

## LA CENTRALITÀ DEI CONFINI PSICHICI E DELLA LORO VULNERABILITÀ NELLA DIAGNOSI E NELLA TERAPIA

STEFANO GUARINELLI\*

### 1. Introduzione

Questo mio contributo è costruito su due tematiche diverse che vorrei svolgere in successione, ma solo per chiarezza espositiva. Si tratta, infatti, di due percorsi che procedono talora in parallelo e che in taluni momenti, invece, inevitabilmente si intersecano. Spero, in questo modo, che risulti più chiaro come mai affrontare la questione della riservatezza, del segreto e, allo stesso tempo, però, quella del dovere della trasparenza — soprattutto in alcune circostanze — finisca per condurre a un problema che, in realtà non ha una soluzione.

#### 1.1 *Due momenti*

Ho già enunciato così la tesi che vorrei mostrare ora, argomentandola passo dopo passo. L'ho già enunciata in apertura, perfino in modo provocatorio, per segnalare che su un tema come questo, davvero è impossibile giungere alla «quadratura del cerchio». Ciò significa, dunque, che

---

\* Stefano Guarinelli, Psicologo e psicoterapeuta dell'Équipe di consulenza psicologica del Seminario Arcivescovile di Milano; Professore Stabile Straordinario della Facoltà Teologica dell'Italia Settentrionale, Sezione del Seminario Arcivescovile di Milano.

ogni soluzione, nonostante tutte le competenze e pure la buona volontà, sarà probabilmente una soluzione parziale, finanche limitata o riduttiva.

Il doppio binario consiste in quanto segue.

In un primo momento esaminerò le indicazioni di lavoro che giungono allo psicologo dalla normativa vigente e, in modo particolare, dal *Codice deontologico degli Psicologi italiani* (d'ora in avanti: *CDP*<sup>1</sup>). Questa prima parte, dunque, sarà «facile», nel senso che mi limiterò soprattutto a raccogliere le indicazioni che ogni psicologo italiano è tenuto a rispettare nell'esercizio della sua professione. Avrei potuto limitare il mio scritto a questo primo aspetto. Tanto più che questo primo aspetto finisce per riguardare altre questioni che comunque intercettano la Legge civile, ma pure il Diritto canonico. Ho inteso, invece, aggiungere un secondo momento: in esso esaminerò un tema che è soprattutto psicologico e, nello specifico, psicologico-clinico. Mentre rispetto alla prima parte è probabile che molti fra i lettori siano già sufficientemente competenti, della seconda parte e della sua complessità è altrettanto probabile che i lettori «non psicologi» non siano legittimamente a conoscenza. A mio parere proprio questa parte meriterebbe di essere conosciuta anche dai «non psicologi», almeno nella sua semplice esistenza. Trattandosi di una questione che è oggetto di pratica e soprattutto di indagine aperta da parte della Psicologia e in modo particolare della Psicologia clinica, non avrà le stesse caratteristiche di una ricognizione giuridica o normativa. E questo è oggettivamente un problema. Esige infatti che colui che si trova a dover operare sui due fronti, si ritrovi da un lato con la chiarezza del Diritto (sia chiaro: non per questo, libero dalle

---

<sup>1</sup> Nel presente contributo farò riferimento al Codice attualmente vigente, promulgato nel 1998, con successive modifiche apportate nel 2006 e nel 2013 che, tuttavia, non riguardano direttamente gli articoli che qui saranno oggetto specifico di trattazione.

fatiche dell'ermeneutica), ma dall'altro con il linguaggio talora rarefatto della Psicologia, che in non poche situazioni sembra più evocativo, metaforico, che rigorosamente scientifico.

Questa seconda parte ha a che fare con una questione molto complessa ma altrettanto delicata, in Psicologia clinica ma ultimamente in Psicologia evolutiva: si tratta del tema dei confini psichici. A tale questione si ispira il titolo complessivo che ho scelto per il contributo. Ho inteso dare allo scritto un titolo che, in realtà, spetterebbe alla sola seconda parte, perché, appunto, sul tema dei confini, a mio avviso, rischia di andare a infrangersi — o, di fatto, talora si infrange — l'intervento giuridico ma frequentemente, purtroppo, anche quello psicoterapeutico. La questione del segreto nella Chiesa affiora ora con una drammaticità del tutto particolare nella sua relazione con i reati di abuso. Per questa ragione, nel mio intervento mi concentrerò in modo particolare su quei comportamenti.

## 1.2 *Un possibile circolo vizioso*

In Psicologia clinica e in Psicopatologia, l'abuso emozionale e l'abuso sessuale — in particolare se messi in atto su minori — chiamano in causa, da un punto di vista psicodinamico<sup>2</sup>, la questione della violazione dei confini. La ristrutturazione dei confini è in non pochi casi passaggio necessario per il recupero del paziente abusante<sup>3</sup>. Allo stesso tempo, però, il fatto stesso che il soggetto di un abuso sia coinvolto — giustamente — in un procedimento

---

<sup>2</sup> Terrò come riferimento teorico quello della psicologia psicodinamica, consapevole del fatto che questo non sia l'unico approccio possibile al tema dell'abuso. Cf. P. CAPRI, «La pedofilia: difficoltà e complessità d'interpretazione», in B. CALLIERI – L. FRIGHI, ed., *La problematica attuale delle condotte pedofile*, Roma 1999, 15-37.

<sup>3</sup> Oltre che del paziente abusato, ovviamente. Senza trascurare la probabilità elevata che il paziente abusante sia stato, a sua volta e a suo tempo, vittima di un abuso.

penale o abbia addirittura subito una condanna, potrebbe avere deteriorato quegli stessi confini, la cui rottura, a suo tempo, potrebbe considerarsi come causa o catalizzatore remoti del successivo sviluppo di una condotta parafilica. Svilupperò il tema, dunque, nella seconda parte, ma qui credo si colga almeno la presenza di un circolo vizioso perverso, che — a mio parere — potrebbe contribuire non poco a rendere il soggetto di abusi, soprattutto se con un procedimento penale in corso, un paziente particolarmente recidivo, dunque refrattario a ogni intervento di recupero o di riabilitazione sociale.

## **2. Primo momento: indicazioni deontologiche e giuridiche**

Il *CDP* sviluppa la questione del segreto in modo specifico negli articoli 11, 12, 13. Li riepilogo di seguito.

### **Art. 11:**

Lo psicologo è strettamente tenuto al segreto professionale. Pertanto non rivela notizie, fatti o informazioni apprese in ragione del suo rapporto professionale, né informa circa le prestazioni professionali effettuate o programmate, a meno che non ricorrano le ipotesi previste dagli articoli seguenti.

### **Art. 12:**

Lo psicologo si astiene dal rendere testimonianza su fatti di cui è venuto a conoscenza in ragione del suo rapporto professionale. Lo psicologo può derogare all'obbligo di mantenere il segreto professionale, anche in caso di testimonianza, esclusivamente in presenza di valido e dimostrabile consenso del destinatario della sua prestazione. Valuta, comunque, l'opportunità di fare uso di tale consenso, considerando preminente la tutela psicologica dello stesso.

### **Art. 13:**

Nel caso di obbligo di referto o di obbligo di denuncia, lo psicologo limita allo stretto necessario il riferimento di quanto appreso in ragione del proprio rapporto professionale, ai fini della tutela psicologica del soggetto. Negli altri casi, valuta con attenzione la necessità di derogare totalmente o parzialmente alla propria doverosa riservatezza, qualora si prospet-

tino gravi pericoli per la vita o per la salute psicofisica del soggetto e/o di terzi.

All'interno di questo primo momento, vorrei svolgere due parti. In una prima parte mi limiterei a commentare e, soprattutto, a evidenziare alcune conseguenze pratiche dei tre articoli suddetti, in modo particolare nel riferimento ad alcune tematiche che rappresentano per la Chiesa un grave problema, quali i comportamenti di abuso — come anticipavo in apertura —, rispetto ai quali, in non poche occasioni, il Santo Padre, Francesco, ha fatto sentire con forza la sua voce. In una seconda parte vorrei esplicitare alcune questioni che sottostanno al *rationale* dei tre articoli suddetti e che esigono — così credo — qualche riflessione ulteriore.

### 2.1 *Deroghe al dovere del segreto*

Il segreto è parte essenziale della professione dello psicologo. Ogni deroga deve pertanto considerarsi straordinaria. Ogni psicologo nell'esercizio della sua professione e, per questa ragione, iscritto all'Albo nazionale degli Psicologi presso l'Ordine degli Psicologi della propria regione, è tenuto al rispetto del segreto. Alle indicazioni del *CDP* si aggiungono quelle del *Codice penale*, il quale, all'articolo 622, così recita:

Chiunque, avendo notizie, per ragioni del proprio stato o ufficio, o della propria professione o arte, di un segreto, lo rivela, *senza giusta causa*, ovvero lo impiega a proprio o altrui profitto, è punito, se dal fatto può derivare nocumento [...]. Il delitto è punibile a querela della persona offesa<sup>4</sup>.

Si può rilevare dunque come l'eventuale eccezione alla norma imperativa stia sulla presenza, o di un consenso informato da parte della persona coinvolta, o di una «giusta

---

<sup>4</sup> Il corsivo è mio. Cf. anche, in proposito, l'art. 336 del *Codice di procedura penale*.

causa», anche in assenza di un consenso informato da parte della persona coinvolta.

La presenza di un consenso informato, ineccepibile dal punto di vista giuridico, pone in realtà non pochi problemi dal punto di vista psicologico-clinico, come vedremo più avanti, e come, a ogni buon conto, evidenzia lo stesso art. 12 quando annota che lo psicologo «Valuta, comunque, l'opportunità di fare uso di tale consenso, considerando preminente la tutela psicologica dello stesso».

In ogni caso, assai più intricata pare indubbiamente la seconda circostanza. Essa coinvolge in modo specifico il rapporto fra lo psicologo e l'autorità giudiziaria, e la questione dell'obbligo di referto<sup>5</sup>. L'obbligo di referto è stabilito dall'art. 365 del *Codice penale* e riguarda i casi «che possono presentare i caratteri di un delitto per il quale si debba procedere d'ufficio», e, come precisato dall'art. 331 del *Codice di Procedura penale*, coinvolge i pubblici ufficiali o coloro che sono incaricati di un pubblico servizio che vengono a conoscenza di un reato esercitando quelle funzioni o quel servizio. In questo senso, perciò, non c'è un riferimento alla relazione fra psicologo e paziente, ma alle informazioni che quest'ultimo potrebbe fornire rispetto a un reato.

L'obbligo sorge non appena il professionista sanitario ravvisa, in base a una sua valutazione, la concreta possibilità di un delitto perseguibile d'ufficio; non è necessario che il sanitario abbia la certezza che il reato sussista, in quanto tale accertamento spetta all'autorità giudiziaria<sup>6</sup>.

---

<sup>5</sup> Si intende con *referto* l'atto con il quale colui che esercita una professione sanitaria notifica all'autorità giudiziaria il caso, in cui ha prestato la propria opera, che presenti le caratteristiche di un delitto perseguibile d'ufficio. La professione di psicologo viene fatta rientrare nella qualifica di professionista sanitario dalla legislazione vigente.

<sup>6</sup> S. CREMA, «Profili etico-deontologici dell'intervento psicologico e dato normativo», in A. CORRADINI – S. CREMA – M. LUPO – L. SAVIANE KANEKLIN, *Etica e deontologia per psicologi*, Roma 2011, 85.

In proposito è da segnalare che si parla di *possibilità* di delitto, cioè di pericolo di reato, non necessariamente di reato. Inoltre è ugualmente da evidenziare che al centro del referto è il reato o la sua possibilità, non l'identità di colui che l'ha commesso o potrebbe commetterlo. Il secondo comma del soprammenzionato art. 365 del *Codice penale* recita infatti così: «Questa disposizione non si applica quando il referto esporrebbe la persona assistita a procedimento penale».

Si noti l'equilibrio difficile, talora quasi impossibile, di integrare esigenze differenti, a tutela di spazi personali differenti. In alcune circostanze, infatti, potrebbe essere oltremodo difficile procedere alla stesura di un referto senza che, da ciò, l'autorità giudiziaria non possa risalire all'identità del soggetto che ha commesso o potrebbe commettere il reato. In ogni caso, come indicato dall'art. 200 del *Codice di Procedura penale*, lo psicologo non può essere obbligato a deporre e, sebbene il referto comunque supponga una eccezione al dovere del segreto professionale, questo non può essere altrimenti derogato su richiesta dell'autorità giudiziaria.

## 2.2 *Questioni antropologiche ed etiche*

Gli articoli del *CDP* sopraccitati, che affrontano in modo specifico la questione del segreto professionale, non dovrebbero essere svincolati da alcuni presupposti — presenti nella stesura complessiva del *CDP* — che svelano, in realtà, una antropologia implicita. Questa potrebbe non coincidere con la visione cristiana della persona umana, in se stessa e nella sua relazione con l'altro.

Vediamo meglio: all'art. 3 il *CDP* evidenzia quello che in definitiva è l'obiettivo della consulenza psicologica, quale che sia la modalità concreta che andrà ad assumere. In evidenza — e se ne deve tenere conto, perché in realtà un tale assunto suppone una grande quantità di conseguenze — è «il benessere psicologico dell'individuo, del gruppo e della comunità»<sup>7</sup>.

---

<sup>7</sup> Corsivo nel testo.

All'art. 4 è presente un richiamo che è sicuramente opportuno e sensato, ma — a mio parere — non poco insidioso, proprio rispetto al riferimento a quella antropologia implicita di cui dicevo:

Nell'esercizio della professione, lo psicologo rispetta la dignità, il diritto alla riservatezza, all'autodeterminazione e all'autonomia di coloro che si avvalgono delle sue prestazioni; ne rispetta opinioni e credenze, astenendosi dall'imporre il suo sistema di valori; non opera discriminazioni in base a religione, etnia, nazionalità, estrazione sociale, stato socio-economico, sesso di appartenenza, orientamento sessuale, disabilità.

Qui davvero si attiva un problema molto complesso che va a intercettare la nozione stessa di *valore* e il suo legame — nel caso ve ne fosse uno — con la psicopatologia. Nel caso di alcune parafilie — come appunto la pedofilia<sup>8</sup>, ma per certi aspetti, al riguardo, ancora più complessa si rivela l'efebofilia — quale deve essere il legame con l'etica? Dal punto di vista giuridico, per esempio, rispetto ai comportamenti di abuso la fattispecie è il consenso e, in proposito, appare discriminante l'età della vittima di quel comportamento abusante. Il che significa che il legislatore non si pronuncia sulla «sanità» o sulla «normalità» del comportamento in se stesso. Ma questo, in realtà, suppone un problema molto grande che certo il legislatore non affronta, ma che — a mio parere — andrebbe almeno esplicitato quando, soprattutto nel senso comune, ciò che è eticamente ammissibile coincide con ciò che giuridicamente non ha rilievo penale. Da ciò, l'etico finisce per rimandare alla norma positiva, senza nessun riferimento (né diretto,

---

<sup>8</sup> In realtà, nelle molte interpretazioni date dalle diverse psicologie alla pedofilia, ve ne sono alcune che non la annoverano tra le parafilie. Per completezza e correttezza è doveroso segnalare che la riconduzione della pedofilia a una parafilia è diffusa, ma non unanimemente condivisa.



né indiretto) alla patologia. Eppure, nozioni in uso nella stessa morale cristiana quale, per esempio, quella di vizio, sono sovrapponibili a nozioni della psicopatologia, quali, per il vizio, appunto, la *dipendenza*. Ma allora, perché non dire che in fondo esistono anche alcune patologie che nascono da una «cattiva» interpretazione di ciò che è ritenuto *benessere*? Voglio dire: in alcuni vissuti considerati patologici anche dalla «nomenclatura ufficiale»<sup>9</sup> la parte morale è decisiva nella loro eziologia. E non mi riferisco ovviamente a quelle patologie che nascono piuttosto da una «ipertrofia» della morale; al contrario: in certe patologie assistiamo, di fatto, al mancato riconoscimento di ciò che è *bene* (e non solo *benessere*).

Un esempio in merito — che purtroppo ci avvicina all'area degli abusi — riguarda l'uso di materiale pornografico. Qui la questione alla quale accennavo poco sopra si mostra perfino nella sua paradossalità. La detenzione o il consumo di materiale pornografico sono comportamenti «accettabili» nella misura in cui il materiale non comporta la presenza di minori<sup>10</sup>. Il che, dal punto di vista giuridico, significa semplicemente che se l'attore/attrice di un filmato ha meno di diciotto anni si rischia di incorrere in un reato; altrimenti no. La norma, qui, fissa la maggiore età come soglia di liceità per l'accesso alla pornografia. Un tale criterio è giuridicamente ineccepibile e si applica, in effetti, in altri ambiti della vita civile (diritto di voto, rilascio della patente di guida, somministrazione e vendita di alcolici, ecc.), con la differenza, in questo caso, che la presenza di un divieto diventa lo spartiacque fra un comportamento che, ancora nel senso comune, da esecrabile, grave o gravissimo e/o perfino gravemente patologico, diventa, per un solo giorno di differenza nella data di na-

---

<sup>9</sup> Quali, per esempio, il *DSM* o l'*ICD*.

<sup>10</sup> Qui dunque non parliamo ancora di pedopornografia, giacché in questo secondo caso si tratterebbe di prepuberi e non solo di minori.

scita della persona coinvolta, un'altra cosa, fondamentale... nulla e perfino un diritto della persona e della sua libertà. Questa cosa, psicologicamente parlando, non ha senso. Ma mi verrebbe da dire che non ha senso nemmeno in termini di... *buon senso*.

### 3. Secondo momento: prospettive psicologico-cliniche

Benché all'interno della professione di psicologo siano contemplate molte figure diverse, è opportuno ricordare che al centro della professione di psicologo, quasi come sua specificità, è soprattutto la clinica, la cura. È pur vero che esistono altre figure «non cliniche», tra le quali quella dello psicologo giuridico o dello psicologo forense. A ogni buon conto, sarebbe buona cosa che colui che esercita una professione giuridica, sia del Diritto civile, sia del Diritto canonico, fosse a conoscenza di alcune differenze profonde che caratterizzano l'attività dello psicologo clinico da quella dello psicologo forense. Si tratta di differenze che investono molteplici ambiti, al punto che pare inopportuno quando non impossibile che lo stesso professionista possa esercitare con il medesimo paziente entrambe le funzioni.

In ogni caso, se, per esempio, fra coloro che trattano con una persona che è implicata — perché indagata o perché imputata — in una vicenda di abuso, è presente uno psicologo, la distinzione della sua parte è di fondamentale importanza ed è di rilievo che chi è coinvolto sul versante giuridico — a ogni livello: dall'accertamento dei fatti, all'individuazione dei capi di imputazione — ne sia a conoscenza.

Vediamo meglio.

La questione del segreto ha a che fare — così come evidenziato dal *CDP* — con la professione dello psicologo in senso ampio. A un livello più generale, infatti, la riservatezza dello psicologo *comunque* ha a che fare con quella relazione di fiducia che deve stabilirsi fra di lui e la persona che a lui si è rivolta o che a lui è stata affidata:

Prioritario e indispensabile è indicato il fatto di *meritare la fiducia del cliente*. Ciò è ottenibile a patto di mettere al centro dell'intervento psicologico il vantaggio del cliente, vantaggio che non si sostanzia nel tradurre pedissequamente in essere quello che il cliente desidera, ma nell'operare per salvaguardare il suo benessere<sup>11</sup>.

In effetti, alcune condizioni, in special modo quelle «importanti» dal punto di vista psicopatologico, si caratterizzano non di rado per un livello elevato di *sintonicità*. In questo senso, perciò, quando si parla di *benessere* comunque non si intende *immediatamente* il benessere soggettivo del paziente. Eppure la questione della riservatezza, soprattutto nei comportamenti di abuso — dunque nella terapia di un paziente che al suo attivo ha (tristemente) un abuso o più abusi — va a intercettare due livelli differenti della sua personalità, presenti in modo concomitante ma piuttosto distinti e differenziabili, anche da un punto di vista evolutivo. Il primo livello coinvolge il semplice e doveroso rispetto della sua persona, così che le informazioni personali comunque non dovrebbero essere scambiate o, peggio, «trafficate» — come per esempio accade talora di constatare quando alcuni episodi vengono resi pubblici sulla stampa o sui *media* —, come se alla presenza di un comportamento esecrabile o perfino delittuoso, corrispondesse quasi il diritto di esporre quella persona al pubblico ludibrio. Anche lo psicologo forense deve porre la massima attenzione nell'eventualità di derogare al dovere della riservatezza, così come prescritto dal *CDP*.

Per il clinico, però, le cose stanno un po' diversamente. Chiarito che, ovviamente, anche per costui quel primo livello va rigorosamente considerato, ci troviamo anche a un secondo livello della personalità del paziente, coinvol-

---

<sup>11</sup> L. SAVIANE KANEKLIN, «Rivisitazione del Codice deontologico per la professione psicologo», in *Etica e deontologia* (cf. nt. 6), 45-72, 55.

to significativamente nel suo agito e, da ciò, nella cura di quell'agito. Quel secondo livello, come anticipato in apertura, ha a che fare con la questione dei confini.

### 3.1 *I confini psichici*

Il riferimento ai confini in Psicologia rappresenta la concettualizzazione di un'esperienza<sup>12</sup>, rilevabile soprattutto nella Psicologia clinica — ma riconducibile ultimamente ai processi dello sviluppo mentale — nella quale si assiste a un passaggio emozionale fra terapeuta e paziente. Dal punto di vista evolutivo, quel passaggio — necessario negli stadi precoci dello sviluppo — deve andare progressivamente, non a chiudersi, ma soprattutto a permettere alla persona di differenziare, pur nella presenza di uno scambio, il mondo interno dalla realtà esterna. Nella misura in cui ciò non si produce, il soggetto non giunge a individuarsi e separarsi. Nelle patologie più gravi si parla, da ciò, di *fusione psicotica*, che segnala l'eccessiva permeabilità o, addirittura, la rottura dei confini e l'esperienza di un «altro» indifferenziato rispetto al Sé.

Ogni riferimento esperienziale al mentale non può che ricorrere a immagini che, come in questo caso, sono prese dall'esperienza corporea. L'analogo fisico/corporeo del confine psichico è costituito dalla pelle. Non facciamo fatica a cogliere la funzione e, da qui, l'importanza della pelle come confine, appunto, fra l'interno e l'esterno. Il fatto che l'analogo psichico provenga da una concettualizzazione dell'esperienza, non dovrebbe, a ogni buon conto, condurre a pensare che si tratti di qualcosa di meno significativo, o meno consistente.

---

<sup>12</sup> Siamo dunque nel territorio della metapsicologia. Cf. U. GALIMBERTI, *Dizionario di Psicologia*, Torino 1992, 512-513.

### 3.2 *Un vuoto interpretativo*

Entrando a questo punto più direttamente nel tema, è comunque necessario segnalare un duplice problema interpretativo.

In primo luogo, abbiamo a che fare con la frammentazione della Psicologia in quanto tale che, da ciò, rende estremamente complesso ogni approccio diagnostico-interpretativo e, soprattutto, clinico. In secondo luogo esiste un problema interpretativo dei comportamenti di abuso anche all'interno di scuole di Psicologia che, quanto meno, condividono un comune riferimento teorico.

Questo stato di cose, a mio parere, suppone un problema di non poco conto, non solo per gli psicologi, ma anche per tutti gli altri. La mancanza di un riferimento interpretativo sufficientemente condiviso conduce — schematizzando un po' — a una possibile duplice strategia nel tentativo di porre rimedio al problema. Da una parte intervenendo con misure di contenimento affinché episodi del genere non abbiano a verificarsi o a ripetersi, che sono spesso necessarie, ma che sono più disciplinari che terapeutiche. Dall'altra parte, riconducendo il problema comunque nel territorio della malattia. Il che non è del tutto falso, ma nemmeno del tutto vero se non si considera, appunto, che una malattia psichica e talora perfino una malattia fisica possono avere una base o una concausa etica, o almeno un «catalizzatore» etico. Voglio dire: se è corretto affermare che un pedofilo è una persona malata, sarebbe comunque anche da riconoscere ciò che pare ovvio e invece non è scontato che si assuma: e cioè che quel «malato»..., malato non è sempre stato. Il che significa che ci servirebbe sapere non solo se è malato e come trattarlo, ma anche come mai lo è diventato se non lo era; e pure domandarsi se a contribuire, o a favorire, o addirittura a innescare quella sua malattia sia stato un modo sbagliato di vivere la propria vocazione (sia quella che sia) e ciò per *scelte* (dunque eticamente rilevanti) proprie, o dell'istituzione ecclesiale, o di entrambi gli attori.

### 3.3 *L'abuso e i confini in una prospettiva psicodinamica*

Anch'io, come molti altri che hanno avuto a che fare nel corso del proprio percorso clinico con il tema dell'abuso, sia nel trattamento della vittima, sia in quello dell'abusatore, mi sono trovato a dover «navigare» fra modelli interpretativi e di intervento differenti. A un livello clinico generale, personalmente sento di condividere quella prospettiva cosiddetta *pedagogico-genetica*<sup>13</sup> che si muove su modelli interpretativi e di intervento differenti, non in modo acritico o semplicemente eclettico, ma sulla base di un preciso criterio di tipo evolutivo. Il che, in altri termini, significa innanzitutto riconoscere in quale stadio del proprio sviluppo psicologico si trova il paziente che ha commesso l'abuso, o — più spesso e a complicare non poco le cose — quella porzione dissociata, a suo tempo traumatizzata e comunque non integrata o debolmente integrata, che in fondo rappresenta la parte di personalità veramente responsabile di quel comportamento o di quella serie reiterata di comportamenti abusanti.

Semplificando il più possibile la modalità più frequente di intervento ed evidenziandone il modello teorico sottostante, segnalo la presenza di due momenti diversi, successivi, ma da un certo punto in poi concomitanti: il primo, ispirato piuttosto alla Psicologia comportamentista, ha come «semplice» obiettivo il controllo degli agiti. Con certi pazienti non è nemmeno possibile andare oltre, e già la sospensione dei comportamenti abusanti a opera di una tale strategia potrebbe considerarsi un successo. Dal mio punto di vista, però, si tratta di una sorta di guarigione sociale, ma non di una vera e propria cura. Ripeto: con taluni

---

<sup>13</sup> Cf. F. IMODA, *Sviluppo umano psicologia e mistero*, Bologna 2005, 433-478; S. GUARINELLI, «Pedagogia genetica e pratica psicoterapeutica», in A. MANENTI – S. GUARINELLI – H. ZOLLNER, ed., *Persona e formazione. Riflessioni per la pratica educativa e psicoterapeutica*, Bologna 2007, 259-288.

pazienti non è materialmente possibile andare oltre e già la guarigione sociale rappresenta un risultato di non poco conto, soprattutto perché impedisce la reiterazione di quei comportamenti abusanti. Ma la «cura» in questo caso poco si distanzia da un addestramento<sup>14</sup> e non consiste invece in una integrazione adattiva di quella parte della personalità che è la vera artefice — quasi una soggettività «a parte» — dei comportamenti abusanti. Perché quella soggettività «a parte» possa essere trattata, ritengo a tutt'oggi che le prospettive della Psicologia dinamica di Gabbard, di quella interpersonale di Mitchell e in modo particolare di quella del Sé di Kohut, offrano il quadro più convincente dal punto di vista interpretativo (diagnostico) e più efficace dal punto di vista dell'intervento (terapeutico). Coloro che conoscono questi autori sanno che appartengono alla realtà complessa della Psicologia di provenienza psicoanalitica che, pur essendo multiforme, condivide alcuni interessi per il «profondo» non condiviso da altre prospettive teoriche. La mia, dunque, consapevolmente, è una scelta di campo che trova il consenso di molti ma non di tutti.

Considerando lo spazio ridotto di un articolo, vorrei procedere a una veloce rilettura delle tre prospettive che, a partire dalla comune provenienza, hanno comunque dei punti di contatto.

Rispetto alla personalità dell'abusatore trovo di grande utilità la strumentazione concettuale elaborata in modo particolare da Kohut<sup>15</sup> e, da questa, provo a includere anche le altre due.

Nella prospettiva di Kohut, nozione chiave è quella del cosiddetto *oggetto-Sé*. L'espressione allude alla relazione che una persona ha con un «altro» che viene vissuto come

---

<sup>14</sup> Non casualmente le origini storiche della Psicologia comportamentista stanno nell'etologia.

<sup>15</sup> Cf. H. KOHUT, *La guarigione del Sé*, Torino 1980; ID., *Narcisismo e analisi del Sé*, Torino 1976.

significativo per la rappresentazione che quella persona ha di se stessa.

L'oggetto-Sé evidenzia due caratteristiche che sono di rilievo: in primo luogo esso non viene vissuto come «altro» o del tutto «altro», ma come estensione di sé (o del Sé), appunto; in secondo luogo, dinamicamente, e come conseguenza della prima caratteristica<sup>16</sup> il soggetto «si vede» (dunque: si rispecchia) nell'oggetto-Sé. Da ciò la relazione con l'oggetto-Sé è una relazione di tipo narcisista. Ora, si badi bene: il ricorso a termini come «narcisismo» può evocare qualcosa di negativo (in senso morale) quando non addirittura di patologico (in senso psicologico). Quello dell'utilizzo di termini presi dalla psicopatologia è uno dei molti «peccati originali» della Psicologia scientifica. In realtà il termine narcisismo non ha immediatamente una valenza etica, ma nemmeno psicopatologica. Esiste infatti un «normale», perfino necessario narcisismo evolutivo. La sua mancata elaborazione — questo sì — può condurre a un narcisismo patologico.

Nel corso dello sviluppo precoce la persona ha bisogno di un oggetto-Sé *adeguatamente empatico* per giungere a una positiva coesione del Sé. Quando una tale circostanza si produce, si gettano le basi per il corretto completamento di quello che in qualche modo può intendersi come «il compito dei compiti» evolutivi. La coesione del Sé sbarrata la strada a molte patologie psichiche gravi, riassunte in modo particolare nella struttura psicotica e in quella *borderline* della personalità. Una mancata, o incompleta, o imperfetta esecuzione di quel compito evolutivo lascia aperta la ricerca dell'oggetto-Sé. Una tale ricerca può essere manifesta, ma pure rimanere incapsulata durante molto tempo nel corso della vita di una persona, affiorando qua e là in sintomi più o meno conclamati o in veri e propri comportamenti devianti, fra cui l'abuso. Perché?

---

<sup>16</sup> A motivo del dinamismo attivato, si potrebbe invero parlare di conseguenza o causalità circolare delle due caratteristiche.



Le variabili in gioco sono molteplici. La caratterizzazione sessuale del sintomo, a mio parere, assolve a una duplice funzione: in primo luogo favorisce, gratificando, la reiterazione. Il che è come dire che la caratterizzazione sessuale finisce per rendere possibilmente coattivo, quasi rituale, quel comportamento, perché, attraverso la gratificazione, lo alimenta «dall'interno», rilanciandolo continuamente; in secondo luogo esercita, simbolicamente, un controllo sull'altro, una sottomissione. Da questo punto di vista, perciò — e per quanto ciò possa sembrare paradossale — l'abuso sessuale è soprattutto un abuso, e solo secondariamente è sessuale. Il carattere sessuale, cioè, non segnala immediatamente (o necessariamente, o primariamente) un problema sessuale nell'abusante. Esso, piuttosto, permette più facilmente all'abuso di perpetrarsi.

Il controllo, dunque — più che la caratterizzazione sessuale di quel controllo —, è il punto nevralgico per comprendere una grande quantità di comportamenti abusanti. Il controllo, infatti, permette all'abusante di «trattenere» presso di sé l'oggetto-Sé. L'efficacia di quella operazione sarà tanto maggiore quanto più sarà intrusivo. Un controllo intrusivo, infatti permette una forma di sottomissione molto più efficace di quanto non possa esserlo un controllo reclusivo. Non casualmente la manipolazione della coscienza altrui rappresenta, tragicamente, il controllo in assoluto più intrusivo, ma per questo più efficace, di ogni altro controllo. Il controllo intrusivo esercitato dall'abusante in un comportamento di abuso lo «illude» di un contatto empatico che non ci fu e che, di fatto, è la causa remota della patologia presente, incapsulata o pervasiva che sia. Il paziente abusante è molto spesso un paziente recidivo: egli deve compulsivamente cercare la riparazione narcisistica del Sé. Da ciò può «massivamente negare» (*massive denial*) ciò che ha commesso, giungendo a negarlo perfino a se stesso, o dissociando da sé quel desiderio o quei comportamenti, laddove il desiderio si trasformi

in agito. Ammettere desideri e/o comportamenti abusanti, rendendoli da ciò *distonici*, sarebbe paragonabile a una esperienza (ancorché preriflessa) di autodistruzione. In gioco, infatti, è niente meno che la coesione del Sé, il compito dei compiti, appunto.

Lo psicologo clinico, sebbene con una fatica enorme — così come è spesso enorme la fatica che si fa a trattare con gravi disturbi di personalità narcisista — dovrebbe, almeno idealmente, intervenire a «riparare» la ferita narcisistica. In ciò deve posizionarsi in modo adeguatamente empatico, intercettando la vulnerabilità evolutiva che, però, potrebbe essere molto precoce.

Questo suppone un triplice problema: in primo luogo, la precocità mette in difficoltà gli approcci terapeutici basati sulla parola e la narrazione; in secondo luogo, per lo psicologo, la capacità di empatizzare con il paziente abusante è un problema enorme a motivo dei processi controtransferali che possono attivarsi e che possono produrre nel terapeuta sentimenti contrari, perfino di rabbia e rifiuto verso il paziente; in terzo luogo — ed è la questione che maggiormente intercetta il tema di questo mio scritto — l'apertura di una pur difficoltosa sintonizzazione empatica fra psicologo e paziente «perfora» un confine. Inutile dire che qualsiasi utilizzo non in tale direzione — già complessa — di un varco attraverso il confine del paziente verrebbe vissuto da quest'ultimo come violazione, perfino come abuso o riedizione di un abuso possibilmente subito a sua volta, e a suo tempo.

Per questa ragione, nel riferimento al già citato art. 12 del *CDP*, anche di fronte al consenso sottoscritto dal paziente, l'eventualità di derogare al dovere della riservatezza può rivelarsi controproducente per il percorso di guarigione o addirittura comprometterlo irrimediabilmente. Di per sé, dal punto di vista giuridico il segreto vale là dove il paziente stesso non abbia rivelato autonomamente quelle stesse informazioni. Dal punto di vista psicologico, però — proprio

a partire dalla questione dei confini —, sarei comunque un po' più rigido nella liberatoria in tal senso. E mi sento di affermare che — fatte salve quelle circostanze particolari che sia il *CDP*, sia il *Codice penale* evidenziano — dal punto di vista psicologico il problema non si pone (o si pone in modo meno rilevante) non già a informazioni rivelate dal paziente, ma a rapporto terapeutico concluso (e, ovviamente, a informazioni rivelate dal paziente).

#### 4. Conclusioni

Se sono riuscito a condurre sin qui la riflessione in modo sufficientemente chiaro, il lettore vi ritroverà la tesi — invero un po' sconcertante — che avevo anticipato all'inizio: una soluzione vera, completa, inclusiva, non c'è o potrebbe quanto meno non esserci, proprio a motivo della mutua esclusione a cui danno luogo alcuni legittimi interventi, sul piano clinico e sul piano giuridico. Inutile dire, dunque, che se le cose stanno così, alcune scelte non potranno che avere il carattere dell'emergenza, della soluzione parziale, della cura palliativa.

Dobbiamo dunque rassegnarci? Certamente no. Questo stato di cose, a mio parere, apre di necessità — e aggiungerei: con urgenza — una riflessione che conduca a indicazioni concrete, per esempio, sul modo di fare formazione e, si badi bene, non solo sul celibato e le questioni sessuali e affettive, ma anche e soprattutto, su quelle del potere, del controllo e della relazione. Questi sono ambiti che ovviamente non rientrano nello spazio specifico del nostro tema ed esulano dalle questioni giuridiche e canoniche. A ogni buon conto non dovrebbero essere ignorati, a nessun livello, da parte di coloro che nella Chiesa esercitano una funzione di governo o di formazione, iniziale e permanente.

STEFANO GUARINELLI

## Sommario

Il contributo procede seguendo due percorsi diversi, seppure intrecciati. In un primo percorso vengono evidenziate le questioni relative al segreto professionale così come disposto dalla Legge italiana. In un secondo percorso vengono esplicitati alcuni problemi psicologici che possono insorgere, paradossalmente, *anche* a motivo di una corretta applicazione della normativa.

**Parole-chiave:** segreto professionale; Legge; abuso sessuale; confini psichici.

## Summary

### **The importance of psychological boundaries and their vulnerability in diagnosis and therapy**

This article follows two different kind of reflections, though interlaced. At first we will take into account some issues regarding professional secrecy according to Italian Law. Then we shall examine some psychological problems which, paradoxically, may spring even from a correct enforcement of Law.

**Keywords:** professional secrecy; Law, sexual abuse; boundaries.