# Associazione Italiana di Psicologia Giuridica

## AIPG Newsletter

*n° 19 Ottobre - Dicembre 2004*



Consiglio Direttivo
Presidente: *Luisella de Cataldo*
Vice Presidente: *Santo Di Nuovo*
Segreteria: *Anita Lanotte*
Tesoreria: *Paolo Capri*
Consiglieri: *Germano Bellussi, Guglielmo Gulotta, Carlo Serra, Maddalena Zucconi*


**Il punto su…**


1

***La confusione dei ruoli***

Editoriale di
Luisella de Cataldo

---

***"Il fallimento del fenomeno adottivo in Italia"***
*(I° parte)* 2
di Sara Vessella

---

***"Associazioni di familiari e giustizia"*** **6**
di Mario Andrea Salluzzo

---

***Convegni e Seminari*** 8


## IL PUNTO SU…

### La confusione dei ruoli

di


Luisella de Cataldo Neuburger

*Presidente AIPG*
*Avvocato Psicologo*
*Resp. Sezione di Psicologia Giuridica*
*Università degli Studi di Milano*


Riportiamo qui di seguito un quesito sottoposto all'avv. Elena Leardini, Consulente Legale per la Commissione Etica e Deontologica dell'Ordine degli Psicologi della Lombardia pubblicato sulla Newsletter dell'Ordine degli Psicologi della Lombardia n. 3, luglio 2004. Si tratta di un parere che merita la massima attenzione sia per la rilevanza del tema che affronta che per il sempre crescente interesse dimostrato dall'Ordine per gli aspetti operativi del lavoro degli psicologi in un contesto complesso e alle volte di difficile decifrazione come quello giudiziario.

***Quesito***

Desidero conoscere le regole che escludono il mandato di CTP e CTU, nei casi in cui ci siano già stati contatti precedenti (psicoterapia, consultazione, ecc.)

***Risposta***

"Il mio approccio al problema sarà strettamente giuridico (lasciando comunque spazio a riflessioni di carattere deontologico) e, pertanto, sarà necessario procedere a delle brevi premesse normative. La legge prevede l'applicazione degli istituti della ricusazione o dell'astensione solo riguardo alle figure di CTU e Perito: agli artt. 63 c.p.c. e 223 c.p.p. prevedono che tali figure, rispetto all'incarico a loro affidato dal Giudice, possano astenersi, ovvero vengano ricusati dalle parti per i motivi di cui agli artt. 51 c.p.c. e 36 c.p.p. In via di estrema approssimazione, la ratio di tali norme può essere ricondotta al fatto che, mentre il Giudice o il Consulente Tecnico di Ufficio, ovvero il Perito vengono "imposti" alle parti in causa dalla legge (e, quindi, la legge non può che prevedere un diritto di ricusazione, ovvero un dovere di astensione dall'Ufficio ove tale " imposizione" possa risolversi in un grave pregiudizio e, quindi, in un'ingiustizia per il cittadino), la nomina del Consulente Tecnico di Parte è demandata alla libera scelta della parte e della linea difensiva che questi intende attuare. Pertanto il rapporto che si instaura tra cliente e proprio consulente di parte si fonda su un notevole grado di affidamento e di fiducia e fa insorgere –in capo all'"esperto"- un dovere di corretta informazione circa il proprio ruolo e le proprie prestazioni. Tale dovere, in via del tutto generale, può ricondursi a quel dovere di comportamento secondo "buona fede" e "diligenza" che la legge impone alle parti, ove le stesse abbiano volontariamente concluso tra loro un contratto, nonché all'obbligo deontologico del decoro e della correttezza nell'esercizio della propria attività, ove una delle parti sia un professionista iscritto ad un apposito Albo. Riguardo in particolare allo psicologo, l'art. 24 del Codice Deontologico impone all'iscritto all'Albo di fornire ai propri

utenti o committenti, già nella fase iniziale del rapporto professionale, "informazioni adeguate e comprensibili circa le sue prestazioni, le finalità e le modalità delle stesse, nonché circa il grado e i limiti giuridici della riservatezza"; inoltre egli è tenuto ad evitare "di assumere ruoli professionali e di compiere interventi nei confronti dell'utenza, anche su richiesta dell' Autorità giudiziaria, qualora la natura di precedenti rapporti possa compromettere la credibilità e l'efficacia" (art. 26 C.D.). Se affidare un incarico di consulenza tecnica di parte ad un professionista o ad un altro rientra nella libera scelta del cliente, lo psicologo è comunque tenuto ad adoperarsi in maniera che tale scelta possa essere non solo libera e, quindi, "consapevole", ma altresì "congrua ed efficace" (art.3 CD); pertanto, egli sarà tenuto non solo a sincerarsi che l'incarico gli venga conferito liberamente, ma altresì a tenere conto dell' esistenza di circostanze pregresse, anche solo potenzialmente latrici di effetti negativi. Sebbene non possano essere ritenute in sé vincolanti, lo psicologo che opera in ambito forense dovrebbe, quanto meno, conoscere le "linee guida deontologiche per lo Psicologo Forense" dell'Associazione Italiana di Psicologia Giuridica" (www.aipgitalia.org), in particolare l'art.16 che recita: *"I ruoli dell'esperto nel procedimento penale e dello psicoterapeuta sono incompatibili (art.26 C.D.; art.10 C.N.). L'alleanza terapeutica, che è la caratteristica relazionale che domina la realtà psicoterapeutica, è incompatibile col distacco che il perito e il consulente tecnico devono mantenere nel processo. Per questo, chi ha o abbia avuto in psicoterapia una delle parti del processo o un bambino di cui si tratta nel processo o un suo parente, o abbia altre implicazioni che potrebbero comprometterne l'obiettività (art.26/2, art. 28/1 C.D.), si astiene dall'assumere ruoli di carattere formale.*

*Lo psicologo che esercita un ruolo peritale non svolge nel contempo nei confronti delle persone diagnosticate attività diverse come, per esempio, quelle di mediazione o di psicoterapia. Egli, con il consenso dell'avente diritto, potrà semmai, in quanto testimone, offrire il suo contributo agli accertamenti processuali (art.12 C.D.). Durante il corso della valutazione processuale, lo psicologo forense non può accettare di incontrare come cliente per una psicoterapia nessuno di coloro che sono coinvolti nel processo di diagnosi giudiziaria( 8art.10 C.N.)".*

Ritengo che le considerazioni svolte dal citato articolo possano ritenersi applicabili ad ogni ruolo tecnico svolto dallo psicologo in ambito giudiziario: occorre, però, sempre tenere bene a mente che l'identificazione della scorrettezza o meno dell'operato dello psicologo non può prescindere da un'attenta analisi delle circostanze del caso concreto.

In altre parole, un comportamento in astratto corretto potrebbe di fatto tradursi in un qualche pregiudizio per il committente e/o il destinatario della prestazione.

Cerchiamo di delineare alcuni esempi: si pensi al caso in cui ad un terapeuta venga richiesto di svolgere una consulenza tecnica di parte da un ex paziente, ovvero la richiesta provenga da un soggetto ancora paziente.

Nel secondo caso, non v'è chi non veda il pericolo di un pesante inquinamento del setting terapeutico e, conseguentemente, l'assoluta incompatibilità dell'assunzione di entrambi i ruoli.

Il primo caso, invece, risulta già un po' più problematico: lo psicologo potrebbe sostenere che, proprio in virtù del pregresso intervento professionale non solo egli si trovi nelle condizioni migliori per contribuire alla conoscenza della personalità del proprio ex-paziente, ma altresì rappresenti una persona di estrema fiducia per il soggetto.

Le considerazioni a contrario che possono farsi a tali argomentazioni sono tante: tra queste la circostanza che l'eventuale CTP potrebbe rendere non più attuabile un futuro intervento terapeutico a sostegno dell'ex-paziente; oppure, che le informazioni apprese dall'ex-paziente durante la terapia attengono ad una realtà terapeutica che nulla (o ben poco) ha a che fare con la realtà giudiziaria.

Procedendo ad un altro esempio, viene da chiedersi come uno psicologo possa ritenere di operare in maniera credibile ed efficace come CTP in una causa di separazione quando abbia svolto precedentemente una psicoterapia sul figlio della coppia separanda; avendo, quindi, instaurato in precedenza uno stretto rapporto con i genitori dello stesso, avendo condiviso con loro (anche se solo committenti) notizie ed informazioni di natura personale e familiare, nonché creato una sorta di fiduciosa alleanza, che verrebbe gioco forza tradita dall'assunzione dell'incarico.

La ratio sottesa all'istituzione dello strumento della Consulenza Tecnica sta nella necessità di compiere un inquadramento reale ed attuale della situazione personale, familiare e sociale dei soggetti; in caso di minori, di scattare un'istantanea più veritiera possibile dei bisogni e degli interessi del piccolo e delle risorse disponibili: in ogni caso, con lo scopo di conferire al Giudice dati utili ai fini di una sua decisione.

Pertanto, ogni potenziale "inquinamento" del contesto peritale, ogni possibile "fraintendimento" circa i ruoli e le funzioni degli esperti, ogni possibile "pregiudizio" formatosi nella mente di uno qualsiasi dei soggetti (siano essi clienti o controparti) coinvolti, non può che compromettere la credibilità se non dell'intera consulenza tecnica, quantomeno del singolo intervento peritale.

In conclusione, riguardo al CTU o al Perito nominati dal Giudice, la legge dispone che questi, in determinati casi, debbano astenersi o possano essere ricusati: riguardo al CTP, in assenza di una espressa previsione vincolante in materia, l' orientamento prevalente è di ritenere (quantomeno) inopportuna l'assunzione da parte del medesimo psicologo di incarichi di consulenza in un contesto giudiziale, sia ove siano intercorsi pregressi rapporti terapeutici anche con una sola delle parti in conflitto, sia – e a maggior ragione - durante il rapporto terapeutico stesso.

A mio parere, non si tratterebbe solo di una mera inopportunità – sconsigliata quantomeno da ragioni di generale correttezza - ma di un comportamento potenzialmente lesivo dei diritti e degli interessi dell'utenza e come tale perseguito formalmente dall'art. 26, c.2 Cod. Deont.

## Il fenomeno del fallimento adottivo in Italia

**(I° Parte)**

di
Sara Vessella

*Psicologa, Socio Ordinario AIPG*
*Specializzanda Istituto di*

*"Quando si consegna un bambino a due genitori non si offre loro un simpatico diversivo, si altera tutta la loro vita, se tutto va bene passeranno i prossimi venticinque anni cercando di risolvere il problema che gli abbiamo posto. Se invece le cose non vanno bene – e molto spesso vanno malissimo - li avremmo avviati sul difficile cammino della delusione e della tolleranza del fallimento" D.W. Winnicott*

*" Chi decide di adottare un bambino, acquista coscienza dell'idea di adottarlo, si da' da fare e finalmente arriva il momento in cui il bambino deve materializzarsi. Sfortunatamente per i genitori adottivi, può capitare che al momento in cui hanno trovato il bambino non siano più così sicuri di volerne uno" D. W. Winnicott*

**Viaggio attraverso i dati delle adozioni difficili: la prima ricerca a livello nazionale sul fenomeno del fallimento adottivo**

*"Per fallimento adottivo si intende l'interruzione – transitoria o definitiva - di un rapporto difficile tra genitori e figli che culmina con l'effettivo allontanamento dei minori dal nucleo adottivo e con il loro collocamento in strutture di accoglienza ed è caratterizzato dall'impossibilità di mantenere nel tempo legami tra di loro.*

*La mancanza a livello nazionale di dati sulle adozioni internazionali difficili e la diffusa percezione che il numero delle adozioni non riuscite fosse di gran lunga superiore a quello reso dai servizi territoriali e dai tribunali, hanno indotto la Commissione per le adozioni internazionali a promuovere sul tema la prima ricerca in Italia per riflettere sulle possibili cause di queste difficoltà che raggiungono la loro massima espressione nell'espulsione del figlio adottivo dal nucleo familiare* ( M. Cavallo, in " Percorsi problematici dell'adozione internazionale, 2003).

La rilevazione nazionale del fenomeno dell'adozione difficile, ha evidenziato dati interessanti e talvolta inattesi riguardo alle caratteristiche dei minori "restituiti". I risultati emersi *sconfermano,* ad esempio, la diffusa opinione che nell'adozione internazionale sia insito un considerevole rischio di fallimento: in termini assoluti si ha una perfetta equidistribuzione dei casi di restituzione tra adozione internazionale e nazionale.

I minori stranieri adottati e successivamente restituiti ai servizi sociali territoriali con uno o più passaggi intermedi nelle strutture residenziali nel periodo oggetto di indagine ( 1 gennaio 1998 - 31 dicembre 2001) sono stati complessivamente 164.

Si registra una *prevalenza femminile* con un'incidenza pari al 55% del totale, a fronte di una più bassa incidenza maschile - 45%. Questo *surplus femminile* è particolarmente concentrato nella ***fascia di età*** *di ingresso in Italia 12-14 anni* - ben 19 bambine a fronte di appena 2 maschi. Escludendo questa fascia di età, infatti, le *distribuzioni* per classe di età dei maschi e delle femmine risultano del tutto *analoghe*. Entrambe presentano una massimo nella *fascia preadolescenziale di 6-8 anni* (23 maschi e 25 femmine) e una forte incidenza nella fascia 9 - 11 anni (18 maschi e 21 femmine) e un minimo nella classe a ridosso della maggiore età (15 - 17 anni) con appena 3 maschi e 2 femmine.

Questa distribuzione indica un secondo elemento di novità rispetto all'insieme dei minori stranieri adottati: una età media all'ingresso in Italia prossima agli 8 anni più alta cioè di quella complessiva e dunque più spostata verso l'età adolescenziale.

Sebbene non sia l'unico fattore di rischio, *l'età all'inserimento nel nucleo familiare che porta con sé tutta l'esperienza pregressa vissuta dal bambino sembra rivestire un ruolo cruciale sul buon esito dell'adozione*. In particolare risulta che a età più avanzate di inserimento nel nucleo familiare sono correlati maggiori rischi di restituzione.

Tali *rischi* però sono *massimi nell'età pre - adolescenziale e adolescenziale*. E' molto rilevante annotare che questo periodo della vita è critico non solo per i minori inseriti a queste età nel nucleo familiare adottivo ma anche per molti bambini che hanno iniziato un percorso adottivo molti anni prima essendo stati adottati in tenera età.

Accanto all'età di inserimento anche la ***provenienza*** dei minori restituiti fornisce interessanti indicazioni.

Nella graduatoria delle provenienze dei minori restituiti *spicca* su tutte la *nazionalità brasiliana*: si hanno infatti 44 bambini brasiliani (27 %); seguiti a grande distanza dai bambini russi: 21 (12,9%); colombiani: 20 (12,3%); rumeni: 17 (10,4%); polacchi: 14 (8,6%); cileni: 9 (5,5%); indiani: 8 (5,5%); peruviani: 7 (4,3%).

Nei contingenti di minori adottati nel corso degli anni Novanta si verifica una distribuzione segnatamente diversa. Basti notare che:

a) per quanto quantitativamente rilevanti nell'adozione internazionale, i bambini brasiliani sono sistematicamente superati in numero dai contingenti di minori rumeni adottati; ciò nonostante questi ultimi fanno segnare un numero di fallimenti inferiore a meno della metà del valore dei bambini brasiliani;

b) si contano appena 3 restituzioni di bambini bulgari, nazione dalla quale proviene uno dei flussi più consistenti di bambini adottati;

c) si hanno appena 2 casi di restituzione tra i minori dell'Ucraina, Paese dal quale provengono alti contingenti annui di minori adottati nel corso degli anni Novanta e che rappresenta negli ultimi anni il primo Paese di provenienza dei minori adottati in Italia.

Dunque provenire da un determinato Paese piuttosto che da un altro è un elemento che può incidere sulle sorti dell'esperienza adottiva, cosicché a rilevanti flussi in entrata di bambini adottati da un certo Paese non corrisponde necessariamente un più elevato numero di insuccessi dell'adozione.

***I paesi dell'America Latina che cumulano il 51,5% delle restituzioni totali*** segnano le incidenze più alte di restituzioni con valori decisamente superiori a quelle dei minori provenienti dall'area dell'Est Europa - 39,3% delle restituzioni complessive.

I minori brasiliani presentano inoltre alcune interessanti peculiarità che li distinguono piuttosto nettamente dall'insieme dei minori adottati e successivamente restituiti: a) contrariamente a quanto si verifica per il complesso dei minori restituiti tra di essi si ha una prevalenza di maschi (26) su femmine (18); b) si registra una più alta incidenza di ingresso di bambini piccoli.

Relativamente a questo secondo elemento si deve annotare che un quarto dei bambini brasiliani ha un'età all'ingresso compresa tra 0 e 2 anni e tre quarti tra 0 e 8 anni.

Questa ultima osservazione sulla presenza di precoci età tra i minori brasiliani restituiti sembrerebbe contraddire quanto precedentemente detto rispetto ai maggiori rischi di restituzione al crescere dell'età, ma in questo caso è necessario valutare

anche il *peso specifico dei vissuti dei bambini brasiliani* che provengono spesso da esperienze di particolare ed estrema deprivazione. Per i bambini piccoli e in particolare per i bambini brasiliani, si può dunque affermare che la qualità del vissuto, e non solo la durata, risulta un forte fattore di rischio che può incidere profondamente sulla riuscita dell'esperienza adottiva.

L'attività di indagine promossa dalla Commissione per le adozioni internazionali ha permesso di raccogliere informazioni di contesto utili per una valutazione anche solo parziale dei temi relativi ai fattori di rischio e più in generale di fornire indicazioni per la definizione di un profilo di massima di questi genitori adottivi indagandone la distribuzione territoriale, le caratteristiche socio culturali e il legame con il bambino adottato.
In generale le regioni caratterizzate da un alto numero di adozioni internazionali hanno in valori assoluti anche un corrispondente più alto numero di restituzioni - Lombardia, Veneto, Emilia Romagna, Campania - sebbene in tal senso si segnalano alcune *rilevanti eccezioni - Toscana e Lazio*.
Tra le coppie che hanno adottato sono presenti forti elementi di continuità rispetto all'insieme delle coppie adottive:
A) l'alto tasso di occupazione dei genitori adottivi con una netta prevalenza del ceto medio impiegatizio - 88% di occupati tra i padri; 56% tra le madri;
B) l'età media dei genitori all'ingresso del minore in Italia si attesta intorno ai 40 anni per i mariti 39 per le mogli. Un dato interessante relativamente all'età degli adottandi è che si registra per le coppie rilevate a causa del fallimento dell'adozione un'età media significativamente più alta e pari a 45 anni per i mariti e 42 per le mogli (72 i bambini restituiti per coppie intorno ai 46-50 anni)

I dati raccolti indicano senza incertezze che il *periodo critico* rispetto ai rischi della restituzione si concentra negli anni della crescita adolescenziale. L'età media dell'allontanamento dei minori restituiti, infatti, risulta prossima ai 13 anni. Mettendo in relazione l'età media dell'allontanamento con l'età media all'ingresso in Italia - prossima agli 8 anni- si ha una durata media dell'esperienza adottiva di circa 5 anni e mezzo.
Il momento della difficoltà, definito dall'evento allontanamento, si colloca nella fase del ciclo vitale della famiglia in cui il figlio è adolescente e anche nei casi di adozioni precoci, cioè tra 0 e 2 anni, l'adozione dura oltre 10 anni per poi sfociare in 17 casi nell'allontanamento del minore.
Ne consegue che al momento dell'allontanamento dalla famiglia i minori coinvolti sono in larghissima parte pre adolescenti o adolescenti ( 17,8% ha tra i 9 e gli 11 anni, il 38,6% tra i 12 e i 14 anni e il 30,1% tra i 15 e i 17 anni).

Relativamente alle *motivazioni* dell'allontanamento dal contesto familiare l'incidenza di risposte è tale da indicare alcune motivazioni prevalenti che però risultano alquanto generiche per arrischiare valutazioni ultimative. Le frequenze più alte si registrano in merito a motivazioni generiche che non di rado sottendono ad altro: difficoltà di relazione (32 casi su 137), conflittualità con la famiglia ( 31 su 137) e inadeguatezza e incapacità della coppia (24 su 137).
Tra i casi rilevati di minori allontanati dal nucleo familiare adottivo a seguito di aperto conflitto o difficoltà a proseguire la relazione genitori- figli si rilevano un numero elevato di minori adottati insieme ad *uno o più fratelli* e dalle storie raccolte emerge come raramente l'allontanamento coinvolga tutto il gruppo dei fratelli ma piuttosto riguardi prevalentemente uno solo e nella fattispecie il bambino più grande.

Per quanto concerne la restituzione dei minori adottati *nell'adozione nazionale* si ha a disposizione un numero decisamente più limitato di informazioni ma può essere utile fornire alcuni spunti di riflessione anche in chiave comparativa. Nello stesso periodo oggetto di indagine ( 1 gennaio1998- 31 dicembre 2001) si è rilevato che i minori adottati sul territorio nazionale e successivamente restituiti sono stati complessivamente 167. Pertanto in termini assoluti le restituzioni nell'adozione nazionale (167) e internazionale (164) si equivalgono. Bisogna, però, sottolineare che rapportando le restituzioni nazionali e internazionali ai rispettivi decreti di adozione si registra un'incidenza di restituzione decisamente più rilevante per le restituzioni nazionali rispetto a quelle internazionali essendo, come largamente saputo, i decreti annui di adozione internazionale, superiori ai decreti annui di adozione nazionale. E' necessaria un'estrema cautela nell'interpretazione di tali dati ed è pertanto consigliabile evitare giudizi ultimativi dato che si tratta di casi con valori suscettibili di variazioni annue anche rilevanti.
E' interessante però segnalare che in nessun tribunale per i minorenni sono stati rilevati casi di restituzione in cui l'adozione era stata decretata nel periodo di effettiva vigenza della nuova normativa in materia di adozione internazionale (legge 476/1998). E' dunque ancora presto per dire se i *cambiamenti nelle procedure introdotti dalla legge*, primo tra tutti il ruolo attivo degli enti autorizzati, abbia influito sul fenomeno delle restituzioni, ma in futuro sarà molto interessante verificarlo (i dati della suddetta ricerca sono tratti da E. Moretti, Viaggio attraverso i dati delle adozioni difficili, 2003).

**Indicatori predittivi di rischio nella coppia genitoriale**

Il successo dell'esperienza adottiva dipende dai genitori almeno quanto dai bambini. Generalmente i fattori di rischio di insuccesso per i genitori sono strettamente connessi alle motivazioni che li hanno spinti all'adozione.
Tali indicatori di rischio possono essere già presenti nelle storia individuale dei singoli protagonisti dell'adozione, ovvero nella coppia genitoriale o nel bambino, ma si manifestano palesemente nel momento in cui condizionano l'esito dell'adozione conducendo al fallimento della relazione adottiva in corso.
La Dott.sa Galli ha individuato nell'esperienza clinica, preventiva e terapeutica con famiglie e bambini adottivi le caratteristiche degli indicatori di rischio che possono essere analizzate nella loro causalità rispetto all'esito dell'adozione.
*- Disturbi e funzionamento psicosomatico nella coppia*
E' frequente che nel percorso di avvicinamento all'adozione, coppie che si sono sottoposte per anni a trattamenti di infertilità senza alcun successo, inizino una gravidanza o subito dopo aver presentato la domanda di adozione, o durante le fasi delle indagini psico - sociale o ancor più frequentemente al momento in cui viene loro abbinato un bambino straniero oppure subito dopo l'ingresso del bambino nella nuova famiglia. Ma spesso accade anche che le coppie sviluppino malattie psicosomatiche che possono manifestarsi nelle fasi precedenti all' idoneità all'adozione o che si scatenano in seguito all'alterazione degli equilibri intrafamiliari introdotti dall'arrivo del bambino.(Galli J., fallimenti adottivi, 2001).
Joyce Mc Dougall (1989) afferma: "(…) l'irruzione di sintomi somatici coincide per lo più con eventi che superano l'usuale capacità di tolleranza; (…) " Tali pazienti,

in qualche modo, preservano inconsciamente la capacità di ammalarsi come se essa costituisse per loro una "via d'uscita", quasi avessero bisogno, in un periodo di crisi, di saggiare i propri limiti corporei e di assicurarsi così un minimo di esistenza separata da qualsiasi altro oggetto significativo" (Galli J., Fallimenti adottivi, 2001)

*"Nell'esperienza clinica con le coppie candidate all'adozione è più frequente che siano le donne quelle che manifestano una maggior tendenza a presentare sintomi somatici in coincidenza con i diversi momenti dell'iter adottivo, come evento che supera il livello di tolleranza*"(Galli J., Fallimenti adottivi, 2001).

La maternità adottiva è caratterizzata "*dall'assenza di un rapporto corporeo"* (Galli J.,Fallimenti adottivi, 2001) con il futuro figlio; lo spazio che la madre, ma direi piuttosto entrambi i genitori, devono creare per accogliere il bambino è uno spazio mentale, emozionale, affettivo, un mondo immaginario di pensieri e fantasie sul futuro del proprio figlio e sulla nuova immagine di sé come genitori. Talvolta di fronte al conflitto e all'impossibilità di affrontare il dolore mentale connesso ad un periodo di crisi che destabilizza gli equilibri precedenti, sembra che il corpo risponda a questa sofferenza psichica, producendo sintomi somatici, inibendo una funzione (come ad esempio nell'asma bronchiale), iper producendo certe sostanze (come nelle ulcere gastro - intestinali), ma anche riproducendo parti atipiche organiche (come nel caso delle neoplasie) (Galli J., 2001).

La capacità di ammalarsi diventa, come suggerrisce Joyce Mc Dougall (1989), la modalità principale di porre nel proprio corpo i conflitti relativi alla genitorialità.

*"Se l'adozione di un bambino rappresenta la soddisfazione del desiderio di maternità/paternità dovremmo domandarci: perché in taluni casi viene ad essere pagata con un dolore somatico*?"

*L'impossibilità di procreare, di soddisfare il desiderio di avere un figlio nato dalla coppia, talvolta può essere sentita come una frustrazione che procura un dolore mentale così intenso da minacciare la continuità stessa dell'individuo tale da essere messo in una parte del corpo che si ammala.*

*Di fronte a modalità di funzionamento come quelle che veniamo a descrivere, bisognerebbe chiedersi che possibilità hanno gli adulti con queste caratteristiche di entrare in contatto con aspetti e funzionamenti arcaici di bambini che spesso interpretano l'abbandono come un atto violento, come una sofferenza traumatica conseguente alla mancanza di contenimento materno".* (Galli J., Fallimenti adottvi, 2001).

*- Malattie organiche e disabilità*

Sempre più frequenti sono, come sottolinea la Dott.sa Galli, nell'esperienza clinica relativa alle indagini sull'idoneità all'adozione, domande di adozione di coppie nelle quali uno dei due partner è affetto da malattie croniche progressive come sclerosi multipla, malattie tumorali, gravi scompensi metabolici, malattie cardiache.

*"Cosa può rappresentare per un bambino che ha sperimentato nella prima infanzia un disturbo importante del sistema narcisistico (narcisismo inteso come investimento base per la formazione della sua identità), identificarsi con un genitore che a causa di queste malattie viene continuamente confrontato con i propri limiti reali, con una riduzione progressiva della propria autonomia e/o l'angoscia di una morte imminente?" Nella maggior parte dei casi queste sono delle richieste di adozione che potremmo definire adulto-centriche nelle quali il bambino adottivo viene a svolgere un ruolo terapeutico nei confronti dell'adulto malato. Il figlio adottivo verrebbe in questi casi chiamato ad affrontare oltre che la doppia riparazione, quella riguardante il suo rapporto primario interrottosi con l'abbandono e quello riguardante la coppia che non ha procreato, un ulteriore gravoso compito riparatorio nei confronti del figlio adottivo".*(Galli J., Fallimenti adottivi, 2001)

Si assiste ad un tentativo di minimizzazione della problematicità della malattia, che si manifesta attraverso una massiccia negazione delle limitazioni che tale patologia realmente ha nella vita quotidiana dell'adulto e nella sua autonomia: sembra che l'interesse sia rivolto a sostenere i diritti del soggetto malato e ad affermare una sua "normalita'", occupando, ancor prima del suo arrivo, lo spazio fisico e mentale che dovrebbe essere dedicato esclusivamente al futuro figlio (Galli J., 2001).

*"Quali possibilità ha un bambino di manifestare la propria aggressività nei confronti di un genitore sentito come fragile indifeso e dipendente? Quali risorse vengono chieste al coniuge non malato che deve occuparsi nella realtà esterna e nelle dinamiche interne di un bambino che necessita di riparazione da parte degli adulti- genitori e contemporaneamente di un coniuge non autosufficiente che necessita anch'esso di attenzioni e accadimento globale? Talvolta nella clinica si osserva che operatori deputati a realizzare lo studio psicosociale di questi adulti, nella difficoltà di andare oltre le massicce difese innalzate per contenere la sofferenza causata dalla malattia, colludono con aspetti soltanto parziali del funzionamento e dell'autonomia di queste persone, negando anch'essi la realtà globale.*

*Pur riconoscendo il dolore derivante dalla condizione di malattia e/o disabilità sembra necessario assumersi un compito di tutela che deve prevedere da parte di un terzo (operatore, giudice) la capacità di fare pensieri e scelte per il bambino, contenendo la sofferenza depressiva degli adulti".* (Galli J., Fallimenti adottivi, 2001)

*- L'adozione dopo la morte di un figlio*

Coppie che dopo la scomparsa di un figlio naturale decidono di iniziare un percorso adottivo richiedono da parte degli esperti del settore un'attenta analisi delle motivazioni alla base di tale desiderio. La sofferenza che deriva dall'elaborazione del lutto può infatti esporre il figlio adottivo all' impossibile compito di sostituire il figlio scomparso e risanare le ferite dolorose dei genitori. La dinamica intrafamiliare che viene a crearsi può essere considerata altamente predittiva di un fallimento nella relazione adottiva (Galli J., 2001)

*"La difficoltà degli adulti di portare a termine il lavoro di lutto conseguente alla morte di un figlio determina una limitazione delle risorse; si assiste ad una minor disponibilità al lavoro mentale e un ripiegamento sul "fare quotidiano" un appiattimento delle capacità di fantasticare della creatività e degli investimenti affettivi. Un tale funzionamento del singolo o di entrambi i membri della coppia rappresentano equivalenti o sintomi della depressione sottostante. La richiesta di adottare un bambino diventa allora una sorta di "autoterapia" che la coppia cerca di attivare come modo per negare e tenere lontana la sofferenza depressiva"* (Galli J., Fallimenti adottivi, 2001).

L'entusiasmo che queste coppie dimostrano nell'affrontare le diverse fasi dell'iter adottivo e nell'affrontare i primi momenti con il nuovo figlio rappresentano spesso una *" condizione atta a negare la sottostante depressione"* (Galli J., Fallimenti adottivi, 2001), con cui il bambino, che ha sperimentato l'abbandono e l'istituzionalizzazione, collude, proprio perché la coppia genitoriale utilizza i suoi stessi meccanismi inconsci per difendersi dalla depressione.

Si costituisce così all'interno delle dinamiche relazioni familiari una sorta di "*falso sé gruppale"(*Galli J., 2001) attraverso il quale tutti i membri della famiglia si ritrovano a lottare *"insieme per tenere lontana la depressione*" (J.Galli, 2001).
L'uso massiccio di meccanismi di scissione e negazione rende tale relazione adottiva ad alto rischio evolutivo e di fallimento.

*- Rifiuto di procreare e motivazioni filantropiche*
Le motivazioni che portano coppie senza problemi di infertilità a scegliere un percorso adottivo possono essere di vario tipo: di natura filantropica o ideologica o può nascondere *"ansietà riguardanti la gravidanza e/o il parto oppure timori di trasmettere malattie genetiche o profonde problematiche riguardanti la sessualità di coppia*" (Galli J.,Fallimenti adottivi, 2001).
La difficoltà che la coppia genitoriale trova nell'affrontare aspetti della propria evoluzione psicosessuale può portare all'inevitabile proiezione sul bambino di parti di sé escluse e non volute condizionando la sua evoluzione e il suo sviluppo globale. Nella fase adolescenziale, il confronto con una coppia genitoriale *" per la quale la sessualità è disgiunta dalla procreazione"* (Galli J, Fallimenti adottivi 2001), può generare difficoltà di identificazione sessuale e nell'integrare parti di sé che risultano scisse e negate anche nel modello genitoriale.

*- L'adozione da parte di famiglie con figli*
La presenza di figli biologici in una famiglia che si apre all'adozione, non costituisce ovviamente di per sé un elemento di rischio. Può presentarsi invece come elemento di risorsa qualora la coppia genitoriale abbia motivazioni e risorse atte a fronteggiare *" l'impegnativo lavoro psichico a cui si sottopongono gli adulti, gli altri figli e il futuro figlio adottivo" (* Galli J., Fallimenti adottivi, 2001)
L'esito dell'adozione può risultare ad alto rischio di fallimento qualora l'arrivo del bambino venga affrontato con superficialità, sottovalutando il carico emotivo che sia i figli naturali che il figlio adottivo si troveranno a dover fronteggiare e che necessita di consapevolezza e di uno spazio mentale da parte delle figure genitoriali per poter accogliere e contenere le difficoltà relazionali che possono generarsi.
*"A volte la ricerca ad oltranza dell'adozione in coppie che hanno più figli biologici appare non molto diversa, da un punto di vista dei movimenti e delle dinamiche interne, della ricerca del " figlio a tutti i costi" da parte delle coppie sterili. L'adottare, per taluni, risulta essere una modalità di tipo megalomane, che consente di "provare tutto", non tenendo sufficientemente conto o negando i bisogni e le difficoltà dei figli presenti in famiglia e dello sforzo che rappresenta pure per loro l'arrivo nel nucleo di un altro bambino, non neonato, quasi sempre con problematiche specifiche (esperienze traumatiche reali), spesso causa di un disagio mentale.*
*I risvolti emotivi che la scelta adottiva dei genitori può avere sui figli biologici talvolta porta questi ultimi a sentirsi narcisisticamente svalutati, di non essere mai all'altezza delle aspettative dei genitori che per questi motivi sono alla ricerca di "un figlio speciale da adottare*".(Galli J., Fallimenti adottivi, 2001)

*Riferimenti Bibliografici:*


*-Ammanniti, M.,(1992), La gravidanza tra fantasia e realtà, Roma, Il pensiero scientifico editore*

*-Bal Filoramo, L.,(1993), L' adozione difficile. Il bambino restituito, Roma, Borla*

*-Berry, M.,(1990), A study of disrupted adoptive palcement of adolescents, "Child Welfare League of America", 69, 3, p.209-225*

*-Bouchard, M., (1997), Quando un bambino viene allontanato, Milano, Franco Angeli*

*-Bogliolo. C., (1994), La tomba di famiglia o del blocco di una adolescenza,in: Bossoli, Mariotti, Onnis ( a cura di), Adolescenza e relazioni familiari, L'adolescente e i suoi sistemi, Roma, Edizioni Kappa*

*-Bramanti, D., Rosnati, R., (1998), Il patto adottivo. L'adozione internazionale di fronte alle sfide dell'adolescenza, Milano Franco Angeli*

*-Brodizinsky, D.M., Schechter, M.D., (1990), The psychology of adoption, New York, Oxford University Press*

*-Cafarelli A., Ricciardi D., (2003), Perché il fallimento? Riflessioni sugli incontri con gli adottati, in : Percorsi problematici dell'adozione internazionale, Collana della Commissione per le adozioni internazionali, Firenze, Istituto degli Innocenti.*

*- Cavallo M., (2003), Percorsi problematici dell'adozione internazionale, Collana della Commissione per le adozioni internazionali, Firenze, Istituto degli Innocenti*

*-Condini, A., Adolescenza e fallimento adottivo, in " Giornale di neuropsichiatria dell'età evolutiva", vol. 14, n.4, p. 239-248*

*-Di Rienzo E. et al. (1999), Storie di figli adottivi. L'adozione vista di protagonisti, Torino, Utet*

*-Galli J., Viero, F. (a cura di ), (2001), Fallimenti adottivi. Prevenzione e riparazione, Roma, Armando*

*-Galli J., Viero, F. (2001) Le adozioni fallite in : Atti del Convegno "Le adozioni Fallite", organizzato da Associazione Senza Frontiere Onlus, Salone del Parlamento del Castello di Udine, Udine, 23 giugno 2001*

*-Farri Monaco, M., Castellani, P.P., (1994), Il figlio del desiderio. Quale genitore per l'adozione?, Torino, Bollati Boringhieri*

*- Norsa, D., Zavattini, G.C., (1997), Intimità e collusione. Teoria e tecnica della psicoterapia psicoanalitica di coppia, Milano, Raffaello Cortina*

*-Veggetti Finzi S., (1990), Il bambino nella notte. Divenire donna, divenire madre, Milano, A. Mondatori*

*-Vella, (1994), in Bossoli, Mariotti, Onnis ( a cura di), Adolescenza e relazioni familiari, L'adolescente e i suoi sistemi, Roma, Edizioni Kappa*

*-Winnicott D. W. (1986), Il bambino deprivato, trad.it., Milano Raffaello Cortina*


Pubblichiamo il seguente articolo, accogliendo la richiesta di replica formulata dal dr. Salluzzo in relazione all'articolo di Gaetano Giordano "Le associazioni di genitori separati" comparso sul n°18 della newsletter dell'AIPG.

*La Redazione*

## Associazioni di familiari e giustizia


di
Mario Andrea Salluzzo

*Psicologo, Psicoterapeuta*
*Az. USL Rm/D*

Svolgendo da più di dieci anni l'attività di psicologo nei servizi pubblici di salute mentale, l'autore ha potuto assistere alla graduale ma consistente crescita delle richieste di trattamenti psichiatrici da parte di coloro che si trovano coinvolti in eventi stressanti come l' interruzione di rapporti familiari. Genitori separati in difficoltà nel rapporto coi figli, i quali si sono schierati con uno di loro due.
Nonni allontanati dai nipotini a seguito di incompatibilità di carattere con generi o nuore, anche in costanza di matrimonio. Padri e madri, valutati o sospettati di essere inidonei come genitori, che vedono internare i propri figli in luoghi protetti o essere affidati temporaneamente ad altre famiglie. Genitori che, dopo il deterioramento del rapporto di coppia, apprendono che il partner, di origine straniera, a loro insaputa, è partito per fare ritorno al paese di origine portandosi via il figlio. Questi cittadini, disperati, col cuore spezzato, si rivolgono fiduciosi all'istituzione pubblica.
Chiedono una soluzione per la loro insostenibile sofferenza. L'operatore, volenteroso di farsi carico del disagio del paziente per porvi rimedio, presta ascolto ai casi per valutare le motivazioni che spingono alla richiesta di aiuto.
Le richieste spesso appaiono congrue e genuine. Ma l'intervento psicologico e, a volte anche quello farmacologico, ottengono risultati parziali o insoddisfacenti, così come inefficace risulta spesso il tentativo di coinvolgere i familiari interessati.
Perché qualsiasi intervento sanitario è soggetto alla libertà di scelta, e la frequentazione o gli interventi sui minori sono soggetti all'approvazione di chi ne esercita la potestà o ne detiene l'affidamento. Per non parlare del caso di chi non sa più nemmeno dove si trova suo figlio. Alla fine l'operatore viene sopraffatto da un senso di impotenza e dichiara tutti i suoi limiti. Al paziente sembra di impazzire. Spesso si assiste ad esplosioni di acting-out, oppure alla perdita delle proprie competenze sociali, o alla perdita del posto di lavoro, o all'insorgenza di disturbi psicosomatici o altre reazioni da stress. Fino a giungere a fantasie omicidarie e/o suicidarie.
Pochi sono i casi che restano in trattamento. Spesso sono casi segnalati dai servizi sociali. In tal caso, i pazienti continuano a venire ai colloqui sospinti perlopiù dal desiderio di ben figurare agli occhi dei loro valutatori, quelli cioè che dovranno relazionare al giudice sulla loro capacità di essere buoni genitori.
La partecipazione del paziente a quello che formalmente dovrebbe essere un trattamento psicoterapeutico è falsata da una più o meno esplicita obbligatorietà, e disturbata dall'impellente esigenza di ricongiungersi al più presto coi propri figli.
La rabbia è spesso evidente e perlopiù diretta contro gli operatori delle istituzioni. Raramente contro i propri cari.
Ma anche mettendoci tutta la buona volontà, il trattamento sembra solo imprigionare il paziente, più che liberarlo dai suoi problemi psicologici. Un paziente mi disse che avrebbe volentieri preferito ritornare in carcere piuttosto che subire le misure di allontanamento dai figli impostegli dalla giustizia.
Dal confronto con i colleghi dei servizi per l'età evolutiva emerge la concezione prevalente della legittimità e dell' opportunità che il minore mantenga sempre i rapporti con entrambi i genitori, ivi compresi i relativi familiari. Ben diverso è il discorso quando si tratti di sapere come ottenere tale risultato.
A questo punto tra le esigenze della sanità e quelle della giustizia viene a crearsi una soluzione di continuità. E' stato così che l'autore ha cominciato ad interessarsi della normativa vigente trovando su internet una miriade di siti dedicati all'argomento, e, tra questi, quelli delle *associazioni di genitori che rivendicano il diritto di mantenere o ripristinare il rapporto coi figli in tutti quei casi che sono di competenza della giustizia.*
Sembrerebbe che queste associazioni di *volontariato* possano offrire, a quei familiari per cui l'istituzione pubblica poco o nulla ha potuto fare, una soluzione alternativa; la possibilità cioè di condividere la propria sofferenza con altri compagni di sventura, di produrre uno sforzo di conoscenza sui propri problemi, nonché di promuovere un'opportuna attività di trasformazione normativa e sociale. Non è possibile dare un quadro esauriente di un fenomeno che è in continua trasformazione ed espansione. Si può cercare però di estrarre, dall'insieme numeroso di tali associazioni, quella tipologia che si presenta oggi con maggior frequenza. Le associazioni nascono di solito come piccoli gruppi su iniziativa di quello che potremmo definire un "capo carismatico", un capo che raccoglie al suo seguito qualche decina di persone afflitte dalla mancanza del rapporto coi figli. Lo sviluppo dei *media* - internet in particolare - ha reso possibile a costoro di mettersi in contatto e, successivamente, consociarsi in gruppi più o meno stabili. Come sempre accade, in principio, tutti i gruppi e i movimenti devono consolidarsi. Sono inevitabili le illusioni, le delusioni, e la fragilità delle coalizioni, pronte a disfarsi alla prima incomprensione. Ma l'esperienza e la costanza nel perseguire l'obiettivo formano, e fanno maturare coloro che riescono a sopportare le frustrazioni iniziali. Attualmente l' organizzazione più consistente sembra essere la Fe.N.Bi. - Federazione Nazionale per la Bigenitorialità, che, nata nell'agosto 2003, conta ben 26 tra comitati e associazioni. Ma almeno altrettante dovrebbero essere quelle che operano per loro conto. Solitamente le associazioni offrono dei servizi di consulenza da parte di professionisti specializzati, perlopiù avvocati, consulenti psichiatri o psicologi, mediatori familiari, ecc., a cui i soci possono rivolgersi per le loro esigenze.
Attraverso l'esperienza maturata su migliaia di casi raccolti presso i loro sportelli, i volontari delle associazioni creano un tipo di sapere e di cultura nuovo, che è simile a quella dei sindacati o delle associazioni dei consumatori. In alcuni casi, come quello dell'Associazione Ex (www.exonline.it), vanno a riempire dei vuoti istituzionali, anche nel campo della ricerca. L'osservatorio dell' Associazione Ex ha studiato per oltre dieci anni il fenomeno dell'incidenza dell' interruzione del *progetto genitoriale* sulla determinazione dei fatti di sangue in famiglia che sono successivi alla separazione giudiziaria dei genitori dai figli. Seguendo l'esempio delle altre associazioni nel mondo, sono state attivate numerose iniziative tese ad ottenere, sia una visibilità sociale, che una cultura condivisa. In favore della *bigenitorialità* e della paternità, si sono svolti, a Monza il 6-7 novembre 2004, il 1° Festival della Paternità (www.papaseparati.it), e, a Roma nella primavera del 2003 e 2004, le marce internazionali (www.MillionDadsMarch.org), tenutesi in contemporanea in 16 paesi. Uno degli ultimi convegni su "Figli contesi: la tutela dei minori nelle separazioni e divorzi", svoltosi alla Facoltà di Giurisprudenza a Roma il 20 novembre 2004, ha visto la partecipazione di noti esperti, giudici e presidenti delle principali associazioni. Oltre ai grandi eventi collettivi, anche i casi locali, o più specifici, o relativi alle questioni di singoli associati, vengono affrontati - a livello più capillare - con manifestazioni di piazza, ovviamente, di portata più limitata.
Inoltre, l'approfondimento della conoscenza delle normative consente alle associazioni di promuovere iniziative in campo legislativo.
Le associazioni Crescere Insieme (www.crescere-insieme.org) e Genitori Separati dai Figli (www.gesef.it) hanno ripresentato all'inizio della presente legi-

slatura proposte di legge per la modifica delle norme sull'affidamento dei figli in sede di separazione.
Tali proposte sono poi confluite nel *testo unificato Paniz* - p.d.l. 66, ed abbinate - per l'affidamento condiviso, ed attualmente sono discusse dalle varie commissioni parlamentari.
I mass media hanno dimostrato una sempre crescente sensibilità per le sofferenze di molte famiglie colpite da tali disagi, ivi comprese le riforme di legge tese a prevenirle.
Quando giungono alle associazioni, i familiari già si sono rivolti, come di consueto, alle istituzioni ed ai professionisti.
Le lamentele più frequenti sono quelle dell'inconcludenza della prassi giudiziaria e dei metodi di intervento psicologico; ma anche dell'arido tecnicismo e del distacco professionale che non possono minimamente contenere la loro sofferenza.
Il loro vissuto è che alle istituzioni pubbliche e allo Stato non interessi granché della loro sofferenza.
Tali vissuti rivendicativo-persecutori si trasformano facilmente in aggressività rivolta tanto contro le istituzioni che le classi professionali; a volte perfino contro le associazioni stesse.
Quello che scatena maggiormente tali reazioni è l' atteggiamento svalutante degli operatori della giustizia o del sociale nei confronti delle rivendicazioni per quella che gli appare essere un'atroce ingiustizia, *la separazione da ciò che hanno di più caro: i figli.*
La risposta che ricevono di frequente è quella di essere considerati egocentrici e vittimisti, incuranti del fatto che quello che viene disposto dalla giustizia è solo *"nel superiore interesse del minore"*.
Tale incomprensione provoca spesso una feroce avversione nei confronti degli operatori, i quali pretendono *tout court* di fargli inghiottire l'amaro boccone.
Difficilmente il familiare riesce ad accettare il principio che, *per difendere una categoria di soggetti deboli*, debbano essere deteriorati i rapporti con coloro che fino ad allora li hanno protetti; e, per di più, *creando un'ulteriore categoria di soggetti deboli e senza soccorso, quella dei genitori privati dei propri figli*.
Il primo compito delle associazioni, pertanto, può solo essere quello di colludere con le reazioni di dolore difficilmente controllabili che affliggono i familiari disperati.
Gradualmente le loro reazioni emotive verranno incanalate e prenderanno una forma operativa all'interno delle iniziative dell'associazione.
Laddove il genitore *si sente invitato dal sistema a rassegnarsi* alla limitazione o alla perdita del rapporto coi figli, le associazioni, per contro, ne comprendono il bisogno affettivo disconosciuto, il senso di impotenza, l'angoscia disperante, il bisogno regressivo di protezione, e ravvivano in loro la speranza di ricostruzione di quegli affetti che essi temono vadano irrimediabilmente distrutti.
La partecipazione alla vita delle associazioni consente effettivamente ai singoli di uscire dall'impotenza del proprio isolamento, e favorisce la trasformazione di quelle emozioni che, se represse, potrebbero esplodere, esitando in conseguenze dannose per sé e per gli altri (agiti violenti, omicidi-suicidi, disturbi psicosomatici o da stress, ecc.).
Così come accade per i gruppi di autoaiuto, alla lunga, i membri esperti dell'associazione imparano a svolgere il ruolo di contenimento e trasformazione delle reazioni emotive di chi si trova in crisi.
A poco a poco, gli attivisti dei movimenti rinforzano le loro conoscenze e le loro iniziative utilizzando la collaborazione e l'apporto intellettuale di professionisti e uomini di cultura che sono solidali con la loro causa; ricevendo sempre più spesso anche riconoscimenti dal mondo accademico.
Alcuni professionisti, dopo aver tentato - con scarso successo - di partecipare alle attività delle associazioni, sostengono che esse sarebbero inaffidabili.
Essendo guidate da capi impreparati, afflitti da smanie di protagonismo - che colludono inconsciamente con i disturbi psicologici non curati dei propri iscritti - le associazioni coinvolgerebbero i soci in azioni di protesta, impedendogli l'elaborazione del lutto per la perdita dei figli, e fomenterebbero reazioni di aggressività che li esporrebbe a rischi, piuttosto che proteggerli.
*Ripeterebbero il trauma* della separazione, con il solo *fine inconscio di rendere infinito il conflitto*.
Certo, tali rischi sono possibili - per inesperienza - soprattutto agli inizi della formazione dei movimenti.
Ma è difficile che, se riescono a stabilizzarsi nel tempo, questi gruppi non possano sviluppare un processo di consapevolezza e autocritica tali da smussare i difetti di impulsività e narcisismo maligno che, altrimenti, li porterebbero rapidamente all'estinzione.
E'difficile che essi, nel tempo, non riescano ad allontanare i pericolosi demagoghi e i falsi profeti.
Anche ammettendo eventuali errori di percorso, nulla potrebbe attualmente confermarci il sospetto che questo fenomeno in crescente espansione costituisca solo un *meccanismo di difesa* degli associati, un *acting-out* o una *resistenza* al processo di elaborazione di un lutto.
Potrebbero essere anche i tecnici del settore a non aver ben compreso le problematiche, e, di conseguenza, non aver ancora approntato le soluzioni più opportune.
Come disse Freud, a proposito delle difficoltà di sviluppo della psicoanalisi: "Ciò che non si può raggiungere a volo, occorre raggiungerlo zoppicando… La Scrittura dice che zoppicare non è una colpa".

## *CONVEGNI E SEMINARI*

Nei giorni 8-10 aprile 05 si terrà presso l'ISISC di Siracusa un seminario organizzato da Luisella de Cataldo sul tema "Testimoni deboli: come proteggere le testimonianze".
Da qualche tempo la situazione processuale introduce nel ruolo di testimone soggetti altamente problematici dal punto di vista della capacità a rendere testimonianza.
Si pensi: alla categoria dei testimoni in età minore che nei processi per abuso sessuale rivestono il duplice ruolo di testimone e di vittima e decidono, con la loro testimonianza, la stragrande maggioranza di questi processi; alla categoria di soggetti portatori di handicap fisici e mentali la cui testimonianza può presentare difficoltà non sempre previste; alla categoria, in crescita esponenziale, dei soggetti stranieri, minori e adulti, la cui testimonianza pone evidenti problemi di raccolta e di interpretazione; agli effetti sul ricordo e sulla testimonianza dell'uso di stupefacenti; alla protezione dei 'testimoni di giustizia' nei processi di criminalità organizzata e ai complessi problemi di valutazione, in termini di attendibilità, del materiale narrativo che introducono nel processo.
A sua volta, l'istituto della testimonianza, è stato oggetto di fondamentali in-

novazioni legislative che ne hanno modificato l'assetto in senso sia formale che sostanziale.
Si pensi alla possibilità aperta dal nuovo art. 111 Cost. che nella prospettiva dell'adeguamento al modello processuale adversary consente al difensore di effettuare indagini difensive e quindi di ricercare e ascoltare gli eventuali testimoni.
L'apertura di questa possibilità di ricerca della prova e dei testimoni ha rivoluzionato non solo il codice di procedura penale ma anche quello deontologico dell'avvocato con conseguenze di sostanziale rilevanza.
Il seminario si propone di rielaborare criticamente le prescrizioni contenute negli articoli che trattano la testimonianza e il testimone; individuare mezzi di garanzia della prova testimoniale e dell'escussione del teste; di individuare, in particolare, le categorie di testimoni che richiedono attenzione e protezione se si vuole garantire la genuinità della loro testimonianza; di individuare il percorso per rendere possibile la costruzione di norme comuni al contesto europeo.

***ASSOCIAZIONE ITALIANA DI PSICOLOGIA GIURIDICA***

***Comitato di Redazione***
*Paolo Capri, Luisella de Cataldo, Anita Lanotte, Stefano Mariani*

Via Bisagno, 15 – 00199 Roma
Tel. 06 86398278 – Fax 06 86384343
E – mail: aipg.italia@tiscalinet.it
www.aipgitalia.org
Segreteria: lunedì 9 - 13
mercoledì 9 – 18; venerdì 9 – 18

Stampato in proprio
Finito di stampare il 26 gennaio 2005