capacità di agire (l'unica cosa che può fare - paradossalmente - è esercitare il diritto di voto).

Rassegna di psicoterapie. Ipnosi. Medicina Psicosomatica. Psicopatologia forense.

La sua "volontà" viene espressa per mezzo del TUTORE, il quale si sostituisce totalmente all'interdetto, non solo nelle questioni patrimoniali, ma anche in quelle personali, fatta eccezione per gli atti personalissimi.

Art. 415: «Il maggiore di età infermo di mente, lo stato del quale non talmente grave da far luogo all'interdizione, può essere inabilitato. Possono anche essere inabilitati coloro che, per prodigalità o per abuso abituale di bevande alcoliche o stupefacenti, espongono sé o la loro famiglia a gravi pregiudizi economici. Possono infine essere inabilitati il sordomuto e il cieco dalla nascita o dalla prima infanzia, se non hanno ricevuto un'educazione sufficiente, salva l'applicazione dell'art. 414 quando risulta che essi sono del tutto incapaci di provvedere ai propri interessi».

Quali conseguenze comportava l'inabilitazione?

l'inabilitato può compiere - almeno- gli atti di ORDINARIA AMMINISTRAZIONE; mentre per gli atti di STRAORDINARIA AMMINISTRAZIONE, è necessaria l'assistenza del CURATORE.

Sia all'interdizione sia all'inabilitazione, si arriva mediante ricorso proposto al Giudice competente - il Tribunale - il quale emette sentenza - di interdizione o di inabilitazione - della quale deve esserne fatta annotazione a margine dello stato civile (Lagazzi, 1999).

Nella nuova L. 6/04, con la sentenza che pronuncia l'interdizione o l'inabilitazione ovvero in successivi provvedimenti dell'autorità giudiziaria, può stabilirsi che alcuni atti di ordinaria amministrazione possano essere compiuti dall'interdetto senza l'assistenza del tutore, così come tal altri atti di straordinaria amministrazione possano essere compiuti dall'inabilitato in assenza del curatore.

Ovviamente non si può prescindere dal fatto che comunque il malato mentale (psicotico) sia più vulnerabile e quindi circonvenibile per cui ad un ripensamento del c.c. per una maggiore partecipazione alla vita sociale c'è l'esigenza di una maggiore attenzione e di una più vigile tutela di questi soggetti soprattutto per possibili profittatori essendo taluni più a rischio di divenire vittime di reato (Mastronardi, 1995).

Con il superamento della logica manicomiale e con le accresciute opportunità-offerte al malato di mente di vivere nella società, di intrecciare rapporti contrattuali e negoziali, di sviluppare una più ampia vita relazionale, di svolgere attività lavorativa, i criteri secondo i quali si sarebbero adottati per l'interdizione e l'inabilitazione, sono andati mutando, i parametri sono divenuti più restrittivi, cosicché è possibile conciliare la tutela dei soggetti più fragili e l'intento di non ledere più del necessario la figura pubblica di chi ha bisogno di protezione (Cendon, 1988).

Due quindi apparivano gli obiettivi fondamentali e di pari dignità che dovevano guidare le soluzioni legislative in materia: l'esigenza di proteggere il malato di mente e quella di garantirgli una sempre più alta quota di partecipazione sociale e di libertà (Cendon, 1993).

3. Dalla tutela civilistica del malato di mente alla tutela civilistica della persona debole

Il forte movimento di pensiero degli anni 80 riservata alla persona psichicamente sofferente s'inquadra inevitabilmente nella più vasta prospettiva della tutela da garantire ai soggetti deboli e perciò, in una prospettiva costituzionale, più meritevoli di protezione. Incapacità e tutela della persona debole, in una prospettiva di uguaglianza e di pari dignità degli uomini (Ferrando e Visintini, 2003).

Rassegna di psicoterapie. Ipnosi. Medicina Psicosomatica. Psicopatologia forense.

La legge sull' amministratore di sostegno può a buon diritto essere considerata come il punto di approdo di un movimento di pensiero che, a partire dagli anni '80 e cioè a ridosso dall' approvazione della legge 180 concernente la riforma psichiatrica ha visto un gruppo di civilisti, primo fra tutti il Prof. Paolo Cendon (1984) dar vita ad un dibattito dottrinale impegnato ad analizzare criticamente l'assetto della disciplina adottata dal codice del '42, tutta imperniata ed appiattita, com'è noto, sul modello dell'interdizione, denunciandone con forza inadeguatezze, lacune, contraddizioni ed ipocrisie anche alla luce delle esperienze europee sull'argomento

Una modernizzazione finalizzata a valorizzare l'obiettivo di protezione effettiva e di sostegno sostanziale degli interessi patrimoniali e personali dei disabili

Già in molti stati europei, in tempi più o meno recenti, sono stati riformulati i sistemi di protezione dei soggetti deboli o incapaci (Vecchiaruti, 1999).

Sul piano generale tali introduzioni si sono svolte all'interno di una riforma più ampia dei rispettivi codici civili.

In Germania, dopo la riforma del 12.9.1990, a protezione del maggiore d'età il quale a causa di una malattia psichica, o di altro impedimento fisico, mentale o psicologico, non sia in grado di curare i propri affari sarà nominabile un BETREUER (ossia un amministratore). Sono stati perciò abbandonati gli istituti dell'interdizione e dell'inabilitazione.

In Austria (2.2.1983) sono stati abbandonati gli istituti che da noi corrispondono all'interdizione-inabilitazione. Al loro posto la legge attuale prevede che in aiuto del disabile sia nominato un amministratore (Sachwalter).

In considerazione delle concrete ed effettive esigenze protettive dell'infermo, i compiti dell'amm. varieranno di volta in volta, secondo le disposizioni impartite dallo stesso magistrato al momento dell'attribuzione dell'incarico o nelle fasi successive.

In Spagna (24.10.1983), pur non avendo completamente abbandonato gli istituti dell'interdizione-inabilitazione, si è disposto che gli effetti dell'incapacitacion", non siano predeterminati dalla legge: sarà il giudice che, considerando il grado di inidoneità dell'autogoverno del disabile, fisserà caso per caso l'estensione e i limiti dell'incapacitazione

In Francia (3.1.1968) si sono modificati gli istituti dell'interdizione e dell'inabilitazione, nel senso che non hanno carattere di generalità e predeterminatezza. A tali istituti è stato aggiunto la misura della sauvegarde de justice. Si tratta di un provvedimento di sostegno che tra i suoi effetti non annovera una limitazione della capacità legale. La misura di protezione sta nella possibilità che nei rapporti giuridici con altri, il beneficiario ritenga di aver subito conseguenze svantaggiose o comunque non utili, ovvero sproporzionate ai suoi bisogni o alle sue risorse, avrà la facoltà di esercitare due specifiche azioni: la rescissione per lesione semplice, oppure la riduzione per eccesso.

Nel Regno Unito per la protezione del malato psichico, il quali figure incapace di gestire i propri affari, il Mental Heath Act (1983), prevede il ricorso alla Court of Protection che riscontrata l'incapacità nomina un rappresentante indicando l'ampiezza dei suoi poteri.

Dalla disamina delle riforme straniere emerge un quadro alquanto eterogeneo. Tuttavia, il contenuto dei singoli interventi non lascia dubbi circa la condanna dei modelli protettivi che si fondono su misure protettive dal contenuto predeterminato e di portata generale (Vecchiaruti, 1999).

Appare chiaro che nei sistemi giuridici europei in tema di protezione della persona debole prevalgano i provvedimenti individualizzati, misurabili, modulabili (non limitandosi cioè alla contrapposizione capacità-incapacità) e quindi personalizzati.

3. LA LEGGE N. 6 DEL 23 GENNAIO 2004: COME CAMBIA IL CODICE CIVILE

Innanzitutto potremmo dire che ciò che cambia *ictu oculi* è lo stesso nomen iuris che rubrica il Titolo XII del c.c.:

DELLE MISURE DI PROTEZIONE DELLE PERSONE PRIVE IN TUTTO OD IN PARTE DI AUTONOMIA; mentre il precedente titolo recitava: DELL'INFERMITA' DI MENTE, DELL'INTERDIZIONE E DELL'INABILITAZIONE.

Vengono utilizzati termini quali PROTEZIONE, AUTONOMIA: lessico volto a lenire la già appesantita figura di coloro i quali versano in situazioni di disagio (De Domenico, 2004).

Nel libro I – DELLE PERSONE E DELLA FAMIGLIA – il Titolo XII “DELLE MISURE DI PROTEZIONE DELLE PERSONE PRIVE IN TUTTO O IN PARTE DI AUTONOMIA

➤ al capo I – DELL'AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO – Nel codice civile vi è un nuovo titolo composto dai novellati articoli 404 – 413 (colmando un vuoto lasciato dall'abrogazione delle disposizioni in materia di affidamento e affiliazione),

➤ al capo II – DELL'INTERDIZIONE, DELL' INABILITAZIONE E DELL'INCAPACITA' NATURALE – pur non avendo abrogato le norme che vanno dall'art. 414 al 432, volte a regolare le figure tradizionali dell'interdizione, dell'inabilitazione e dell'incapacità naturale, vi ha apportato una serie di modifiche di grande momento, destinate a rimodellare in qualche modo l'antica e certo obsoleta misura dell'interdizione per conformarla ad una logica e ad una funzione nuove, che si discostano profondamente rispetto alla ratio che ispirava la disciplina tradizionale (Pescara, 2004)

➤ capo III – NORME DI ATTUAZIONE DI COORDINAMENTO E FINALI –

La legge n. 6 del 23 gennaio 2004 ha comportato l'inserimento nel codice civile di una nuova figura giuridica: l'AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO

Capo I°: Art. 1. Finalità della legge

«LA PRESENTE LEGGE HA LA FINALITÀ DI TUTELARE, CON LA MINORE LIMITAZIONE DELLA CAPACITÀ DI AGIRE, LE PERSONE PRIVE IN TUTTO O IN PARTE DI AUTONOMIA NELL'ESPLETAMENTO DELLE FUNZIONI DELLA VITA QUOTIDIANA, MEDIANTE INTERVENTI DI SOSTEGNO TEMPORANEO O PERMANENTE».

➤ Con tale legge il legislatore intende attraverso INTERVENTI DI SOSTEGNO, ridurre al minimo la capacità di agire delle persone prive in tutto o in parte di autonomia nell'espletamento delle funzioni della vita quotidiana.

➤ *Da un modello che comportava un' esclusione totale del disabile dalle relazioni giuridiche, si passa ad un modello di inclusione vigilata e personalizzata, di tutela morbida, che consente di riconsegnare al disabile la "SOGGETTIVITÀ POSSIBILE"(Pescara, 2004).*

Le attività che possono riguardare gli interessi in senso lato patrimoniali del disabile:

- *riscossione di una pensione,*
- *pagamento delle bollette per le utenze domestiche,*
- *gestione di un immobile di proprietà del disabile dato in locazione,*
- *pratica tributaria od amministrativa,*
- *rapporti bancari,*
- *attività legate ad esigenze abitative del disabile stesso,*
- *contratti di locazione,*
- *rapporti condominiali,*

Rassegna di psicoterapie. Ipnosi. Medicina Psicosomatica. Psicopatologia forense.

- *decisione di vendere un bene e dunque alla necessità di fare un contratto*
- *decisione di investire un reddito*
- *acquistare uno o più beni oppure valori mobiliari*
- *decisione di donare un bene*
- *disporre per testamento*

e più delicate tipologie di atti possono riguardare invece interessi

di natura personale come:

- *decisioni relative a trattamenti terapeutici,*
- *decisioni relative alla prestazione del consenso riguardo ad interventi chirurgici,*
- *decisioni relative alle decisioni concernenti un ricovero,*

O di natura familiare come:

- *il riconoscimento di un figlio naturale,*
- *le iniziative riguardanti una separazione personale tra i coniugi*
- *scioglimento del matrimonio,*
- *non escludendo anche il caso in cui un disabile intenda sposarsi o non sposarsi.*

ART. 404. - (Amministrazione di sostegno). - La persona che, per effetto di una infermità ovvero di una menomazione fisica o psichica, si trova nell'impossibilità, anche parziale o temporanea, di provvedere ai propri interessi, può essere assistita da un amministratore di sostegno, nominato dal giudice tutelare del luogo in cui questa ha la residenza o il domicilio.

Si tratta di un istituto che ha come presupposto UN'INFERMITÀ ovvero una MENOMAZIONE FISICA O PSICHICA che impedisce di provvedere ai

propri interessi anche in via temporanea o parziale e che riduce la capacità dell'interessato solo in ordine ad alcuni fatti.

ART. 404-*bis*. - L'attività dell'amministratore di sostegno è volontaria. Ogni anno il dipartimento di salute mentale di ogni ASL istituisce un corso di formazione finalizzato a coloro che sono stati nominati amministratori di sostegno o che intendono rendersi disponibili per tale finalità. Il giudice tutelare verifica che l'amministratore di sostegno nominato partecipi al corso di formazione.

Da notare che(Bovi,2004):

➤ *trattasi di decreto di nomina da parte di Giudice Tutelare e non di processo;*

➤ *l'iter si presenta più snello;*

➤ *non viene pronunciata una sentenza di Tribunale CONTRO la persona disabile;*

➤ *non è richiesta l'assistenza da parte di avvocato;*

➤ *non è soggetta a spese ed oneri;*

ART. 405. - (*Decreto di nomina dell'amministratore di sostegno. Durata dell'incarico e relativa pubblicità*). - Il giudice tutelare provvede entro sessanta giorni dalla data di presentazione della richiesta alla nomina dell'amministratore di sostegno con decreto motivato immediatamente esecutivo, su ricorso di uno dei soggetti indicati nell'articolo 406.(omissis) Qualora ne sussista la necessità, il giudice tutelare adotta anche d'ufficio i provvedimenti urgenti per la cura della persona interessata e per la conservazione e l'amministrazione del suo patrimonio. Può procedere alla nomina di un amministratore di sostegno provvisorio indicando gli atti che è autorizzato a compiere (omissis).

I soggetti indicati nell'art. 406 ed altri artt. successivamente richiamati, sono: il beneficiario stesso, il coniuge; la persona stabilmente convivente; i parenti entro il 4° grado; gli affini entro il 2° grado; il tutore o curatore; il pubblico

ministero (i responsabili dei Servizi Psichiatrici e Sociali che hanno in cura il soggetto *sono tenuti* a proporre il ricorso)

La possibilità di nomina d'ufficio, inoltre, consente la tutela del beneficiario qualora improvvisamente si trovasse senza adeguata protezione.

Gli atti devoluti all'amministratore sono ben precisati nel decreto di nomina. L'amministratore, ed è tenuto periodicamente sia a rendere conto dello svolgimento della propria attività di sostegno, sia ad aggiornare il giudice sulle condizioni di vita personale e sociale del beneficiario.

La possibilità di nominare un amministratore anche a tempo determinato, consente la tutela del beneficiario anche per emergenze temporanee.

ART. 407. - (*Procedimento*). - Il ricorso per l'istituzione dell'amministrazione di sostegno deve indicare le generalità del beneficiario, la sua dimora abituale, le ragioni per cui si richiede la nomina dell'amministratore di sostegno, il nominativo ed il domicilio, se conosciuti dal ricorrente, del coniuge, dei discendenti, degli ascendenti, dei fratelli e dei conviventi del beneficiario.

Il giudice tutelare deve sentire personalmente la persona cui il procedimento si riferisce recandosi, ove occorra, nel luogo in cui questa si trova e deve tener conto, compatibilmente con gli interessi e le esigenze di protezione della persona, dei bisogni e delle richieste di questa.

Il giudice tutelare provvede, assunte le necessarie informazioni e sentiti i soggetti di cui all'articolo 406; in caso di mancata comparizione provvede comunque sul ricorso.

Dispone altresì, anche d'ufficio, gli accertamenti di natura medica e tutti gli altri mezzi istruttori utili ai fini della decisione.

Il giudice tutelare può, in ogni tempo, modificare o integrare, anche d'ufficio, le decisioni assunte con il decreto di nomina dell'amministratore di sostegno.

In ogni caso, nel procedimento di nomina dell'amministratore di sostegno interviene il pubblico ministero.

Diventa di fondamentale importanza l'iter del ricorso in cui bisogna:

- Individuare il livello di autonomia dell'amministrando.
- Avere un quadro della situazione reddituale e patrimoniale del soggetto da proteggere.
- Sapere di possibili legami e rapporti con il nominando amministratore.

➤ Certificazioni medico-specialistiche e/o di agenzie sociali.

4. IL RICORSO PER LA NOMINA DELL'AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO

Quanto più un ricorso sarà dettagliato e preciso sui punti sopra indicati - aggiungendo ovviamente tutte le particolarità del caso concreto - tanto più avrà accoglimento rapido ed efficace (Rizzo, 2004).

Diventa già importante alla domanda del ricorso fornire indicazioni riguardo alla capacità residua del beneficiando.

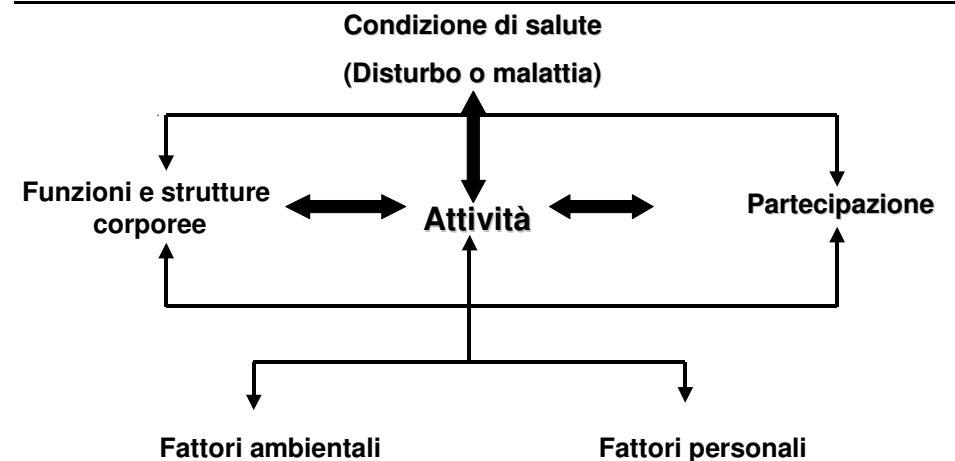
Si è proceduti pertanto ad uno strumento composto da 50 items facilmente completabile che vanno a valutare quattro aree di capacità dell'individuo: gli items da 1 al 12 indagano le capacità (abilità) genericamente indicate come psicologiche (funzioni cognitive e gli ultimi due funzioni psichiche più complesse), dal 13 al 23 le autonomie sociali, dal 24 al 34 le autonomie personali, dal 35 al 45 le abilità partecipative e dal 46 al 50 le abilità professionali. Tali items sono valutati attraverso una scala likert da 0= non ha le abilità richieste, 1= modeste abilità, 2= sono presenti le abilità ma con scarsa regolarità, 3= ha buone abilità.

Per la costruzione di tale questionario ci si è avvalsi come testo di riferimento l'ICF dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, che classifica le disabilità sostituendo il concetto di handicap inteso come disturbo o menomazione, con il più ampio riferimento alla partecipazione sociale che prevede il rapporto tra quattro variabili dell'individuo (strutture corporee cioè le funzione fisiologiche dei sistemi corporei incluse le funzioni psicologiche) con variabili contestuali quali attività, partecipazione e fattori ambientali e personali (OMS, 2003).

Componenti dell'ICF:(nel contesto della salute):

- Le funzioni corporee sono le funzioni fisiologiche dei sistemi corporei (includono le funzioni psicologiche).
 - Le strutture corporee sono le parti anatomiche del corpo, come gli organi, gli arti e le loro componenti.
 - Le menomazioni sono problemi nella funzione o nella struttura del corpo, intesi come una deviazione o una perdita significativa.
 - L'attività è l'esecuzione di un compito o di un' azione da parte di un individuo.
 - La partecipazione è il coinvolgimento in una situazione di vita.
 - Le limitazioni dell' attività sono le difficoltà che un individuo può incontrare nell' eseguire delle attività.
 - Le restrizioni della partecipazione sono i problemi che un individuo può sperimentare nel coinvolgimento nelle situazioni di vita.
- I fattori ambientali costituiscono gli atteggiamenti, l'ambiente fisico e sociale in cui le persone vivono e conducono la loro esistenza.

INTERAZIONI TRA LE COMPONENTI DELL'ICF (OMS,2003)



Lo strumento proposto, non scopi diagnostici, bensì risponde all'esigenza di una descrizione il più possibile completa delle competenze presenti (o residue) del soggetto basandosi sulla classificazione internazionale del funzionamento ICF (OMS, 2003). Può essere utile di indirizzare l'osservatore non tecnico, indicando in modo chiaro e operativo le abilità. Si tratta di un primo filtro, in grado di orientare le specifiche aree che potranno essere approfondite in sede di procedimento.

5. RICHIESTA DI RICORSO E QUESTIONARIO-TIPO PER LA NOMINA DELL'AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO

ILL.MO GIUDICE TUTELARE PRESSO IL TRIBUNALE DI (1)
.....
IL/LA SOTTOSCRITTO/A (NOME E COGNOME).....
NATO/A AIN PROVINCIA DI (SIGLA)
.IL..... RESIDENTE ININ PROVINCIA DI
(SIGLA).....IN VIA..... AL N°CIVICO ...
DOMICILIATO IN..... IN VIA.....AL
N°CIVICO.....IN QUALITÀ DI (2)..... DEL
SIG./SIG.RA (NOME E COGNOME).....
NATO/A AN.....PROVINCIA DI
(SIGLA)..... IL..... RESIDENTE IN..... PROVINCIA DI
(SIGLA)..... IN VIA... ..AL N°CIVICOATTUALMENTE
DOMICILIATO IN..... IN VIA..... AL N°CIVICO

PREMESSO

CHE IL PREDETTO
SIGNOR/A.....
SI TROVA NELLA IMPOSSIBILITÀ (3), DI PROVVEDERE
ADEGUATAMENTE AI PROPRI INTERESSI IN QUANTO (4)
.....

Rassegna di psicoterapie. Ipnosi. Medicina Psicosomatica. Psicopatologia forense.

COME RISULTA DALLA DOCUMENTAZIONE CHE SI ALLEGA, (5)

FA ISTANZA

DI NOMINA AL MEDESIMO DI UN AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO

A tal fine si segnala che il predetto

VIVE IN CASA CON (6)

.....E I SUOI STRETTI

CONGIUNTI SONO

.....

.CHE RISIEDONO.....

.PRESENTA IL SEGUENTE STATO

CIVILE.....

PRESENTA CONDIZIONE LAVORATIVA DI

PERCEPISCE UNO STIPENDIO DI (O PENSIONE DI)

EURO.....

COME FONTI DI REDDITO E/O PATRIMONIALI DISPONE

(7).....

.....

**SI SEGNA LA DISPONIBILITÀ PER LA NOMINA QUALE AMMINISTRATORE DI
SOSTEGNO DEL**

SIG./SIG.RA (NOME E COGNOME) (8)..... NATO/A A

.....IN PROVINCIA DI (SIGLA) IL.....

RESIDENTE ININ PROVINCIA DI (SIGLA)..... IN

VIA..... AL N°CIVICODOMICILIATO IN..... IN VIA

.....AL N°CIVICO....

I CUI RAPPORTI CON L'AMMINISTRANDO SONO DI

TIPO.....

L'AMMINISTRANDO È A CONOSCENZA/NON A CONOSCENZA (9) DEL RICORSO

L'AMMINISTRANDO È A CONOSCENZA/NON A CONOSCENZA (10) DI CHI POTREBBE

ESSERE L'AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO.

POTREBBE REAGIRE NEL SEGUENTE

MODO.....

Si fa presente che

SUSSISTE L'URGENZA DEL PROVVEDIMENTO IN

QUANTO.....

.....

.....

NON SUSSISTE L'URGENZA DEL PROVVEDIMENTO.

DISTINTI SALUTI

DATA,

FIRMA

NOTE

1. INDICARE IL TRIBUNALE DI COMPETENZA PER LA RESIDENZA O DOMICILIO DELLA PERSONA PER CUI SI RICHIEDE LA NOMINA DELL'AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO.

2. INDICARE IL RAPPORTO CHE INTERCORRE TRA CHI PRESENTA IL RICORSO E LA PERSONA PER LA QUALE SI CHIEDE LA NOMINA DELL'AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO. IL RICORSO PUÒ ESSERE PRESENTATO DALLO STESSO BENEFICIARIO (ANCHE SE INTERDETTO O INABILITATO, OVVERO DAL SUO TUTORE O CURATORE, PURCHÉ SIA IN CORSO UN 'ISTANZA DI REVOCA), DAL CONIUGE, LA PERSONA STABILMENTE CONVIVENTE, I PARENTI ENTRO IL QUARTO GRADO (FRA CUI RIENTRANO I GENITORI, I FRATELLI, GLI ZII, I CUGINI PRIMI) GLI AFFINI ENTRO IL SECONDO GRADO (CIOÈ SUOCERI, COGNATI, GENERI, NUORE), IL GENITORE ESERCENTE LA PATRIA POTESTÀ SU UN MINORE, NONCHÉ NATURALMENTE IL PUBBLICO MINISTERO ED I RESPONSABILI DEI SERVIZI SANITARI E SOCIALI DIRETTAMENTE IMPEGNATI NELLA CURA ED ASSISTENZA DELL'AMMINISTRANDO.

3. PRECISARE SE SI TRATTA DI IMPOSSIBILITÀ PARZIALE O TEMPORANEA.

Rassegna di psicoterapie. Ipnosi. Medicina Psicosomatica. Psicopatologia forense.

4. SCRIVERE SINTETICAMENTE LE RAGIONI CHE MOTIVANO LA DOMANDA OSSIA IL TIPO DI PROBLEMA, COMPORTAMENTO, SITUAZIONE E MALATTIA FISICA O PSICHICA.

5. ALLEGARE CERTIFICAZIONI/RELAZIONI MEDICHE DEL MEDICO DI FAMIGLIA, DEGLI SPECIALISTI, DEL SERVIZIO SOCIALE (SE IN POSSESSO) L'ESISTENZA O MENO DI UNA PRECEDENTE SENTENZA DI INTERDIZIONE OD INABILITAZIONE, LA NOTIZIA DI EVENTUALI DENUNCE O PENDENZE PENALI E VALUTAZIONE DELL'AUTONOMIA DEL BENEFICIANDO (V. QUESTIONARIO ALLEGATO).

6. INDICARE CON CHI VIVE IL BENEFICIARIO.

7. INDICARE SE L'AMMINISTRANDO HA DIRITTI REALI SU BENI MOBILI OD IMMOBILI, SE LAVORA, DOVE, CON QUALE GUADAGNO, SE GODE DI PENSIONE E DI QUALE AMMONTARE, ECC.

8. SEGNARE CON UNA CROCETTA UNA DELLE DUE POSSIBILITÀ INDICANDO SE PRESENTE, LE RAGIONI DELL'URGENZA

9. CANCELLARE CON UN TRATTO DI PENNA L'AFFERMAZIONE SE IL BENEFICIANDO È/NON È A CONOSCENZA DEL RICORSO

10. CANCELLARE CON UN TRATTO DI PENNA L'AFFERMAZIONE SE IL BENEFICIANDO È/NON È A CONOSCENZA DELLA PERSONA CHE POTREBBE ESSERE NOMINATO COME AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO.

Gentile Signore/a compili il questionario alla data della richiesta, rispondendo alle domande che si riferiscono alla persona per la quale si propone il ricorso al Giudice Tutelare per la nomina dell'Amministratore di Sostegno. Metta una crocetta sulla risposta che le sembra più appropriata	MAI	SOLO IN PARTE	SI', MA NON SEMPRE	SEMPRE
---	-----	---------------	--------------------	--------

1. Sa riconoscere e distinguere le persone del proprio ambiente di vita (familiari,colleggi,amici)?	0	1	2	3
2. Sa riconoscere ambienti e luoghi a lui familiari?	0	1	2	3
3. Sa recarsi da solo in ambienti a lui noti?	0	1	2	3
4. Si distrae facilmente quando è con gli altri?	0	1	2	3
5. Riesce a mantenere l'attenzione in base alle domande fatte o rispetto ad un compito da eseguire?	0	1	2	3
6. Fornisce risposte adeguate alle domande a lui/lei poste?	0	1	2	3
7. Ricorda in modo appropriato fatti del passato che riguardano lui/lei e la sua famiglia?	0	1	2	3
8. Ricorda e sa ripetere un'informazione che gli viene appena data come un numero di telefono o il nome di persone o cose?	0	1	2	3
9. Sa leggere e scrivere?	0	1	2	3
10. Sa fare dei piccoli calcoli a mente (es.12x6)?	0	1	2	3
11. Sa comprendere e riportare il significato di semplici testi scritti come quotidiani o riviste?	0	1	2	3
12. Sa fare su carta calcoli più complessi (es. il 20% di 1000)?	0	1	2	3
13. Conosce il nome e valore di monete e banconote?	0	1	2	3
14. Sa prendere l'autobus da solo/a?	0	1	2	3
15. Guida la macchina?	0	1	2	3
16. Sa interagire da solo in ambienti come l'edicola o il panificio?	0	1	2	3
17. Sa interagire da solo in ambienti specifici come in banca o alle poste?	0	1	2	3
18. E' facilmente influenzabile?	0	1	2	3

19. Sa gestire i soldi e spenderli responsabilmente?	0	1	2	3
20. Spende in modo sproporzionato a quanto guadagna o percepisce?	0	1	2	3
21. Sa compilare una domanda di lavoro?	0	1	2	3
22. E' in grado di adempiere agli obblighi fiscali o burocratici riguardanti il suo patrimonio?	0	1	2	3
23. Sa compilare e riscuotere un assegno?	0	1	2	3
24. Esegue da solo le attività d'igiene personale?	0	1	2	3
25. Ha cura delle sue proprietà?	0	1	2	3
26. Esegue le faccende domestiche?	0	1	2	3
27. Sa cucinare un piccolo pasto?	0	1	2	3
28. Sa riconoscere il proprio stato di salute?	0	1	2	3
29. Assume da solo i farmaci?	0	1	2	3
30. Assume regolarmente i farmaci?	0	1	2	3
31. Se sta male si reca dal medico di famiglia o dallo specialista?	0	1	2	3
32. Comunica ad altri i propri bisogni o desideri?	0	1	2	3
33. Si reca regolarmente dal medico di famiglia?	0	1	2	3
34. Si reca regolarmente dallo specialista?	0	1	2	3
35. Esce di casa?	0	1	2	3
36. Ha amici?	0	1	2	3
37. Ha buoni rapporti con gli amici?	0	1	2	3
38. Ha buoni rapporti con i familiari?	0	1	2	3
39. Ha buoni rapporti con i vicini di casa?	0	1	2	3
40. Entra in contatto fisico nei modi dovuti con le altre persone?	0	1	2	3
41. Frequenta luoghi di ritrovo (bar, parrocchie, locali)?	0	1	2	3

42. Si rapporta con gli altri senza mettere in atto comportamenti fisici o verbali indesiderabili?	0	1	2	3
43. Richiede in modo appropriato aiuto o informazioni agli altri?	0	1	2	3
44. E' consapevole dell'immagine che gli altri hanno di lui?	0	1	2	3
45. Accetta in modo adeguato critiche o suggerimenti dagli altri?	0	1	2	3
46. Arriva puntuale al lavoro?	0	1	2	3
47. Sa usare semplici attrezzi come un martello o un cacciavite?	0	1	2	3
48. Esegue i compiti lavorativi che gli vengono assegnati?	0	1	2	3
49. Esegue le attività lavorative senza mettere se stesso o gli altri in pericolo?	0	1	2	3
50. Segue le regole della comunità o del posto di lavoro?	0	1	2	3

6. IL PROCEDIMENTO

«Accerti il C.T.U, visitato il signor (la signora), compiuti tutti gli accertamenti ritenuti opportuni e necessari, sentiti, oltre l'interessato, anche il coniuge o le persone con lui (lei) conviventi e, in genere, quelle proponenti l'adozione del provvedimento dell'amministrazione di sostegno, se (nome e cognome), per effetto di infermità o di menomazione fisica o psichica, si trovi nell'impossibilità, anche solo parziale o temporanea, di provvedere adeguatamente alla cura dei propri interessi, precisandoli» (Fornari, 2004).

Merita di osservare - a questo proposito - che la consulenza tecnica d'ufficio non avrà più l'oggetto tradizionale dell'esistenza o meno della malattia mentale, ma quello radicalmente diverso di quale sia l'autonomia residuale del soggetto precisando gli atti che può svolgere autonomamente. Resta aperto il problema di definire che cosa si debba intendere per «menomazione fisica o psichica». Tuttavia, i quesiti possono essere superati se si tiene conto del fatto che il legislatore non ha tanto posto l'accento su queste condizioni come tali, quanto sui riflessi negativi delle stesse capacità di provvedere «adeguatamente» (secondo cioè standard comuni e condivisi di valutazione e di giudizio) alla

Rassegna di psicoterapie. Ipnosi. Medicina Psicosomatica. Psicopatologia forense.

cura dei propri interessi (che, nella fattispecie, si intendono di natura morale, economica e amministrativa) (Fornari, 2004).

Il decreto di nomina dell'amministratore di sostegno deve contenere l'indicazione (ex. Art. 407):

- delle generalità della persona beneficiaria e dell'amministratore di sostegno;
- della durata dell'incarico, che può essere anche a tempo indeterminato;
- dell'oggetto dell'incarico e degli atti che l'amministratore di sostegno ha il potere di compiere in nome e per conto del beneficiario;
- degli atti che il beneficiario può compiere solo con l'assistenza dell'amministratore di sostegno;
- dei limiti, anche periodici, delle spese che l'amministratore di sostegno può sostenere con utilizzo delle somme di cui il beneficiario ha o può avere la disponibilità;

della periodicità con cui l'amministratore di sostegno deve riferire al giudice circa l'attività svolta e le condizioni di vita personale e sociale del beneficiario.

E' possibile proporre il seguente percorso metodologico-procedurale (Fornari, 2004):

➤ ai «clinici» (medici internisti e specialisti in genere) dovrebbe spettare il compito di descrivere e precisare i disturbi che motivano la richiesta dell' AS. E perciò risulta importante come si fa il ricorso e già in questa sede fornire al Giudice Tutelare una fotografia che illustri la strada da percorrere visto anche che dovrà pronunciarsi entro 60 giorni;

➤ ai «forensi» (medici legali e/o psichiatri e/o psicologi) quello di valutare l'effettiva incidenza sull'impossibilità, anche parziale o temporanea, di provvedere agli interessi del beneficiario, pronunciandosi anche sulle abilità residue.

➤ A tal proposito come criteriologia peritale una volta accertata la presenza d'infermità o di menomazione psichica e fisica quindi attraverso la formulazione di una diagnosi categoriale sarà molto più importante la DIAGNOSI FUNZIONALE. Quindi utile anche l'utilizzazione di questionari/tests che valutino le abilità residue.

7. CONCLUSIONI

In assenza di provvedimenti quali l'amministrazione di sostegno, l'inabilitazione e l'interdizione (con le relative limitazioni e possibilità), anche il malato di mente è libero di agire. Può pertanto disporre come desidera del suo patrimonio mobiliare ed immobiliare; può sposare; può donare; può fare testamento; può esercitare il diritto alla salute e alla propria sessualità. Può, insomma, compiere tutti gli atti di ordinaria e di straordinaria amministrazione consentiti ad ogni persona capace di agire. La sua eventuale incapacità naturale ex art. 428 c.c. che annulla un suo atto produttivo di effetti a lui o ad altri pregiudizievoli, deve essere dimostrata: non può essere presunta.

L'incapacità di agire, con i recenti «distinguo», è propria solo dell'interdetto (incapacità giudiziale).

Donde l'importanza di valutare, oltre l'incapacità, la capacità naturale residua di un malato di mente, intendendo per tale la condizione psichica minima che gli è necessaria per destreggiarsi nelle vicende della vita personale e sociale. Infatti, lo ripetiamo, ogni automatismo è tramontato, anche se rimangono le paure delle eventuali conseguenze nel caso non si intervenga tempestivamente e adeguatamente. Può soccorrere in ogni caso il pensiero che la maggior parte dei malati, grazie agli interventi socio-terapeutici e psico-farmacologici che oggi è possibile mettere in atto, conserva comunque una sua capacità di agire ed un suo spazio di libertà e di responsabilità. Ed è su questi aspetti positivi che occorre indagare, riflettere e lavorare (Fornari, 2004).

Qualora una persona versi in una situazione di disagio tale da rendere problematico il porre in essere la propria volontà di agire, anche nei piccoli atti quotidiani, si può ricorrere all'istituto dell'Amministrazione di Sostegno, prima di ricorrere all'interdizione o all'inabilitazione, che consente di preservare al disabile la propria dignità garantendogli la "SOGGETTIVITÀ POSSIBILE" anche all'interno di un progetto di cura.

BIBLIOGRAFIA

- Basaglia F., Basagna Ongaro F.:La maggioranza deviante. Einaudi, Torino, 1971.
- **Bassi M., Di Giannantonio M., Ferranini L., Mencacci C., Munizza C., Petrovich L., Scapicchio P.L. Politiche Sanitarie in Psichiatria. Masson, Milano 2003**
- **Bovi A. La legge sull'amministratore di sostegno. Supplemento La rosa Blu, Anffas news, XIII, 1-5, 2004**
- Cendon P. Il prezzo della follia. Il Mulino, Bologna, 1984.
- Cendon P. Infermi di mente e altri "disabili" in una proposta di riforma del codice civile. Politica e Diritto, XVIII, 4.,1987.
- Cendon P. Profili dell'infermità di mente nel diritto privato. In: Cendon,P. (a cura di) Un altro diritto per il malato di mente. Ed. Scientifiche Italiane, Napoli 1988.
- Cendon P. Infermità di mente e responsabilità civile. Padova, 1993.
- Cendon P. Il diritto privato nella giurisprudenza. Torino 2001
- De Domenico F. Sintesi della legge sull'amministratore di sostegno. In Atti del Congresso: Amministratore di Sostegno, Treviso 17 aprile 200

- Fornari U. Psicopatologia e psichiatria forense. Utet, Torino 2004.
- Ferrando G. e Visintini G. Follia e Diritto. Bollati Boringhieri, Torino 2003.
- Lagazzi M. Aspetti metodologici negli accertamenti in tema di interdizione-inabilitazione. In Zanalda E (a cura di): Il Malato di mente tra interdizione e abbandono: quale tutela?. Centro Scientifico Editore, Torino, 1999.
- Lanteri A. e Rosso R. Le implicazioni dei provvedimenti di tutela in salute mentale. In Zanalda E (a cura di): Il Malato di mente tra interdizione e abbandono: quale tutela?. Centro Scientifico Editore, Torino, 1999.
- Mastronardi V., Villanova M., Bellomo M. (a cura di): Standardizzazione dei criteri operativi nell'analisi della circunvenibilità del soggetto incapace (anziani). Antonio Delfino Editore, Roma 1995
- OMS. ICF (Classificazione internazionale del funzionamento e delle disabilità e della salute). Erickson, Trento 2002
- Pazè P. Brevi note sulla protezione giudiziaria di infermi di mente ed altro disabili. In Zanalda E (a cura di): Il Malato di mente tra interdizione e abbandono: quale tutela?. Centro Scientifico Editore, Torino, 1999.

Rassegna di psicoterapie. Ipnosi. Medicina Psicosomatica. Psicopatologia forense.

- Pescara R. Una storica innovazione al codice civile. In Atti del Congresso: Amministratore di Sostegno, Treviso 17 aprile 2004
- Ponti G, Merzagora I. Psichiatria e giustizia. Raffaello Cortina Editore, Milano 1993.
- Rizzo R. Il provvedimento personalizzato. In Atti del Congresso: Amministratore di Sostegno, Treviso 17 aprile 2004.
- Vecchiarutti A. Protezione degli incapaci e riforme in Europa. In Zanalda E (a cura di): Il Malato di mente tra interdizione e abbandono: quale tutela?.Centro Scientifico Editore,Torino,1999.
- Zanalda E. Il Malato di mente tra interdizione e abbandono: quale tutela?.Centro Scientifico Editore,Torino,1999.

Norme di Pubblicazione per gli Autori

Chi vuole pubblicare lavori originali sulla “Rassegna di Psicoterapie. Ipnosi. Medicina Psicosomatica. Psicopatologia Forense”, deve inviarli in triplice copia al direttore responsabile: Prof. Vincenzo Mastronardi, Dipartimento di Scienze Psichiatriche e Medicina Psicologica Università “La Sapienza” P.zza A. Moro, 5 - 00185 Roma – e-mail: jssrcm@uniroma1.it che li sottopone all’esame di un Comitato di Lettura che può accettarli, rifiutarli o accettarli con riserva. Il testo degli articoli dovrà comprendere:

1. - il titolo completo del lavoro
2. - suo riassunto in italiano e “abstract” in inglese, contenenti le ragioni dello studio compiuto, le principali osservazioni, e le conclusioni dell’Autore;
3. - parole chiave in italiano e “key words” in inglese
4. - nome e cognome dell’Autore (o Autori) in prima pagina in alto con asterisco* richiamato a piè di pagina con i suoi titoli e le qualifiche più rilevanti: qualora si tratti di un lavoro di ricerca effettuato presso un istituto universitario o un reparto ospedaliero o altro ente, indicarne la denominazione esatta, con la firma di autorizzazione alla stampa del direttore, completo di numero di telefono e CAP;
5. - la bibliografia: le opere elencate vanno numerate progressivamente secondo l’ordine alfabetico. Di ognuna va indicato il cognome dell’autore e le iniziali del nome, il titolo del libro dell’edizione originale con in parentesi: città e casa editrice. Nel testo la bibliografia va richiamata con il numero corrispondente posto fra parentesi; il nome dell’autore citato va scritto in neretto, seguito dall’anno di pubblicazione (es.: Granone, 1989); se le pubblicazioni citate per uno stesso autore sono più di una, aggiungere la lettera alfabetica che la contraddistingue.

Sono particolarmente graditi **i testi dattiloscritti accompagnati da relativo dischetto con l’indicazione del tipo di programma adottato.**

Si accettano anche volentieri, notiziari, notizie utili, interviste originali, recensioni, condensazioni o traduzioni di articoli o riviste straniere di ipnosi, informazioni su convegni e congressi.

Per la pubblicazione dei lavori originali si chiede un parziale contributo spese simbolico di €. 25,82 a pagina pubblicata a stampa con diritto a n. 100 estratti che seguiranno la pubblicazione stessa. Per informazioni in proposito rivolgersi al Prof. V. Mastronardi o al Direttore Organizzativo Prof. Matteo Villanova (Vedi sopra).

Finito di stampare il
28 dicembre 2005
presso il
Centro Copie Legatoria *CERVIALTO*
Via Monte Cervialto, 17 – 00139 Roma

SOMMARIO

- **Evoluzione e processi della criminalità minorile in Italia
con particolare riferimento alle “Beby Gang” prevenzione
e trasformazione**
Emanuela Cimmino.....pag.7

- **La Terapia cognitivo-comportamentale: principali
tecniche a confronto**
Vladimiro Celardo.....pag.41

- **Dalla tutela del malato di mente alla tutela della
persona debole: Il ricorso all’Amministratore di
sostegno**
Nicola Magnavita.....pag.69

- **Norme di pubblicazione per gli Autori.....pag.97**

