

la mente che cura

RIVISTA SEMESTRALE DELL'ORDINE DEGLI PSICOLOGI DELL'UMBRIA

Autorizzazione del Tribunale di Perugia n. 6 del 16/07/2015

Anno II, n. 2, maggio 2016



**Pubblicazione a carattere scientifico e informativo
dell'Ordine degli Psicologi dell'Umbria**

Anno II, n. 2, maggio 2016

Autorizzazione del Tribunale di Perugia
n. 6 del 16/07/2015

Consiglio dell'Ordine

David Lazzari - Presidente
Chiara Cottini - Vice Presidente
Marina Brinchi - Segretario
Paola Angelucci - Tesoriere
Elena Arestia - Consigliere
Graziana Bambini - Consigliere
Simone Casucci - Consigliere
Franco Cocchi - Consigliere
Michele Margheriti - Consigliere
Antonella Micheletti - Consigliere
Mariano Pizzo - Consigliere

Direttore responsabile

Roberta Deciantis

Coordinamento Editoriale

Rosella De Leonibus

Redazione

Michele Bianchi
Daniele Diotallevi
Mara Eleuteri
Marta Franci
Maria Lo Bianco

Segreteria

Raffaella Antonietti

Per l'invio di contributi e per le norme redazionali
rivolgersi alla Redazione via e-mail all'indirizzo
lamentechecura@ordinepsicologiumbria.it

Recapiti Ordine degli Psicologi dell'Umbria

Via Alessandro Manzoni 82
06135 Perugia
075 5058048
info@ordinepsicologiumbria.it

Stampa
Tipolitografia Morphema


MORPHEMA
EDITRICE

La casa editrice garantisce la massima riservatezza dei dati forniti dagli abbonati e la possibilità di richiederne la rettifica o la cancellazione previa comunicazione alla medesima. Le informazioni custodite dalla casa editrice verranno utilizzate al solo scopo di inviare agli abbonati nuove proposte (L. 675/96).

SOMMARIO

	EDITORIALE	Pag. 2
	01. LO PSICODRAMMA JUNGHIANO: L'IO E IL NOI <i>di Maurizio Gasseau e Marina Brinchi</i>	3
	02. IL SERVIZIO DI PSICOLOGIA DELL'AZIENDA OSPEDALIERA DI TERNI: EVOLUZIONE CLINICO-ORGANIZZATIVA E BUONE PRATICHE <i>di Stefano Bartoli</i>	10
	03. UMANIZZAZIONE DELLA CURA E APERTURA DELLE PORTE IN TERAPIA INTENSIVA: L'ESPERIENZA DELLO PSICOLOGO NEL REPARTO DI TERAPIA INTENSIVA E RIANIMAZIONE DELL'OSPEDALE DI CITTÀ DI CASTELLO <i>di Lucia Cecci</i>	14
	04. FOREIGN WOMEN CANCER CARE. RETE TERRITORIALE PER FACILITARE L'ACCESSO ALLA PREVENZIONE E ALLA CURA DEI TUMORI FEMMINILI <i>di Dimitri Bottoni, Maurizio Ferrante, Riccardo Fragomeni, Alessandro Cicconi, Giulia Picconi e Tiziana Ragni Raimondi</i>	17
	05. LO PSICOLOGO AL FIANCO DELLE DONNE OPERATE DI NEOPLASIA MAMMARIA. UN INTERVENTO SU PIÙ LIVELLI <i>di Mara Eleuteri e Laura Mismetti</i>	22
	06. DALLA VITTIMIZZAZIONE ALLA AUTOREALIZZAZIONE. L'ESPERIENZA DEL TELEFONO DONNA <i>di Moira Galeazzi</i>	24
	07. PREVENZIONE E INTERVENTO SULLA VIOLENZA DI GENERE: ESPERIENZA IN OSPEDALE <i>di Roberta Deciantis</i>	26
	08. INTERVENTI PSICOLOGICI EFFICACI IN CONTESTI DI EMERGENZA. L'ATTIVITÀ DELLO PSICOLOGO ALL'INTERNO DELLE ASSOCIAZIONI DI VOLONTARIATO <i>di Daniele Diotallevi e Mara Eleuteri</i>	32
	09. LETTURA DELLA DOMANDA E MULTIDISCIPLINARIETÀ IN UN SERVIZIO DI NEUROPSICOLOGIA DELL'ETÀ EVOLUTIVA <i>di Michele Margheriti</i>	35
	10. EMOZIONARE CON LE FIABE <i>di Raffaella Gentile</i>	38
	11. CULTURA PROFESSIONALE E IDENTITÀ DELLO PSICOLOGO <i>di Mariano Pizzo</i>	40
	12. TRASFORMAZIONI SOCIALI E CULTURALI, VECCHIE PAURE E NUOVE OPPORTUNITÀ. IL CONTRIBUTO DELLA PSICOLOGIA <i>di Rosella De Leonibus</i>	43
	13. CREDITS	47

EDITORIALE

Il lavoro quotidiano delle colleghe e dei colleghi umbri, i loro campi di intervento, i modelli a cui il loro lavoro si riferisce, la loro presenza quotidiana sul territorio, i progetti sperimentali, le frontiere ardue e le interconnessioni con altri ambienti professionali.

Questo numero è dedicato a loro, colleghe e colleghi che ogni giorno esercitano la professione di psicologo negli ambienti più disparati: scuole, comunità sociali, ospedali, istituzioni pubbliche, emergenza, costruendo ogni giorno un aspetto dell'immagine variegata e complessa della nostra professione.

Dalla esplicitazione di strumenti metodologici ormai classici, ma ancora forse non conosciuti abbastanza in profondità, come lo psicodramma junghiano, alle attività del servizio di psicologia in ambito ospedaliero, con il suo modello d'intervento e la sinergia col territorio, il lavoro di umanizzazione delle cure a vantaggio di malati in rianimazione e dei loro caregiver.

L'esperienza in oncologia, sia nella fase diagnostica che in quella del trattamento, come nel follow up, e l'incontro con donne appartenenti a culture diverse, che pone problemi specifici nella comunicazione e nell'educazione alla salute. Sempre al femminile, c'è il grande tema della violenza di genere, nei difficili passaggi dell'emersione, in quello dell'intervento e nella prevenzione.

L'esperienza in contesti di emergenza mette in evidenza il modello di lavoro con le vittime e con i soccorritori, mentre nel campo dell'età evolutiva si analizza la complessità della presa in carico nel vasto campo dei disturbi dell'attenzione e

dell'apprendimento, così come si racconta un lavoro sulle emozioni svolto attraverso le fiabe a scuola.

Seguono riflessioni sull'identità dello psicologo, sulla necessità di una forte coesione all'interno del gruppo professionale, per dar forza alla psicologia e valorizzare la sua immagine pubblica, ed infine una carrellata sugli strumenti culturali ed operativi della psicologia nella società contemporanea contaminata dalla paura, con brevi flash sui contributi dei relatori presentati al convegno organizzato dall'Ordine Umbro il 15 aprile scorso.

Ne emerge un ritratto, per quanto ancora incompleto e parziale, piuttosto vivace e articolato, dove le colleghe e i colleghi umbri parlano forte e chiaro il linguaggio della psicologia nelle sue tante sfaccettature.

Una realtà professionale varia e ricca di esperienze, da valorizzare, far conoscere e aiutare a crescere.

Il Presidente e il Consiglio
dell'Ordine degli Psicologi dell'Umbria

01.

LO PSICODRAMMA JUNGHIANO: L'IO E IL NOI

Maurizio GasseauPsicologo, Psicoterapeuta, Prof. di Psicologia Dinamica, Università della Valle d'Aosta,
Presidente Associazione Mediterranea Psicodramma**Marina Brinchi**

Psicologa, Psicoterapeuta, Psicodrammatista, Dirigente USL Umbria 2 Terni

**La prospettiva di gruppo**

Negli ultimi decenni, in ambito psicoterapeutico si è assistito al progressivo ampliamento dell'assunzione di una prospettiva interpersonale: in particolare, dall'approccio centrato sul singolo, si è andata affermando una sempre maggiore attenzione alla relazione, fino a definire ogni incontro tra paziente e terapeuta come un reciproco scambio intersoggettivo¹.

La mente, dunque, secondo questa prospettiva, non è mai totalmente individuale e se, nella psicoterapia "classica", è impegnata in un incontro

duale, nell'incontro col gruppo si fonde in un intreccio ben più complesso.

L'aspetto del funzionamento psichico nel gruppo ha incontrato l'interesse di molti studiosi e questo ha determinato che si gettassero le basi per una psicologia dei gruppi².

Meritano di essere citati Lewin, considerato il fondatore degli studi sulla dinamica di gruppo per i suoi lavori sul concetto di "campo"; Burrow per le ricerche tese ad affermare l'importanza del gruppo come strumento terapeutico e fondatore dei cosiddetti gruppi analitici; Foulkes, il primo a dare vita a gruppi di psicoterapia definiti da uno specifico setting clinico; Bion per il noto concetto degli "assunti di base" (dipendenza, accoppiamento, attacco-fuga), tipici meccanismi di difesa del gruppo.

In questo contesto, va collocato il contributo di Moreno, fondatore della tecnica psicodrammatica, secondo il quale "Ogni singolo paziente porta in sé la rete gruppale d'origine alla quale è vincolato sia nella realtà che come modello relazionale fantasmatico [...]. Nel gruppo analitico tale rete viene riattivata in ciascun paziente, nella sua interazione con l'altro, e con il gruppo in "toto": centrale nel suo lavoro fu la scoperta della valenza terapeutica della catarsi e della rappresentazione drammatica (Lo Verso, Raia, 1998).

¹ Tale concezione della psicoterapia è stata sostenuta principalmente da autori di stampo interpersonale come Mitchell (1988), Aron (1996). Jessica Benjamin (1988) afferma che il mantenimento di un equilibrio interno derivi dal riconoscimento reciproco tra sé e l'altro, in quanto l'esistenza in qualità di Sé è determinata dalla possibilità di essere riconosciuti da un altro come centro separato di soggettività.

² Freud nel testo "Psicologia delle masse e analisi dell'io" (1921) propose un'idea dei fenomeni collettivi riferiti alla massa da lui pensata come capace di indurre nel singolo una regressione a stadi precedenti di funzionamento psichico in cui dominano suggestione, potenti affetti che prevalgono sul pensiero critico e razionale a causa della risonanza emotiva tra i membri, impulsività, imitazione, sottomissione ad un unico leader che ha preso il posto dell'ideale dell'io.

Dal punto di vista epistemologico, dunque, l'approccio grupale ha rappresentato un importante contributo nello sviluppo di una concezione intersoggettiva del lavoro terapeutico, mettendo in luce la questione del rapporto Io-Altro (Gullo et al., 2010): la terapia in questo tipo di setting prevede, infatti, un continuo lavoro che passa attraverso l'altro e il suo processo psichico per giungere alle rappresentazioni del singolo membro che si rendono meno disponibili all'elaborazione.

Il gruppo ha però un proprio apparato psichico dato dall'unione di più menti che vanno a disporsi in una forma completamente nuova, una condizione mentale condivisa che ha assunto denominazioni diverse: si è parlato di campo, matrice, mentalità di gruppo, ma tutti questi concetti non fanno altro che definire una realtà psichica autonoma.

L'apparato psichico grupale è perciò “un dispositivo di legame e trasformazione degli elementi psichici raggruppati dai soggetti, supponendo che i loro gruppi interni costituiscano gli organizzatori inconsci del gruppo che si avvalgono dei meccanismi di spostamento, condensazione, proiezione, identificazione proiettiva e introiettiva” (Gasseau, Michelini, 2013).

Nonostante l'eterogeneità delle teorie e dei modelli ad oggi esistenti, esistono delle caratteristiche attribuibili a tutti i dispositivi di gruppo (Ibidem):

la percezione di un principio organizzatore: riguarda la nascita dell'esperienza, ciò che i pazienti attribuiscono al conduttore con il ruolo immaginario di fondatore del gruppo. Il conduttore enuncia le regole portanti del processo di simbolizzazione, determinando influenze importanti sulle modalità di transfert e controtransfert;

la pluralità: il gruppo riunisce più soggetti che si trovano a confrontarsi con un incontro multiplo e intenso che mobilita emozioni e rappresentazioni complementari o antagoniste, in risonanza o in dissonanza; spesso i membri mettono in atto meccanismi congiunti e comuni inconsciamente;

il faccia a faccia: favorisce modalità di comunicazione non verbale e investimenti dello sguardo che fanno del gruppo uno scenario privilegiato per i movimenti speculari delle identificazioni;

l'intersoggettività: ogni soggetto lega o slega le proprie associazioni a quelle degli altri: un aspetto particolare dell'interdiscorsività è quello di indicarci la possibilità di costruzione e ricostruzione della memoria individuale nel gruppo, infatti alcuni avvenimenti che incidono sul gruppo producono un ritorno del rimosso e stimolano il pensiero.

Lo psicodramma moreniano

Moreno ha utilizzato la valenza catartica della rappresentazione drammatica, affascinato dalla capacità del teatro di sviluppare la creatività dell'attore, autore del proprio personaggio, e degli spettatori che interagiscono e reagiscono alla sua rappresentazione. Da queste prime osservazioni, il fondatore dello psicodramma giunge a intuire l'importanza dei fenomeni grupali, a comprendere il valore terapeutico del teatro e, nel 1921, a fondare il Teatro della Spontaneità (Manes, 2011). Lo psicodramma si centra sul gioco drammatico e sulla spontaneità dei partecipanti, chiamati ad esteriorizzare sogni, ricordi, pensieri attraverso il movimento e il corpo, nella ricostruzione di vere e proprie scene della vita reale, passata, immaginativa, onirica. A differenza di altri tipi di gruppi terapeutici, infatti, lo psicodramma apre la strada all'integrazione tra “terapia della parola” ed espressione non verbale dei propri vissuti, restituendo una significativa valenza terapeutica all'azione: la narrazione passa all'atto coinvolgendo la dimensione corporea e dando vita ad un percorso trasformativo e di comprensione di sé che si esplica nella creatività del gioco drammatico; questa tecnica contiene in sé il potere di dare forma alle molteplici immagini, sentimenti e sensazioni che costituiscono il mondo interno del soggetto.

Nello psicodramma, le relazioni e il ruolo hanno una fondamentale valenza terapeutica.

Il ruolo, che è al contempo personale, sociale, manifestazione della spontaneità e creatività dell'individuo (Boria, 2003), viene definito da Moreno (1961) come la rappresentazione di queste diverse forme del sé che si attivano, generate dalla storia passata e dai modelli appresi nella cultura di appartenenza della persona, in una fusione di elementi inevitabilmente riconducibili sia alla dimensione privata che a quella collettiva. Agire “come se”, recitando il passato nel presente, consente talvolta di svincolarsi da ruoli rigidi per adattarsi alla mutevolezza della condizione umana in continuo cambiamento.

È la possibilità di rivivere in maniera intensa ricordi, sogni, conflitti che consente di elaborare ciò che fino a quel momento aveva rappresentato un trauma, un ostacolo, un'emozione disturbante.

Il sogno nello psicodramma

Nello psicodramma, il sogno viene paragonato a uno spazio transizionale: si apre la strada per il passaggio dalla concezione del mondo onirico classicamente inteso come intrapsichico, ad una concezione intersichica, fondata su presupposti relazionali.

Come ci ricordano Gasseau e Michelini (2013): “lo spazio psichico e quello onirico sono aperti fin dall'origine sull'altro, anzi su più di un altro: ne consegue uno spazio psichico comune e condiviso”, entrambi devono la loro esistenza all'incontro di più menti capaci di pensare.

Esistono dunque delle analogie significative tra gruppo e sogno: il gruppo, come il sogno, ha in sé le caratteristiche tipiche del reale e dell'illusione e diviene strumento per la realizzazione dei desideri inconsci.

La visione di Jung rispetto alla dimensione onirica si discosta da quella introdotta in origine da Freud. Per il padre della psicoanalisi, il sogno, come il sintomo, rappresenta una formazione di compromesso, il soddisfacimento di un desiderio rimosso che può palesarsi solo nella forma distorta, deformata e trasformata di materiale onirico, in modo da riuscire a oltrepassare la censura della coscienza.

za. Ciò che emerge nel sogno è apparentemente estraneo al sognatore e non immediatamente comprensibile se non grazie alla “traduzione” di questi elementi e al loro passaggio dall'inconscio alla coscienza a opera dell'analista, il quale ne svelerà i significati latenti tramite l'interpretazione, spesso ricorrendo ad un codice simbolico che rimanda a contenuti rimossi di natura pulsionale.

Jung, viceversa, sostiene che “il sogno è una autorappresentazione spontanea della situazione attuale dell'inconscio espressa in forma simbolica [...]” (Jung, 1917).

Anche il ruolo dell'analista diventa più sfumato: “non si sa che cosa si sprigiona quando si iniziano ad analizzare i sogni. Forse si mette in moto qualcosa di intimo ed invisibile; molto probabilmente si tratta di qualcosa che sarebbe comunque affiorato alla luce più tardi, o forse non sarebbe mai emerso. È un po' come scavare in un pozzo artesiano per finire ad imbattersi poi in un vulcano” (Jung, 1917).

Nella concezione junghiana, il sogno e tutto ciò che si muove nell'inconscio possono essere compresi secondo una logica teatrale: “se lo spettatore capisce che è il suo stesso dramma che si sta rappresentando sul palcoscenico interiore non può restare indifferente alla trama o al suo scioglimento, si accorgerà via via che gli attori si succedono, e che l'intreccio si complica, che... è l'inconscio che si rivolge a lui e fa sì che queste immagini di fantasia gli appaiano davanti. Si sente perciò costretto, o è incoraggiato dal suo analista, a prendere parte alla recita” (Hillman, 1983).

Sebbene Jung non ritenesse interessante il setting gruppale, la visione che egli ebbe del significato del sogno è stata fondamentale per la costruzione dello psicodramma junghiano.

Il fondatore della psicologia analitica concepisce il sogno come un vero e proprio teatro, attribuendo al sognatore le funzioni di attore, regista, autore, pubblico e scena stessa.

Inoltre, egli postula l'esistenza, all'interno dell'inconscio collettivo, di molteplici relazioni tra

personaggi e ruoli di un mondo interiore, immaginandolo come il luogo in cui scorrono informazioni, segreti, rappresentazioni mentali inconsapevoli che influenzano l'individuo e il gruppo. Si tratta di un fondamento della psiche che richiama il concetto fouklesiano di "matrice", inteso come stratificazione di ciò che nel tempo si è depositato nella mente delle generazioni, una sorta di gruppaltà degli antenati in grado di agire in noi sotto forma di ruoli interni (Ibidem). "Come ogni componente del nesso psichico, il sogno è una risultante della totalità della psiche. Perciò è legittimo attenderci di trovare nel sogno anche tutto ciò che da epoca memorabile ha avuto importanza nella vita dell'uomo." (Jung, 1917).

Come afferma Scategni (2001), ogni personaggio del sogno è una parte del sognatore stesso che assume le fattezze di qualcun altro, similmente agli dei che nel mito fanno la loro comparsa sotto mentite spoglie per portare importanti messaggi o eseguire atti che non potrebbero esprimere o svolgere conservando la propria identità.

Questi presupposti teorici sottolineano la centralità, nella metodologia dello psicodramma junghiano, della drammatizzazione delle immagini oniriche.

Drammatizzare i sogni in gruppo, per la presenza di diversi individui, fa sì che i contenuti simbolici delle immagini oniriche siano distribuiti tra i vari membri. Anche la scelta di una persona come interprete del sogno non può dirsi casuale, ma guidata da spinte inconsce che spesso connettono i contenuti onirici ai soggetti ad essi più affini.

Le figure del sogno vengono quindi spostate dal protagonista sugli interpreti che egli sceglie, per essere, infine, restituite al sognatore. Il sogno viene così ri-sognato dal gruppo e questo attiva una sorta di "matrice onirica" che autonomamente dà vita ad un sogno comune in cui nuove immagini si palesano alla coscienza e che acquista tanti significati quanti sono i membri del gruppo (Barz, 2009; Gasca, 2009), i contenuti simbolici portati dal singolo protagonista con la narrazione delle sue immagini oniriche, una volta rappresentati

sulla scena, diventano patrimonio comune del gruppo: tutti in qualche modo vi si riconoscono, poiché i personaggi del gioco drammatico fungono da "attaccapanni" per le nostre proiezioni inconsce (Valente, Ruffino, 2009).

Per favorire questo genere di *insight* nei membri del gruppo, il conduttore dovrà essere in grado di sciogliere la complessità di tali connessioni attraverso la rappresentazione di scene che integrano il mondo interno/immaginale del soggetto, il mondo relazionale-sociale attuale e la dimensione grupitale (Gasca, 2009).

Lo psicodramma junghiano

Lo psicodramma junghiano coniuga teorie e prassi apparentemente distanti come quelle di Jung e Moreno. La psicologia junghiana orbita principalmente attorno ad un gioco di simboli ed immagini archetipiche intesi come miti prodotti dall'inconscio di paziente e analista; questi spiegherebbero la dinamica tra funzioni interiori differenti.

Nel modello moreniano vi è un'esplicitazione di questi aspetti interni per mezzo del processo di rappresentazione di una specifica scena drammatica: il gruppo interno del soggetto prende vita attraverso i membri del gruppo terapeutico, bersaglio delle sue proiezioni (Gasseau, Gasca, 1991).

Nel lavoro terapeutico col gruppo, i sogni raccontati dai partecipanti hanno il potere di indurre negli altri membri risposte diverse: associazioni, rifiuti, reazioni di transfert, attivazione di rappresentazioni interne precedentemente inaccessibili. All'interno dei gruppi di psicodramma, la condivisione del materiale onirico acquisisce una complessità ulteriore in quanto non ci si limita a rievocare il sogno attraverso la narrazione, ma il soggetto è coinvolto nella sua interezza attraverso il corpo come espressione non soltanto di un movimento esteriore ma di sensazioni interne.

Ciò consente una comprensione che non si colloca esclusivamente su un piano razionale, poiché la presentificazione della scena onirica induce una significativa attivazione della dimensione affettiva.

“Uno psicodramma si caratterizza come un continuo alternarsi tra il discorso verbale tra i membri del gruppo e il concretizzarsi di questo in giochi che consistono nella recitazione di un frammento della storia di uno dei presenti [...] Il discorso del gruppo non può così restare astratto [...] ma deve esemplificarsi focalizzandosi in un episodio e in un protagonista” (Gasseau, Gasca, 1991).

Nello psicodramma junghiano è fondamentale la presenza di un conduttore in grado di guidare il gruppo e, soprattutto, di creare un clima di fiducia reciproca tra i membri al fine di facilitare l'esposizione di aspetti intimi di sé.

Questa atmosfera viene a configurarsi già nella fase di riscaldamento della seduta attraverso esercizi o giochi che prevedono il contatto tra i partecipanti e con lo spazio sul quale le scene prenderanno forma.

In tal modo, ognuno sente di essere parte attiva dell'azione e percepisce di non essere solo con il proprio dramma ma di poterlo condividere col gruppo; questo sostegno ha già sul singolo una funzione terapeutica (Manes, 2011).

Uno dei primi livelli che viene ad attivarsi riguarda quindi i modelli percettivo-motori di ciascuno dei membri del gruppo.

Il conduttore è, quindi, il terapeuta che guida i membri del gruppo nella costruzione delle scene: dai giochi di riscaldamento alla drammatizzazione vera e propria.

Ad essere messi in scena sono spesso i sogni, seguiti dalla rappresentazione di eventi di vita passati accomunati al sogno presentato da simili emozioni e sensazioni.

Insieme al protagonista, il conduttore cura la regia, indirizza il gruppo verso la messa in scena di eventi dal carattere conflittuale o sogni che necessitano di una lettura più approfondita.

Rientra tra i compiti del conduttore far sì che il protagonista prenda coscienza del ruolo che sta rappresentando, giungendo al confronto con i contenuti inconsci di cui questo è portatore. Il

protagonista organizza lo spazio scenico scegliendo gli attori da portare con sé.

“I modi attraverso cui il protagonista, coloro che egli chiama ad impersonare le altre parti e gli spettatori agiscono e percepiscono la situazione, nelle diverse versioni della stessa scena, dovute al cambio dei ruoli degli attori, introducono una pluralità di punti di vista alternativi.

Questi permettono di esaminare l'evento in relazione ai suoi differenti significati possibili, agli affetti da esso evocati nelle diverse parti in causa e rispetto all'adeguatezza del ruolo al contesto, alla sua complessità, differenziazione e integrazione nella personalità globale del protagonista” (Gasca, 1992).

Nelle sedute di psicodramma sono contemporaneamente presenti due terapeuti, un conduttore e un osservatore: “l'uno conduce e dirige il teatro dello psicodramma, l'altro registra la dinamica del gruppo, il susseguirsi dei giochi e, al termine della seduta, 'osserva', ovvero ricostruisce il senso dei percorsi individuali dei pazienti del gruppo e il tema collettivo inconscio al quale il gruppo sta reagendo” (Gasseau, Gasca, 1991).

Questo modello di psicodramma co-condotto da due figure terapeutiche ha visto la sua nascita ad opera di Anne Anceline Schützenberger; fu lei ad introdurre il ruolo dell'osservatore, deputato a quell'attività intuitiva che permette di comprendere l'evoluzione del processo gruppale in corso, salvaguardando e svelando le potenzialità trasformative del gruppo stesso.

La pratica di conduzione-osservazione arrivò in Italia con Gennie e Paul Lemoine per poi essere adottata da Gasseau e Gasca, i quali introdussero la figura dell'osservatore nel loro psicodramma analitico junghiano.

“Lo psicodramma junghiano in co-conduzione amplifica straordinariamente le possibilità terapeutiche poiché la figura dell'osservatore fornisce ai partecipanti una funzione riflessiva e di elaborazione, agisce da contenitore delle pulsioni, degli

affetti e dei fantasmi che circolano tra i partecipanti” (Perrotta, 2009).³

Nella fase finale della seduta, l'osservatore sottolinea i momenti più rilevanti di ciò che è avvenuto nel corso della seduta stessa: “il protagonista entra nella scena coperto di illusioni, il compito dell'osservatore è di togliere delicatamente questi veli, aiutandolo a vedere meglio la propria realtà interiore” (Gasseau, Bernardini, 2009).

La verbalizzazione di questi momenti è destinata al termine della seduta, quando l'osservatore riceve insieme emozioni e contenuti emersi in una trama coerente elaborabile coscientemente dal gruppo.

Conclusioni

La ricerca di senso che ogni membro persegue nell'incontro gruppale ha quindi inizio dal gesto, dal movimento, dal corpo. Per favorire questo genere di *insight* nei membri del gruppo, il conduttore lavora per attivare la complessità delle connessioni interne e, dunque, per scioglierle attraverso la rappresentazione di scene che integrano il mondo interno/immaginale del soggetto, il mondo relazionale-sociale attuale e la dimensione gruppale (Gasca, 2009).

Bibliografia

Aron L. (1996), *A meeting of minds: mutuality in psychoanalysis*, Analytic Press, Hillsdale.

Barz H. (2009), Psicodramma e sogno, in Gasseau M., Bernardini, R. (a cura di), *Il sogno. Dalla psicologia analitica allo psicodramma junghiano*, FrancoAngeli, Milano.

Bion W.R. (1961), *Esperienze nei gruppi*, tr. it. Armando Editore, Roma.

Boria G. (2003), *Lo psicodramma classico*, FrancoAngeli, Milano.

Burlingame G., Mackenzie R., Strauss B. (2004), Small group treatment: evidence for effectiveness and mechanisms of change, in Lambert M., *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, Bergin and Garfield's, New York.

Freud S. (1921), *Psicologia delle masse e analisi dell'io*, tr. it. Bollati Boringhieri, Torino.

Freud S. (1966), *L'interpretazione dei sogni*, tr. it. Bollati Boringhieri, Torino.

Fuhriman A., Burlingame G.M. (1994), *Group psychotherapy: An empirical and clinical synthesis*, Bergin and Garfield's, New York.

Gasca G. (1992), Lo psicodramma come analisi attraverso il gruppo, *Psicodramma analitico*, n. 0, Torino.

Gasca G. (2003), *Psicodramma analitico. Punto di incontro di metodologie psicoterapeutiche*, FrancoAngeli, Milano.

Gasca G. (2009), L'analisi dei sogni secondo la metodologia dello Psicodramma Analitico Individuativo, in Gasseau, M., Bernardini, R., (a cura di), *Il sogno. Dalla psicologia analitica allo psicodramma junghiano*, FrancoAngeli, Milano.

Gasseau M., Bernardini R. (2009), *Il sogno. Dalla psicologia analitica allo psicodramma junghiano*, FrancoAngeli, Milano.

Gasseau M., Gasca G. (1991), *Lo psicodramma junghiano*, Bollati Boringhieri, Torino.

³ Come la maggior parte delle psicoterapie, lo psicodramma vanta prevalentemente autorevoli contributi teorici basati principalmente sull'esperienza clinica, ma presenta una minore quantità di studi sperimentali relativi all'efficacia del metodo. L'accresciuto interesse per la ricerca sull'esito e sul processo terapeutico sta però spingendo i clinici verso una direzione maggiormente orientata a produrre contributi scientificamente fondati e meno suscettibili di interpretazioni soggettive. A sostegno del valore terapeutico dell'incontro gruppale, numerosi studi condotti negli ultimi anni riportano evidenze significative relative ai fattori che rendono il gruppo realmente efficace. Ricordiamo una meta-analisi condotta da Kipper e Ritchie (2003) sulla base di 25 studi sperimentali. L'Effect-Size totale degli studi esaminati risultava nel valore di 0.95, ovvero al di sopra del valore di soglia di 0.80 oltre il quale si può definire un effetto ampio del trattamento. Questo risultato è molto soddisfacente dal momento che i punteggi di ES riportati dalla letteratura scientifica in merito all'efficacia della psicoterapia di gruppo in generale si aggirano in media tra 0.50 e 0.70 (Fuhriman, Burlingame, 1994). Tale aspetto non può che spingere i clinici ad impostare la loro attività in modo di poterne misurare l'efficacia. Fasolo (2002) sostiene la validità del formato gruppale nel trattamento di patologie gravi come quelle dello spettro psicotico: nello spazio transizionale del gruppo viene così a ricrearsi la vitalità, che riaccende la progettualità del soggetto e gli restituisce il sentimento di essere presente a se stesso e agli altri con la sensazione condivisa di stare compiendo un lavoro comune.

Gasseau M., Michelini S. (2013), *L'incontro terapeutico con il paziente psicotico nello spazio intersoggettivo del gruppo*, FrancoAngeli, Milano.

Gullo S., Lo Coco G., Prestano C., Giannone F., Lo Verso G. (2010), La ricerca in psicoterapia di gruppo: alcuni risultati e future direzioni di ricerca, *Ricerca in Psicoterapia*, 2 (13), pp. 78-96.

Hillman J. (1983), *Le storie che curano*, Cortina, Milano.

Jung C.G. (1917), *Opere*, Vol. 7, Bollati Boringhieri, Torino.

Kipper D.A., Ritchie T.D. (2003), The Effectiveness of Psychodramatic Techniques: A Meta-Analysis, *Group Dynamics Theory Research and Practice* 7 (1), pp. 13-25.

Kösters M., Burlingame G., Nachtigall C., Strauss B. (2006), A Meta-Analytic Review of the Effectiveness of Inpatient Group Psychotherapy, *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 10 (2), pp. 146-163.

Lewin K. (1935), *Teoria dinamica della personalità*, tr. it. Giunti Editore, Firenze.

Lo Verso G., Raia T. (1998), *Il gruppo psicodinamico come strumento di lavoro*, FrancoAngeli, Milano.

Luborsky L., Singer B., Luborsky L. (1975), Comparative studies of psychotherapies: is it true that "everyone has won and all must have prizes", *Archives of general psychiatry*, 32(8), pp. 995-1008.

Manes S. (2011), *Lo psicodramma. Tecniche e giochi di conduzione*, FrancoAngeli, Milano.

Mitchell S.A. (1988), *Relational concepts in psychoanalysis*, Harvard University Press.

Moreno J.L. (1961), The Role Concept: a Bridge Between Psychiatry and Psychology, in Fox J. (1987), *The essential Moreno*, Springer, New York.

Perrotta L. (2009), Alchimia di sogni e rappresentazioni: l'osservazione nello psicodramma junghiano, in Gasseau, M., Bernardini, R. (a cura di), *Il sogno. Dalla psicologia analitica allo psicodramma junghiano*, FrancoAngeli, Milano.

Scategni W. (2001), *Il sorriso del camaleonte*, Ananke Editore, Torino.

Schützenberger Aneline A., (2008), *Lo Psicodramma*, Di Renzo Editore, Roma.

Valente E., Ruffino C. (2009), Psicodramma tra mito e sogno, in Gasseau, M., Bernardini R. (a cura di), *Il sogno. Dalla psicologia analitica allo psicodramma junghiano*, FrancoAngeli, Milano.

02.

IL SERVIZIO DI PSICOLOGIA DELL'AZIENDA OSPEDALIERA DI TERNI

evoluzione clinico-organizzativa e buone pratiche

Stefano Bartoli

Dirigente Psicologo dell'Azienda Ospedaliera "S.Maria" di Terni



Le evidenze scientifiche riportano che tra il 30 ed il 46% delle persone con patologie fisiche ha comorbidità per ansia, stress, depressione e che la presenza di un problema psicologico aumenta i costi dell'assistenza dal 33 al 169%, mentre

“Deve essere ricordato che nulla è più difficile da pianificare, più dubbio a succedere o più pericoloso da gestire che la creazione di un nuovo sistema. Per colui che lo propone ciò produce l'inimicizia di coloro i quali hanno profitto a preservare l'antico e soltanto tiepidi sostenitori in coloro che sarebbero avvantaggiati dal nuovo”.

Niccolò Machiavelli

interventi psicologi mirati, anche brevi, possono migliorare l'efficacia delle cure ed il decorso della malattia (Lazzari, 2013). La depressione è da due a tre volte più elevata in presenza di malattie cardiache, coronariche, ictus, angina, insufficienza cardiaca, o in seguito ad un attacco ischemico (Fenton, Stover, 2006; Benton et al., 2007; Gunn et al., 2010). Le persone che vivono con il diabete hanno da due a tre volte più probabilità di soffrire di depressione rispetto alla popolazione generale (Fenton, Stover 2006; Simon et al., 2007; Vamos et al., 2009).

Esistono forti evidenze che avere un problema di salute mentale, tra cui depressione o ansia, aumenta il rischio di insorgenza di una serie di malattie fisiche (De Hert et al., 2011). Una review ha trovato prove che la depressione aumenta il rischio di insorgenza di malattia coronarica e di cardiopatia ischemica tra il 50% e il 100% (Benton et al., 2007). Comorbidità per i problemi di salute mentale porta a maggiori difficoltà nella gestione del diabete (Das-Munshi et al., 2007) ed è associata con minore aderenza alla dieta ed ai farmaci (Vamos et al., 2009).

Diversi studi internazionali hanno scoperto che, indipendentemente dalla gravità della malattia fisica, la presenza di problemi di salute mentale è associata ad un aumento dei costi sanitari di

almeno il 45% per un uso maggiore delle cure primarie, dei farmaci, degli esami di laboratorio e radiografici ambulatoriali ed in regime di ricovero (Katon, 2003), mentre una revisione sistematica ha trovato prove consistenti che la depressione è associata ad un aumento dei costi nel diabete (Hutter et al., 2010).

Evidenze confermano che la maggioranza dei casi di depressione tra le persone con malattie fisiche passa inosservata e non trattata (Cepoiu et al., 2008; Katon, 2003) e che sia i pazienti che gli operatori tendono a concentrarsi unicamente sui sintomi fisici durante le consultazioni (Coventry et al., 2011). Una recente ricerca nel Regno Unito ha scoperto che l'invio ad una terapia psicologica è stato associato ad una riduzione degli accessi ai reparti di Emergenza Urgenza (De Lusignan et al., 2011), mentre una ricerca condotta nell'Azienda Ospedaliera di Terni ed una meta-analisi hanno rilevato che gli interventi psicologici in ospedale riducono la durata del soggiorno di 2,5 giorni ed i costi globali dell'assistenza sanitaria per paziente di circa il 20 per cento (Bartoli, 2013; Chiles et al., 1999).

Questo scenario, reso ancora più complesso da una perdurante crisi economica e dal conseguente aumento generale delle forme e delle espressioni di disagio psicologico e sociale, determina l'esigenza di rivedere e rendere sempre più efficaci ed efficienti le forme di assistenza psicologica in ambito sanitario.

Il Servizio di Psicologia dell'Azienda Ospedaliera "S. Maria" di Terni investe da anni parte delle sue energie in un continuo processo di verifica e revisione del proprio modo di operare con i pazienti ed integrarsi con gli altri Servizi di cura dell'Ospedale. Nel corso del tempo il Servizio si è impegnato per superare un modello di cura medicocentrico, in base al quale lo psicologo viene chiamato in consulenza quasi esclusivamente se il paziente esprime una richiesta esplicita in tal senso, se manifesta chiari e prolungati sintomi di ansia o depressione (generalmente dopo una precedente valutazione psichiatrica) e spesso se

crea difficoltà al personale nella sua gestione medico-infermieristica.

Il nuovo modello di intervento, di cui il Servizio si fa promotore, mira viceversa ad inserire strutturalmente gli psicologi all'interno dei processi clinico-organizzativi, per assistere tempestivamente il più ampio numero di pazienti, nella maniera più appropriata, tenendo conto della globalità della persona e delle sue relazioni, in sinergia con il territorio.

Vediamo ciascuno di questi aspetti in maniera più dettagliata.

Allo scopo di assistere tempestivamente il più ampio numero di pazienti, il Servizio ha proposto nel corso degli anni diversi Protocolli di collaborazione con i reparti (quali ad esempio oncologia, diabetologia, cardiologia, neurologia, pediatria, nefrologia e dialisi, malattie infettive, pronto soccorso, chirurgia, centro salute donna) che si occupano di patologie con alto livello di impatto psicorelazionale e rischio di complicanze psicologiche. I Protocolli sono procedure concordate con i reparti, dalla forma più snella ed operativa possibile, che mirano ad ottimizzare le rispettive risorse dei Servizi discriminando i bisogni assistenziali, con strumenti di screening appropriati ed affidabili, in modo da fornire a ciascun paziente il livello e la tipologia di assistenza psicologica appropriata ed ottenere dati epidemiologici sempre aggiornati.

La ricerca di appropriatezza viene perseguita attraverso la strutturazione di tali Protocolli nella forma di Ricerche-Intervento, costruite con metodologia sperimentale (Test-Retest, confronto Gruppi sperimentali-Gruppi controllo, ecc.) con lo scopo di standardizzare le procedure, inserire l'intervento clinico all'interno di filoni di ricerca internazionali e valutare l'efficacia di ciascun intervento e le sue ricadute sanitarie e gestionali (un esempio in tal senso è il Protocollo interno di VEIP per la Verifica dell'Efficacia dell'Intervento Psicologico).

La considerazione per la globalità della persona e delle sue relazioni viene attivamente e fattivamente perseguita attraverso numerose proposte di

formazione e discussione casi per il personale sanitario, di empowerment per i familiari ed i caregiver e, dal 2015, di gruppi di rilassamento e gestione dello stress sia per i pazienti che per il personale ospedaliero. Attività di formazione e counseling che hanno lo scopo di potenziare le competenze relazionali e comunicative degli operatori, aumentare le capacità di gestione dello stress del paziente sia negli operatori che in chi presta assistenza in famiglia e promuovere l'assunzione di un ruolo attivo nella gestione della salute e delle cure.

La sinergia con il territorio consiste nella ricerca di integrazione con i Servizi di assistenza territoriali, nel perseguimento della continuità assistenziale ospedale-territorio ed in una quota dell'attività di Servizio destinata al counseling psicologico messo a disposizione dei pazienti, dei Medici di Medicina Generale e della comunità cittadina, come il Centro di Ascolto Psicologico inaugurato nel 2015 all'interno di un'Azienda Ospedaliera, primo in Italia con queste caratteristiche. Sempre a tale riguardo, il Servizio di Psicologia Ospedaliera di Terni è capofila di un Progetto della Regione Umbria sulle patologie croniche (cardiovascolari e diabete) che mira a esplorare i modelli di intervento internazionali più accreditati, indagare le prassi operative regionali ed uniformare prassi appropriate di assistenza psicologica integrate ospedale-territorio.

L'implementazione di questo modello di intervento psicologico in ambito ospedaliero, tuttavia, non può considerarsi un'acquisizione stabile ed intrinsecamente durevole, essa ha reso e continua a rendere necessario un sistematico rigoroso processo di revisione delle prassi del Servizio, una incessante e spesso impegnativa attività di confronto e mediazione organizzativa con le altre figure professionali, e che gli psicologi ospedalieri siano organizzati in appositi Servizi con autonomia organizzativa e gestionale.

Bibliografia

Bartoli S. (2013), Stress e dolore. Incoraggianti esperienze di gestione, in Bottaccioli F. (a cura di), *Stress e Vita*, Tecniche Nuove Edizioni, Milano.

Benton T., Staab J., Evans D.L. (2007), Medical co-morbidity in depressive disorders, *Annals of Clinical Psychiatry*, 19, 4, pp. 289-303.

Cepoiu M., McCusker J., Cole M.G., Sewitch M., Belzile E., Ciampi A. (2008), Recognition of depression by non-psychiatric physicians – a systematic literature review and metaanalysis, *Journal of General Internal Medicine*, 23, 1, pp. 25-36.

Chiles J.A., Lambert M.J., Hatch A.L. (1999), The impact of psychological interventions on medical cost offset: A meta-analytic review, *Clinical Psychology: Science and Practice*, 6, 2, pp. 204-220.

Coventry P., Hays R., Dickens C., Bundy C., Garrett C., Cherrington A., Chew-Graham C.A. (2011), Talking about depression: barriers to managing depression in people with long term conditions in primary care, *BMC Family Practice*, 12, 10. Available at: www.biomedcentral.com/1471-2296/12/10 (accessed on 30 November 2011).

Das-Munshi J., Stewart R., Ismail K., Bebbington P.E., Jenkins R., Prince M.J. (2007), Diabetes, common mental disorders, and disability: Findings from the UK National Psychiatric Morbidity Survey, *Psychosomatic Medicine*, 69, 6, pp. 543-550.

De Hert M., Correll C.U., Bobes J., Cetkovich-Bakmas M., Cohen D., Asai I., Detraux J., Gautam S., Möller H.J., Ndeti D.M., Newcomer J.W., Uwakwe R., Leucht S. (2011), Physical illness in patients with severe mental disorders. I. Prevalence, impact of medications and disparities in health care, *World Psychiatry*, 10, 1, pp. 52-77.

De Lusignan S., Chan T., Parry G., Dent-Brown K., Kendrick T. (2011), Referral to a new psychological therapy service is associated with reduced utilisation of healthcare and sickness absence by people with common mental health problems: a before and after comparison, *Journal of Epidemiology and Community Health*, [online] doi 10.1136/jech.2011.139873 (accessed on 24 January 2011).

Fenton W.S., Stover E.S., (2006), Mood disorders: cardiovascular and diabetes comorbidity, *Current Opinion in Psychiatry*, 19, 4, pp. 421-427.

Gunn J.M., Ayton D.R., Densley K., Pallant J.F., Chondros P., Herrman H.E., Dowrick C.F. (2010), The association between chronic illness, multimorbidity and depressive symptoms in 8an Australian primary care cohort, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47, 3, pp. 175-184.

Hutter N., Schnurr A., Baumeister H. (2010), Healthcare costs in patients with diabetes mellitus and comorbid mental

disorders – a systematic review, *Diabetologia*, 53, 12, pp. 2470-2479.

Katon W.J. (2003), Clinical and health services relationships between major depression, depressive symptoms, and general medical illness, *Biological Psychiatry*, 54, 3, pp. 216-226.

Lazzari D. (2013), *Psicoterapia: effetti integrati, efficacia e costi-benefici*, Tecniche Nuove Edizioni, Milano.

Simon G.E., Katon W.J., Lin E.H.B., Rutter C., Manning W.G., Von Kroff M., Ciechanowski P., Ludman E.J., Ypung B.A. (2007), Cost-effectiveness of systematic depression treatment among people with diabetes mellitus, *Archives of General Psychiatry*, 64, 1, pp. 65-72.

Vamos E.P., Mucsi I., Keszei A., Kopp M.S., Novak M. (2009), Comorbid depression is associated with increased health-care utilization and lost productivity in persons with diabetes: a large nationally representative Hungarian population survey, *Psychosomatic Medicine*, 71, 5, pp. 501-507.

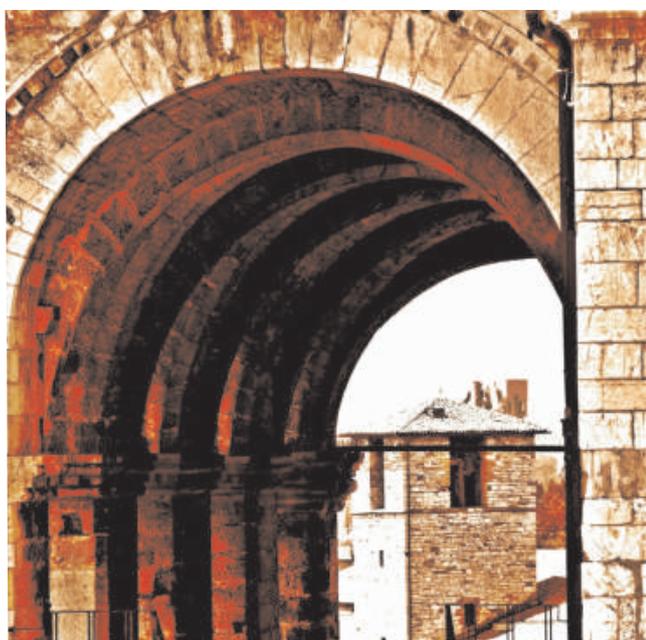
03.

UMANIZZAZIONE DELLA CURA E APERTURA DELLE PORTE IN TERAPIA INTENSIVA

l'esperienza dello Psicologo nel reparto di Terapia Intensiva e Rianimazione dell'ospedale di Città di Castello

Lucia Cecci

Psicologa-psicoterapeuta



Le crescenti acquisizioni in campo tecnologico e scientifico hanno determinato negli ultimi anni la diffusione di cure sempre più efficaci e mirate, caratterizzate spesso da elevati livelli di complessità assistenziale. Questo è particolarmente vero nei reparti di Terapia Intensiva dove il ricorso a supporti e macchinari è di fondamentale importanza.

Tali progressi tuttavia non costituiscono da soli garanzia di un miglioramento della qualità della cura; al contrario, in un contesto sempre più tecnologizzato, la mancata presa in considerazione di aspetti psicologici, relazionali ed etici, rischia di allontanare dalla centralità del paziente come persona.

Da qualche anno si assiste pertanto ad una promozione del concetto di “umanizzazione” dell’as-

sistenza in Terapia Intensiva, sia nel contesto nazionale che internazionale. Il nostro Sistema Sanitario Nazionale con l'art. 4 e 14 del D.L. 502/92, ha sostenuto la necessità di questo approccio ribadendo l'opportunità di una presa in carico globale, multidisciplinare e integrata della persona malata. “Umanizzare” significa “ridurre la disumanizzazione che si sviluppa facilmente in tutti i luoghi di cura a causa e nella misura dei limiti degli interventi tecnici e della sopportazione delle persone” (Melotti et al., 2009).

Le linee guida emanate dall'American College of Critical Care (Davidson et al., 2007) si sono spinte a sostenere la necessità di un approccio basato non solo sul paziente ma anche sulla famiglia (*patient and family centred approach*).

In Terapia Intensiva infatti i familiari si trovano spesso travolti da un evento inatteso, che devono gestire da vari punti di vista, dovendo assumere ruoli complessi come quello di *care giver* e di *decision maker*, in un contesto caratterizzato dall'estrema incertezza delle condizioni cliniche del paziente. Avere un congiunto ricoverato in Terapia Intensiva è un'esperienza altamente stressante che, oltre alle normali reazioni emotive acute, può condurre a manifestazioni psicopatologiche, riscontrate anche in studi di *follow up* a sei e dodici mesi. La risposta dei familiari al ricovero del paziente in area critica include lo sviluppo di *outcomes* psicologici come ansia, disturbo acuto da stress, disturbo post traumatico da stress, depressione, lutto complicato (Azoulay et al., 2005; McAdam, Puntillo, 2009; Olsen et al., 2009; Paul, Rattray, 2008; Pillai et al., 2010). Questo

cluster di complicazioni derivanti dal contatto con un contesto di cure intensive è ora conosciuto come *post intensive care syndrome-family* (Davidson et al., 2012).

Per adottare un approccio che potesse prendere in considerazione questi aspetti è stato necessario ripensare anche alcuni aspetti strutturali e organizzativi, andando a modificare un assetto che aveva da sempre caratterizzato le Terapie Intensive e le Rianimazioni sia in Italia che all'estero, ovvero quello di una tendenza alla chiusura, evidente soprattutto in una politica di visite estremamente ristretta, sia per numero di visitatori che per fascia oraria.

Le più importanti istituzioni e società mediche hanno così iniziato a promuovere l'importanza dell'“apertura delle porte” in Terapia Intensiva. In un editoriale del 2002, la European Society of Intensive Care Medicine (Burchardi, 2002) dichiarava infatti: “è tempo di riconoscere che le Terapie Intensive devono essere un luogo dove l'umanità abbia alta priorità. È tempo di aprire quelle Terapie Intensive che sono ancora chiuse”.

Aprire le porte non significa solo estendere l'orario di apertura ma consiste in una generale e razionale riduzione o abolizione di tutte le limitazioni non motivatamente necessarie poste a livello temporale, fisico e relazionale (Giannini, 2010).

La ricerca e l'esperienza clinica nel corso degli anni hanno progressivamente provveduto a fornire valide motivazioni contro le resistenze che tale movimento di cambiamento ha incontrato da più fronti. In Italia il Comitato Nazionale di Bioetica (2013) si è espresso con un parere positivo verso l'apertura delle Terapie Intensive, sostenendo che tale azione, come ampiamente documentato, non provocherebbe alcun aumento delle infezioni e non costituirebbe di per sé un fattore di rischio essendo, al contrario, veicolo di una serie di *outcomes* benefici.

E' stato dimostrato che nei pazienti ricoverati in Terapia Intensiva, la possibilità di ricevere visite senza limitazioni di orario riduce in modo statisticamente significativo le complicità cardio-

vascolari gli *anxiety score* e gli indici ormonali di stress (Fumagalli et al., 2006).

Anche per quanto concerne i familiari è stata dimostrata una correlazione tra l'apertura del reparto e la riduzione di sintomi di ansia, depressione e disturbo post traumatico da stress (Garroste-Orgeas et al., 2008).

Il reparto di Terapia Intensiva e Rianimazione dell'ospedale di Città di Castello, ha deciso da qualche tempo di intraprendere la strada dell'apertura attivando una serie di iniziative:

1. Estensione dell'orario di visita (dalle 13:00 alle 21:00)
2. Introduzione di specifiche procedure e dispositivi igienici
3. Predisposizione di materiale informativo per i visitatori
4. Formazione del personale su aspetti sanitari e psicologici legati all'apertura del reparto
5. Introduzione della figura dello psicologo

Tale strategia di azione ha visto quindi, come indicato dai principali approcci che riguardano il panorama della salute, un'integrazione di aspetti medici-biologici e psico-sociali, che hanno coinvolto paziente, famiglia e operatori.

Preme sottolineare in questa sede l'apporto che la psicologia, in maniera sinergica ed integrata alle altre discipline, ha potuto offrire alla realizzazione efficace di questo progetto, in particolare con il percorso di formazione e con l'introduzione dello psicologo in reparto.

- La formazione è consistita in un corso rivolto a tutti gli operatori (medici, infermieri, OSS), condotto da psicologhe e svolto in due edizioni, dal titolo: “Comunicazione e relazione in Terapia Intensiva”. Il corso, con modalità prevalentemente interattive, si è occupato di affrontare i principali argomenti psicologici connessi alla gestione del reparto “aperto”.
- L'introduzione della figura dello psicologo si è espletata nella creazione di uno “Sportello di Ascolto Psicologico” rivolto ai familiari dei pazienti ricoverati, e nella collaborazione tra

la psicologa e il personale del reparto relativamente alla gestione di aspetti relazionali e comunicativi.

Un questionario costruito ad hoc distribuito agli operatori alla fine della formazione ha evidenziato come la maggioranza di essi si sia dichiarata favorevole all'apertura del reparto, riconoscendo l'importanza di prendere in considerazione aspetti psicologici all'interno del processo di cura, e la necessità di poter usufruire di supporto e formazione specifica in questo ambito.

L'esperienza dello sportello, durata da giugno 2011 a luglio 2012, ha permesso di constatare un atteggiamento favorevole dei familiari verso la figura dello psicologo in reparto, con la registrazione di un consistente numero di accessi al servizio. L'analisi qualitativa del contenuto dei colloqui ha messo in luce come le esigenze prevalenti dei familiari siano: bisogno di orientamento e informazione, bisogno di supporto emotivo, sostegno nell'acquisizione di strategie di coping efficaci, supporto nella fase di fine vita e morte del paziente. Si può pertanto concludere che tale esperienza dimostra la chiara opportunità che professionisti del settore psicologico collaborino attivamente alla realizzazione di modelli di cura che siano realmente globali, integrati ed efficaci, per rispondere in maniera adeguata alle esigenze di pazienti, familiari ed operatori.

Bibliografia

Azoulay E., Pochard F., Kentish-Barnes N., Chevret S., Aboab J., Adrie C., Annane D., Bleichner G., Bollaert P.E., Darmon M., Fassier T., Galliot R., Garrouste-Orgeas M., Goulenok C., Goldgran-Toledano D., Hayon J., Jourdain M., Kaidomar M., Laplace C., Larché J., Liotier J., Papazian L., Poisson C., Reignier J., Saidi F., Schlemmer B. (2005), Risk of post-traumatic stress symptoms in family members of intensive care unit patients, *Am J Respir Crit Care Med*, 171, pp. 987-994.

Burchardi H. (2002), Let's open the door!, *Intensive Care Med*, 28, pp. 1371-1372.

Davidson J.E., Powers K., Hedayat K.M., Tieszen M., Kon A.A., Shepard E., Spuhler V., Todres I.D., Levy M., Barr J., Ghandi R., Hirsch G. (2007), Clinical practice guide lines for support of the family in the patient-centered intensive care unit: American College of Critical Care Medicine Task Force 2004-2005, *Crit Care Med*, 35, pp. 2333-2348.

Davidson J.E., Jones C., Biennu O.J. (2012), Family response to critical illness: postintensive care syndrome-family, *Crit Care Med*, 40, pp. 618-624.

Fumagalli S., Boncinelli L., Lo Nostro A., Valoti P., Baldereschi G., Di Bari M., Ungar A., Baldasseroni S., Geppetti P., Masotti G., Pini R., Marchionni N. (2006), Reduced cardio circulatory complications with unrestricted visiting policy in an intensive care unit: results from a pilot, randomized trial, *Circulation*, 113, pp. 946-952.

Garrouste-Orgeas M., Philippart F., Timsit J.F., Diaw F., Willems V., Tabah A., Bretteville G., Misset B., (2008), Perceptions of a 24-hour visiting policy in the intensive care unit, *Crit Care Med*, 36, pp. 30-35.

Giannini A. (2010), The "open" ICU: not just a question of time, *Minerva anaesthesiologica*, 6 (2), pp. 89-90.

McAdam J.L., Puntillo K. (2009), Symptomsexperienced by family members of patients in intensive care unit, *Am J Crit Care*, 18(3), pp. 200-209.

Melotti R.M., Bergonzi A., Benedetti A., Bonarelli S., Campione F., Canestrari S., Castiglioni A., Chattat R., Di Nino G., Fortuna D., Gambale G., Gamberini E., Guberti A., Manici M., Meli M., Pasetto A., Ridolfi L., Zanella M. (2009), Progetto umanizzazione delle cure e dignità della persona interapia intensiva della Regione Emilia-Romagna, *Anestesia forum*, 2, pp. 75-82.

Olsen K.D., Dysvik E., Hansen B.S. (2009), The meaning of family members' presence during intensive care stay: a qualitative study, *Intensive Crit Care Nurs*, 25(4), pp. 190-198.

Paul F., Rattray J. (2008), Short- and long-term impact of critical illness on relatives: literature review, *J Adv Nurs*, 62(3), pp. 276-292.

Pillai L., Aigalikal S., Vishwasrao, S.M., Husainy S.M. (2010), Can we predict intensive care relatives at risk for posttraumatic stress disorder?, *Indian J Crit Care Med*, 14(2), pp. 83-87.

Presidenza del Consiglio dei Ministri - Comitato Nazionale per la Bioetica, *Terapia Intensiva "Aperta" alle visite dei familiari*, 24 luglio 2013,

<http://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato7196037.pdf>

04.

FOREIGN WOMEN CANCER CARE

Rete territoriale per facilitare l'accesso alla prevenzione e alla cura dei tumori femminili

Dimitri Bottoni¹, Maurizio Ferrante[^],
Riccardo Fragomeni[^], Alessandro Cicconi^{*},
Giulia Picconi^{*}, Tiziana Ragni Raimondi^{*}

¹Fondazione Internazionale Fatebenefratelli, ^{*}U.O di psicologia Clinica, [^]Direzione sanitaria "San Giovanni Calibita" Fatebenefratelli



Introduzione

Il progetto *Foreign Woman Cancer Care*, finanziato dal Fondo Europeo per l'Integrazione dei Cittadini di Paesi Terzi 2007 - 2013 Annualità 2012 è stato rivolto alle donne straniere regolarmente residenti in Italia ed ha avuto come obiettivo quello di facilitare l'accesso di queste ultime al Sistema Sanitario Nazionale (SSN); in particolare l'oggetto specifico ha riguardato la prevenzione dei tumori femminili.

Nella realizzazione del progetto hanno collaborato realtà importanti sia a livello comunale sia a livello nazionale come: l'IFO Regina Elena - San Galliciano (capo fila del progetto), San Giovanni Calibita Fatebenefratelli (FBF), la Cooperativa Sociale Roma (CRS), l'Associazione Italiana Malati di Cancro, Parenti e Amici (AIMaC).

In termini generali gli stranieri hanno diritto all'accesso al Sistema Sanitario Nazionale sancito dalla legge 48/98, anche se di fatto questo rimane inattivo per diversi motivi tra cui la scarsa informazione e le barriere di natura culturale. Rispetto a quest'ultimo punto è opportuno evidenziare come gli stranieri provengono da paesi che hanno un'organizzazione sanitaria differente rispetto alla nostra e che a sua volta è promotrice di una cultura di salute differente. Per rendere evidente quanto la questione culturale sia impattante rispetto alle valutazioni e alle azioni che poi vengono attuate dai singoli individui, facciamo riferimento a una considerazione compiuta da una donna di origini filippine, durante un gruppo di narrazione della salute, la quale spiegava come per lei il medico diventa un punto di riferimento solo in caso di

malattia. Nel caso specifico questo avviene, a detta della donna, perché il loro sistema sanitario è per lo più privatistico e non crea i presupposti per rappresentarsi il medico come una figura professionale con funzioni di cura e di prevenzione. Ovviamente un sistema che prevede ingenti spese a carico dell'utenza per le visite mediche non rende attraente un esborso che ha di per sé un ruolo preventivo e non di cura.

In breve, quindi, l'accesso al nostro sistema sanitario è reso complicato da diverse barriere: quella culturale, quella linguistica, oltre che da una mancanza di informazione. Queste difficoltà hanno di fatto conseguenze gravi rispetto alla cura e alla prognosi delle donne straniere che si ammalano dei tumori femminili (tumore alla cervice e alla mammella).

In particolare queste donne vengono diagnosticate nella fase avanzata della malattia, con un ritardo temporale medio di 12 mesi rispetto alle donne italiane.

Il dato appena riportato non è sorprendente se si pensa che rispetto alle donne italiane solo il 50% delle donne migranti effettua il pap-test (utile alla diagnosi precoce del cervicocarcinoma) contro il 72% delle italiane, dati ancor peggiori per quanto riguarda la mammografia che scende al 43% contro il 73%. Questi dati acquisiscono un peso maggiore se si tiene conto che secondo il registro dei tumori l'incidenza del cancro sia strettamente correlata per 80% agli screening preventivi.

Il progetto è stato rivolto a tutte le donne migranti regolari in Italia, con una maggior attenzione per le donne cinesi e filippine. La scelta di queste due comunità è stata fatta dopo un'indagine preliminare svolta dalla CRS. Per queste due comunità il progetto ha previsto la presenza dei mediatori culturali nei punti informativi presenti all'interno degli ospedali, e specifici interventi di sensibilizzazione sul territorio.

Le due comunità sono state selezionate per motivi differenti tra loro, in particolare per quanto riguarda la comunità filippina il criterio è stata la stanzialità della stessa, per cui sensibilizzare una

generazione vuol dire sensibilizzare indirettamente quella successiva, oltre al fatto che dall'indagine preliminare della CRS è emerso che le donne filippine hanno difficoltà ad accedere al Sistema Nazionale Sanitario. Per quanto concerne la comunità cinese i motivi della sua selezione sono dovuti ad una difficoltà ad accedere al SSN e in termini generali ad integrarsi della stessa. Il periodo nel quale il progetto è stato implementato è andato dal settembre 2013 al 30 giugno 2014.

Obiettivo

L'obiettivo generale del progetto è stato quello di "favorire, attraverso un processo di empowerment delle donne straniere presenti sul territorio del Comune di Roma, un'assunzione di responsabilità riguardo al proprio stato di salute, facilitando, quale base essenziale per una migliore integrazione, l'accesso alle prestazioni del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) su un piede di parità con i cittadini nazionali."

Il raggiungimento del macro obiettivo si è perseguito grazie all'individuazione di obiettivi specifici tra cui:

- rilevare e affrontare le difficoltà che le donne straniere incontrano nell'accesso alla prevenzione e alle cure da un punto di vista sia logistico-organizzativo, sia socio-culturale;
- aumentare la conoscenza delle donne straniere presenti sul territorio del Comune di Roma in materia di prevenzione, diagnosi e cura dei tumori femminili (tumore della mammella e della cervice uterina);
- offrire alle donne straniere un servizio di accoglienza, assistenza e consulenza che garantisca una presa in carico globale del beneficiario, superando anche le difficoltà culturali e linguistiche;
- ridurre gli ostacoli che impediscono alle donne straniere l'accesso alle strutture del territorio dedicate alla prevenzione e alla cura dei tumori femminili;
- promuovere la conoscenza delle offerte del sistema sanitario in materia di prevenzione

primaria (per ridurre l'esposizione a fattori di rischio) e diagnosi precoce (per aumentare l'efficacia delle cure);

accompagnare e sostenere le donne straniere per facilitare l'accesso a percorsi di prevenzione, diagnosi e cura oncologica.

Metodologia

Le azioni del progetto sono state realizzate sia con le attività all'interno dei nosocomi sia con quelle sul territorio di Roma, grazie al lavoro della Cooperativa Sociale Roma con la sua Unità di Strada, sia con i mediatori culturali filippini e cinesi che, oltre a essere presenti nei punti informativi degli Ospedali, hanno contattato le donne migranti, cinesi e filippine, presso le loro associazioni presenti sul territorio del Comune di Roma, sia al lavoro di rete istituzionale portata avanti da tutti i partner del progetto ma in particolar modo dall'Aimac.

Nello specifico il San Giovanni Calibita ha partecipato al progetto realizzando le seguenti azioni: realizzazione del portale socio-assistenziale www.womancancercare.it, predisposizione dell'equipe composta da psicologi e mediatori culturali di lingua filippina e cinese nei due punti informativi presenti nell'ospedale, costituzione di gruppi di narrazione alla salute per donne migranti e italiane, gruppi psicoeducativi per aumentare la conoscenza delle donne straniere in materia di promozione, prevenzione, diagnosi e cura dei tumori.

Alla realizzazione di questi ultimi gruppi hanno partecipato psicologi, mediatori e medici (oncologi, ginecologi) facendo sì che si svolgessero in contesti significativi per queste.

Rispettando le specificità dei singoli ospedali, il progetto ha previsto che l'IFO Regina Elena - San Gallicano fosse il punto di riferimento per i percorsi preventivi relativi al tumore alla cervice, mentre il San Giovanni Calibita per quelli relativi ai tumori alla mammella. Gli operatori presenti nei punti informativi del San Giovanni Calibita avevano il compito non solo di accogliere e orientare la

donna migrante, utilizzando a tale fine strumenti specifici come il colloquio e la scheda di accoglienza, ma anche di accompagnare fisicamente la donna nel suo percorso all'interno dell'ospedale, al fine di superare le barriere linguistiche che la donna migrante si trova ad incontrare nell'incontro con il medico e nel raggiungere gli ambulatori.

Conclusioni

Il progetto, al termine dei 10 mesi di realizzazione, ha raggiunto tutti gli obiettivi previsti mettendo in evidenza con i dati quanto sia importante poter realizzare interventi di informazione e di accompagnamento alla prevenzione per le donne migranti. Quanto scritto sopra è, purtroppo, confortato dai risultati positivi ad alcuni screening che diventano statisticamente significativi rispetto alla popolazione contattata. In Particolare gli obiettivi del progetto sono rappresentati in modo sintetico dai seguenti risultati:

- Il portale è stato visitato da 326 utenti per un totale di 476 sessioni e 1270 visualizzazioni per una durata media a sessione di 3,12 minuti;
- 82,10% delle visualizzazioni sono state fatte da persone che risiedono in Italia;
- 63,79% della popolazione che ha visualizzato il portale risiede a Roma;
- 2 utenti sono giunti allo sportello di accoglienza dell'ospedale informandosi direttamente dal sito;
- 250 donne intervistate;
- Oltre 2.000 interventi di mediazione;
- Oltre 300 operatori formati all'accoglienza, alla mediazione e all'orientamento sanitario;
- Oltre 150 accessi ai Punti Informativi;
- Oltre 150 operatori socio-sanitari coinvolti nelle attività;
- 23 attori istituzionali coinvolti nelle attività;
- Individuazione precoce di tre cancri della mammella e di un mioma;
- Percorsi diagnostici terapeutici attivati e favoriti dalla presenza dello psicologo;
- Disponibilità di 100 dosi gratuite di vaccino anti HPV.

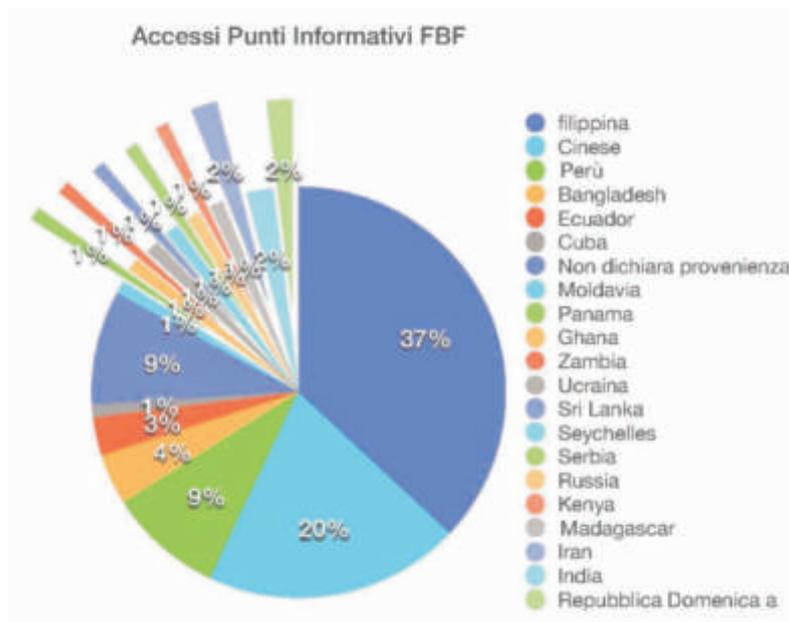
Come segnalato nel paragrafo precedente, i punti

informativi, oltre al colloquio come strumento di Valutazione, hanno utilizzato una scheda di accoglienza creata per il progetto che permetteva di raccogliere alcune informazioni riguardanti diverse dimensioni tra cui quelle demografiche, l'utilizzo attuale di pratiche relative alla medicina tradizionale, l'utilizzo del SNN (medico di famiglia, medico pediatra), la conoscenza delle pratiche preventive e degli esami ad essi connessi.

In particolare per quanto riguarda il San Giovanni Calibita (FBF) dal punto di vista demografico le donne che hanno avuto accesso ai punti informativi sono state per lo più quelle relative alle comunità target (cinese e filippina).

alla salute. Questi gruppi sono stati aperti sia a donne migranti sia a donne italiane in modo da facilitare il processo di confronto e di integrazione tra le diverse culture di salute.

I contenuti emersi nei gruppi hanno reso evidente come la “cultura di salute” appresa nell'infanzia abbia un ruolo determinante nel predisporre la donna migrante ad accogliere un messaggio piuttosto che un altro. Il confronto nel gruppo è stato facilitato da attività proposte nel libro “Il gioco della vita” di Duccio Demetrio (2012), queste hanno aiutato le donne ad individuare il loro concetto di salute, le radici e come queste si siano trasformate nell'incontro con la cultura italiana.



Dalle 100 schede raccolte nei punti informativi del Fetebenefratelli, si è potuto rilevare come solo il 30% delle donne fosse a conoscenza del pap test e solo il 6% della tecnica di autopalpazione.

Risultati analoghi sono stati riscontrati per lo screening mammografico conosciuto soltanto dal 17% delle donne. Questi dati sono coerenti con quelli nazionali riportati nell'introduzione. Va inoltre evidenziato come siano stati utili, sia per le donne sia per gli operatori, i gruppi di narrazione

L'esperienza del gruppo si concludeva con la creazione, da parte delle partecipanti, di una favola da poter narrare ad un bambino che sottolineasse l'importanza della prevenzione. Quello che emerge da questa esperienza, seppur limitata nel tempo e nei partecipanti, è quanto sia opportuno predisporre laboratori che possano permettere lo scambio tra i partecipanti (donne migranti, italiane, operatori), al fine di favorire processi di conoscenza reciproci.

Il progetto è riuscito in breve tempo a raggiungere

¹ La dottoressa Lara Villani è stata una utile interlocutrice in questo lavoro molto complesso.

gli obiettivi anche per la flessibilità dimostrata dai partner e dagli operatori. Ad esempio, per poter raggiungere con maggior facilità le donne migranti si è scelto di realizzare i gruppi psicoeducazionali in contesti che fossero significativi per loro, realizzando quindi queste attività non in ospedale. In particolare questi gruppi sono stati realizzati per i filippini all'interno dell'ambasciata, mentre, per quanto riguarda le donne cinesi, durante un incontro promosso da una loro associazione. Il progetto ha avuto recentemente un ulteriore finanziamento da parte del Ministero della Salute che ha permesso, anche se ridimensionato nelle attività, di continuare ad offrire alcuni servizi come la presenza dei mediatori nei punti informativi, la continuità del portale socio - assistenziale, le azioni di sensibilizzazione presso le comunità straniere.

Bibliografia

Associazione registro dei tumori:

<http://www.registri-tumori.it/cms/>

Duccio D. (2002), *Il gioco della vita*, Guerini e Associati, Milano.

Progetto "Foreign Women Cancer Care - una rete territoriale per facilitare l'accesso alla prevenzione e alla cura dei tumori femminili" FEI - 2012 - Azione 6.

05.

LO PSICOLOGO AL FIANCO DELLE DONNE OPERATE DI NEOPLASIA MAMMARIA. UN INTERVENTO SU PIÙ LIVELLI

Mara Eleuteri

Psicologa-psicoterapeuta

Laura Mismetti

Psicologa



Negli ultimi decenni è aumentato l'interesse per l'influenza di fattori psicosociali nel decorso delle malattie oncologiche, a cui ha fatto seguito un incremento della richiesta di aiuto professionale agli psicologi da parte degli operatori sanitari che operano nell'ambito dell'oncologia. All'interno dell'ospedale "S. Giovanni Battista di Foligno" è attivo dal 2001 un progetto di psiconcologia, finanziato dall'associazione "Donne Insieme" Onlus, che prevede la presenza di due psicologhe che affiancano i medici (oncologi, radiologi, chirurghi) nel percorso di cura delle donne con neoplasia mammaria, dalla diagnosi al follow-up. All'interno di questo progetto il ruolo dello psicologo si declina in un intervento a più livelli.

Nella fase diagnostica l'affiancamento dello psicologo al medico radiologo è garante di una comunicazione della diagnosi secondo criteri di chiarezza, ascolto attivo ed empatia. In questo delicato momento le pazienti possono mostrare reazioni disfunzionali di negazione, rabbia, ideazione persecutoria e fatalismo paralizzante che richiedono contenimento e legittimazione.

Lo psicologo aiuta il medico non solo a rendere più chiara e comprensibile la diagnosi ma anche a gestire i propri vissuti in una situazione tanto delicata. Solo nell'ospedale di Foligno vengono effettuati in media più di cento interventi l'anno legati a patologie della mammella.

Nella fase del trattamento (chirurgico, radioterapico e farmacologico) è importante, per la progettazione di un intervento psicologico efficace, avere presente il costrutto centrale della "perdita" che interessa più aree: area dell'autonomia, area sociale e lavorativa, immagine fisica. È importante inoltre promuovere un processo di adattamento alla malattia finalizzato all'accettazione della stessa tale da consentire il raggiungimento di una buona *compliance* al percorso di cura. È durante la fase della terapia farmacologica che si svolge, nella maggior parte dei casi, il lavoro terapeutico più consistente sia con la paziente che con i familiari. Le pazienti arrivano all'attenzione dello psicologo su segnalazione del personale sanitario o facendo esse stesse esplicita richiesta alla segreteria dell'associazione. Il protocollo seguito prevede lo svolgimento di otto colloqui (individuali, familiari o di coppia) che possono essere prolungati in base

ad una valutazione delle singole situazione. La necessità di adottare tale protocollo nasce dall'esigenza di soddisfare il maggior numero di richieste possibili, vista la domanda sempre crescente.

Nella fase del *follow-up* l'intervento dello psicologo ha come obiettivo la gestione della paura delle recidive per consentire alle pazienti di riappropriarsi di una quotidianità fatta di progettualità e di ritmi di vita non più medicalizzati (Bellani et al., 2002). A volte è proprio l'uscita dalla fase delle terapie attive che avvicina alcune pazienti, apparentemente funzionali fino a quel momento, ai complessi vissuti emotivi legati al ritorno alla "normalità". Numerose sono quindi le pazienti che fanno richiesta proprio in questo momento di un supporto psicologico.

Studi *evidence based* (Cassileth et al., 1986) hanno dimostrato come spesso i familiari siano portatori di livelli di distress superiori a quelli del paziente ed è per questa ragione che all'interno del progetto una grande attenzione viene rivolta a coniugi, figli e genitori estendendo anche a loro la possibilità di usufruire di un sostegno psicologico attraverso colloqui individuali, terapie familiari, family conference e gruppi psico-educativi.

La presenza dello psicologo all'interno dei reparti di degenza e Day-Hospital rappresenta un'importante risorsa anche per il personale medico e infermieristico poiché consente loro di rielaborare i vissuti emotivi evocati dalla relazione con pazienti e loro familiari. Da qui nasce l'idea di promuovere un progetto, "Progetto Arcobaleno", finalizzato alla prevenzione e gestione del burn-out che prevede la strutturazione di uno spazio d'ascolto a cadenza mensile rivolto a infermieri e oncologi operanti all'interno del DH-oncoematologico.

Tra le altre attività offerte alle pazienti con neoplasia mammaria promosse dall'associazione in collaborazione con le psicologhe vi sono la danza-movimento-terapia e il "progetto trucco".

Quest'ultimo prevede la presenza di vari estetisti all'interno del DH-oncoematologico che mettono

a disposizione gratuitamente la loro professionalità a favore delle pazienti in trattamento chemioterapico.

Il progetto attivo presso l'ospedale di Foligno è un progetto in continua crescita e maturazione.

Bibliografia

Bellani M.L., Morasso G., Amadori D., Orrù W., Grassi L., Casali P.G., Bruzzi P. (2002), *Psiconcologia*, Elsevier- Masson, Milano.

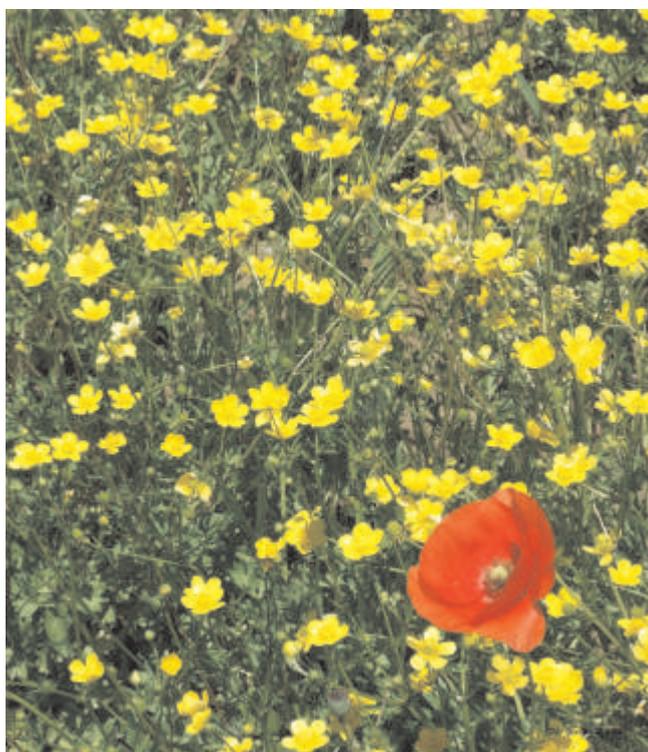
Cassileth B.R., Lusk E.J., Walsh W.P. (1986), *Anxiety levels in patients with malignant disease- The Hospice Journal*, 2, pp. 57-69.

06.

DALLA VITTIMIZZAZIONE ALLA AUTOREALIZZAZIONE L'ESPERIENZA DEL TELEFONO DONNA

Moira Galeazzi

Psicologa. Consulente Tecnico D'Ufficio e Perito Penale del Tribunale di Terni.
Consulente Telefono Donna - Centro Per Le pari opportunità della Regione Umbria



Accompagnare da anni le donne nel percorso di uscita dalla violenza è per me un privilegio personale e professionale.

Quasi tutte le donne che contattano il servizio Telefono Donna hanno già maturato l'intenzione di affrontare il problema, così vengono invitate ad un appuntamento dove poter parlare nella massima riservatezza con un'operatrice ed usufruire – dove ne fosse necessità – delle consulenze legali e psicologiche.

Le donne che si rivolgono a questo servizio in media hanno alle spalle 6 o 7 anni di violenza tra le mura domestiche e questo testimonia, che esiste

un perverso legame che produce effetti devastanti e distruttivi di dipendenza tra il maltrattante e la donna che subisce.

Dire basta ai maltrattamenti chiedendo aiuto al Telefono Donna e procedendo con una denuncia, non significa solo affrontare sentimenti di vergogna e paura ma anche iniziare un lungo percorso di elaborazione interiore per riacquisire l'autostima perduta e il proprio punto di vista sulla realtà.

Dal 2007 è iniziata la mia esperienza professionale presso il Telefono Donna del Centro per le Pari Opportunità della Regione Umbria, dopo una lunga e specifica formazione sulla violenza di genere, preparazione fondamentale e indispensabile per lavorare con le vittime di violenza nelle relazioni intime.

La violenza di genere è oggi un fenomeno che esce dall'oscurità e dal sommerso. Esso può essere indagato nelle dinamiche e nei meccanismi che lo sottendono mediante gli approcci conoscitivi sollecitati dalla ricerca e dall'elaborazione teorica e politica del movimento delle donne e del pensiero femminista.

Gli stessi approcci hanno reso possibile una conoscenza approfondita del fenomeno, esplorandolo sul terreno della normalità tra i sessi e non su quello della devianza e della psicopatologia.

Quando una donna maltrattata comincia il proprio percorso di uscita dalla violenza, tra lei, la psicologa e l'operatrice di accoglienza viene a crearsi un rapporto basato sull'empatia e la fiducia.

Le donne che arrivano al servizio sanno che le professioniste che le accolgono e le accompagnano lungo il loro percorso – difficile e doloroso –

“sentono”, in assenza di giudizio, le risonanze emotive che sono in gioco e nessuno giudicherà “pazza” chi sta formulando una richiesta d'aiuto.

Chi subisce violenza domestica a suo tempo ha scelto la relazione e non la violenza, ha spesso delineato un progetto di vita, di amore con l'uomo che poi la ha umiliata, offesa, ferita e percossa. Per questo le ferite lasciate sul corpo e sull'anima sono profonde.

Le donne maltrattate non perdono il senno, la violenza le ha portate a perdere, invece, il senso di sé, il proprio valore, la propria dignità e l'autostima.

Nella quasi totalità dei casi le donne che per anni hanno subito maltrattamenti fisici e violenze psicologiche arrivano parlando con la voce del marito o del convivente. La perdita di autostima, conseguenza inevitabile di umiliazioni e vessazioni, fa perdere di vista il proprio sguardo sulla realtà dei fatti, sulla realtà delle violenze e ciò predispone chi subisce ad assumere lo stesso modo di pensare del maltrattante. Con i primi episodi di maltrattamento subentra frequentemente nella vittima, come meccanismo di difesa, la razionalizzazione, che in questo caso consiste nel trovare una giustificazione alla violenza. Focalizzarsi troppo su chi perpetra la condotta violenta predispone, però, ad un continuo stato di allerta che conduce ad allontanarsi progressivamente da sé e da una valutazione congrua della realtà.

Nell'evitare che si scateni di nuovo la violenza la donna, come strategia difensiva, cerca di capire cosa induca il proprio compagno a comportarsi in modo violento. In uno stato di allerta costante, finisce per concentrarsi solo sul “carnefice” e su come evitare che le violenze si ripetano, dimenticando se stessa.

Si apre quindi la strada a vissuti depressivi, possono emergere sentimenti di giustificazione e addirittura confusione e collusione nei confronti del proprio partner e in questi casi il legame di dipendenza tra i due diventa più forte. Si produce un effetto simile alla Sindrome di Stoccolma.

Nei primi colloqui le donne si esprimono con frasi

del tipo: “mio marito ha detto questo, perché lui ha fatto quest'altro”. Mettono in atto precise ed evidenti strategie di copying come la normalizzazione, la negazione, la minimizzazione, il rifiuto degli episodi di violenza. Ciò le distoglie dal parlare di sé e di ciò che provano.

Punto fermo del Telefono Donna è, invece, sollecitarle a partire da sé, dai propri sentimenti.

Non è semplice, perché ancora oggi intorno alla violenza sulle donne vigono forti tabù e atteggiamenti di giustificazione. In molti casi si riscontra una cultura della sopportazione trasmessa dalle famiglie di origine, che in questo modo diventano complici.

Il nodo sta nell'affrontare le radici culturali che stanno dietro la violenza sulle donne, radici che sono ancora molto forti. Basti considerare che in Italia fino al 1981 esisteva ancora il delitto d'onore. Il percorso di uscita dalla violenza è un progetto condiviso e realizzato con la donna mediante un lavoro di rete con i servizi del territorio (Servizio sociali, case protette ad indirizzo segreto, Forze dell'Ordine, Servizi Specialistici, Tribunali, etc.), in cui gradualmente la donna acquisisce una conoscenza e consapevolezza di sé, della sua storia e della sua relazione.

Dalla vittimizzazione alla autorealizzazione:

il processo di cambiamento si può sintetizzare così. Dopo un lungo percorso le donne tornano alla libertà e rinascono ad una nuova vita. È la più grande vittoria.

Bibliografia

Ockrent C. (2006), *Il libro nero della donna, violenze, soprusi, diritti negati*, Cairo Editore, Milano.

Herman J.L. (2007), *Guarire dal trauma, affrontare le conseguenze della violenza, dall'abuso domestico al terrorismo*, Edizioni Magi, Roma.

Hirigoyen Marie-France (2000), *Molestie Morali. La violenza perversa nella famiglia e nel lavoro*, Einaudi, Torino.

Slepoj Vera (2011), *Le ferite delle donne*, Psicologia Oscar Saggi Mondadori, Milano.

07.

PREVENZIONE E INTERVENTO SULLA VIOLENZA DI GENERE: ESPERIENZA IN OSPEDALE

Roberta Deciantis

Psicologa – Dirigente Servizio di Psicologia Ospedaliera dell'Azienda Ospedaliera "S. Maria" di Terni



L'intervento psicologico in ospedale richiede agli operatori una grande flessibilità ed una costante ridefinizione del proprio ruolo professionale, molto distante dalla formazione sia universitaria che post universitaria.

L'intervento "in emergenza" al pronto soccorso rompe gli schemi del setting tanto caro a noi psicologi imponendo un intervento immediato,

improvvisato e con pochi elementi di storia; quella storia del paziente, sulla quale l'intervento psicologico fonda le sue origini metodologiche e strategiche e che in questo caso viene costruita e ricostruita nel "qui ed ora" durante l'intervento stesso. Tra questi c'è la consulenza psicologica nel cosiddetto "codice rosa" attivo ormai in tutti i principali ospedali della Regione Umbria e in essere presso l'Azienda Ospedaliera Santa Maria di Terni dal 2013. Una sfida ormai per gran parte vinta dagli psicologi ospedalieri che ricoprono un ruolo da secoli di esclusivo appannaggio dei medici, in questo caso psichiatri: quello di intervenire tempestivamente portando come risorse non il farmaco ma la propria capacità di lettura e ridefinizione di strategie comportamentali e cognitive non più efficaci e funzionali.

Il trauma invisibile

Le conseguenze visibili della violenza sono immagini devastanti di corpi offesi e deturpati che sempre più spesso viaggiano sul web raggiungendoci in qualunque momento della nostra giornata. Corpi martoriati, volti deturpati e mutilati di donne di ogni età e nazionalità si mescolano a immagini ironiche e divertenti. E' la conseguenza di una globalizzazione e massificazione di comunicazioni sempre più schizofreniche e paradossali da cui siamo bombardati: corpi di bambini denudati dalla violenza delle acque nelle quali hanno trovato la morte anziché la vita, volti di donne su cui l'acido ha cancellato i tratti somatici ma esaltato lo sguardo di terrore e di dolore.

E' piuttosto semplice individuare la violenza

quando, anche in questo caso, è il corpo a parlarci di cosa è accaduto attraverso i suoi lividi, le sue fratture, la sua incapacità di funzionare come sempre.

Ma cosa c'è dietro le tracce visibili, quali lividi, quali fratture dell'animo precedono quelle del corpo senza poter essere né ascoltate né raccontate?

La violenza psicologica precede sempre la violenza fisica tanto da diventare spesso il miglior analgesico per le ferite del corpo. Quei messaggi sul telefonino che lentamente le donne iniziano a decodificare in maniera diversa, quelle sensazioni di essere amata, desiderata, cercata che pian piano lasciano il posto alla sensazione di essere controllata, accusata, braccata, sono spesso tra i primi segnali di una relazione che si trasforma in una trappola.

Troppo spesso è ancora il corpo a parlare, un corpo che con le parole di Chiozza diventa il "palcoscenico" di una sofferenza che trova strade alternative. Disturbi da conversione come malattie dell'apparato digerente piuttosto che cefalee ricorrenti e resistenti agli analgesici; una sempre maggiore difficoltà a resistere a dolori per lo più banali (dolori mestruali, mal di testa, contratture muscolari), sono spesso elementi da non sottovalutare nella diagnosi di violenza.

Le conseguenze indirette sono scatenate dallo stress e mediate dal malfunzionamento del sistema immunitario, e possono colpire qualsiasi organo o funzione.

L'intervento trasversale dello psicologo in ospedale permette di intercettare spesso la violenza di genere in ambiti apparentemente non sospetti, come gli ambulatori per la valutazione dei disturbi del comportamento alimentare o la grande obesità, così come l'oncologia.

La donna che subisce violenza, infatti, smette spesso di prendersi cura di sé, va più raramente dal medico di base, anche per il timore che attraverso alcune domande questo possa insospettirsi o possa comprendere cosa si nasconde dietro il dolore fisico, ha paura di tradirsi o di essere

stimolata a raccontare più di quanto possa o debba.

Il corpo quindi, e con esso la sua stessa personalità, rimane inglobato in una massa grassa che non solo nasconde una femminilità provocante e provocatoria, ma protegge al tempo stesso da incursioni e desideri che appartengono più comunemente agli uomini della sua vita.

L'apparente trascuratezza di donne che per anni non fanno visite ginecologiche e mammografie e giungono all'osservazione dell'oncologo con malattie visibili in stato avanzato può essere la conseguenza di violenze sessuali o psicologiche. Ciò può sensibilizzare il medico a una più attenta valutazione psicologica.

Seppure possiamo considerare crescente la tendenza ad una valutazione globale del paziente oncologico, sia dal punto di vista fisico che psicologico, lo psicologo è consapevole che questa lettura sistemica del paziente appartiene ancora solo in parte al medico e alla sua formazione.

L'esperienza ci dice quindi che è necessaria una maggiore sensibilizzazione anche degli operatori sanitari nel considerare il vissuto e il disagio psichico come parametro fondamentale per una buona diagnosi della persona portatrice di malattia.

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità: "la violenza contro le donne rappresenta un problema di salute enorme... A livello mondiale, si stima che la violenza sia una causa di morte o disabilità per le donne in età riproduttiva altrettanto grave del cancro e una causa di cattiva salute più importante degli effetti degli incidenti stradali e della malaria combinati insieme". La violenza quindi fa male alla salute! Numerosi sono i comportamenti a rischio messi in atto da donne abusate o vittime di violenza fisica e psicologica, tra questi l'eccessivo uso di medicinali cosiddetti "da banco" per i quali non è necessaria la ricetta del medico e che fungono da automedicazione, l'abuso di fumo e ansiolitici o antidepressivi, l'abuso di alcool.

Alcuni di questi comportamenti si confondono purtroppo con un diffuso costume che è quello di

fare ricorso a metodi più veloci nella gestione di disturbi frequenti come ansia e depressione, o il consumo di alcool durante occasioni di convivialità, *happy hour* o discoteche.

L'altra faccia della medaglia è rappresentata dall'isolamento sociale, da un progressivo ritiro dalle relazioni siano esse con gli amici o con i familiari.

Le donne vittime sono spesso stanche per uscire anche solo per un caffè, niente pizza con le amiche perché "... a lui piace che la sera siamo tutti insieme...", niente cinema. Le amiche di sempre vengono pian piano abbandonate o criticate dalla stessa donna che decide di dedicarsi completamente alla famiglia e al compagno. L'isolamento e il distacco emotivo viene operato spesso anche nei confronti della famiglia d'origine adducendo motivazioni e giustificazioni spesso palesemente infondate.

Il trauma psicologico

Sul piano psicologico le conseguenze dirette o indirette di una violenza fisica, psicologica o sessuale possono essere rappresentate da reazioni di ansia acuta, di dissociazione o di numbing (rallentamento e intorpidimento delle reazioni) e nei casi più gravi dalla Sindrome da Stress Post Traumatico (Pstd).

Questa si manifesta in conseguenza di un fattore traumatico estremo, in cui la persona ha vissuto, ha assistito, o si è confrontata con un evento o con eventi che hanno implicato morte, o minaccia di morte, o gravi lesioni, o una minaccia all'integrità fisica propria o di altri, come, ad esempio, aggressioni personali, disastri, guerre e combattimenti, rapimenti, torture, incidenti, malattie gravi (DSM 5). L'insorgenza del Disturbo da Stress Post Traumatico può intervenire anche a distanza di mesi dall'evento traumatico e la sua durata può variare da un mese alla cronicità; per questo si rende necessario trattare immediatamente e profondamente il disturbo.

La violenza, sia essa fisica o psicologica, rappresenta quindi un rischio per la propria vita e per la propria incolumità allo stesso livello di eventi

epocali quali le guerre o le grandi calamità naturali. Non soltanto, la definizione di Stress post-traumatico ci dice che la sindrome può insorgere non soltanto quando la persona è vittima ma anche quando la violenza è vista agire su altri, aprendo così un capitolo ancora più ampio e complesso che è quello della violenza assistita.

Complesso è lo stato emotivo che accompagna la persona vittima di questi eventi ovvero la presenza più o meno costante di immagini e pensieri ricorrenti e legati all'evento, l'alterazione della percezione con la costante sensazione che l'evento sia imminente.

Ampia la sintomatologia, con difficoltà di addormentarsi, frequenti risvegli notturni quali disturbi del ritmo sonno-veglia, ansia cronica o acuta con presenza di crisi d'ansia o attacchi di panico, irritabilità, scoppi di collera o intolleranza generalizzata.

Stati depressivi acuti o cronici accompagnano fasi diverse del percorso in cui la violenza è presente fino alla possibilità di gravi dissociazioni e stati psicotici o pre psicotici.

Non raramente capita che la donna vittima di violenza non riesca ad ottemperare in maniera adeguata ai diversi ruoli: quello di madre, di moglie, di professionista. Tale inadeguatezza aumenta spesso i sensi di colpa gravati da feedback negativi che giungono da più parti.

Si entra in una spirale nella quale la donna tende a sprofondare e dalla quale diventa sempre più difficile uscire.

Si innescano spesso meccanismi a doppio legame nei quali qualunque tentativo di sottrarsi alla punteggiatura comune sembra essere inefficace. La difficoltà di raccontare a parole questa sofferenza rende sempre più importante il corpo e i suoi sintomi come chiave di lettura da parte di medici e psicologi.

Una buona concettualizzazione del trauma non può prescindere da una altrettanto adeguata contestualizzazione dello stesso.

Entrambi i processi sono caratterizzati da elementi numerosi e complessi che appartengono alla

storia personale e ai miti familiari della vittima. Se da un lato conosciamo gli elementi comuni, la pratica clinica oltre che la letteratura ci confermano che ogni storia è assolutamente unica e diversa, quindi la fase di rilevazione e risignificazione dei sintomi è particolarmente importante e delicata. La buona concettualizzazione risulta anche fondamentale per il futuro trattamento della donna e per individuare il giusto percorso da suggerire.

L'intervento psicologico

Da quanto riportato in letteratura e da ricerche scientifiche l'intervento psicologico con le vittime di violenza passa attraverso percorsi diversi e complementari ognuno dei quali è caratterizzato da una sua utilità e specificità.

I diversi approcci, infatti, quello prettamente psicologico e psicoterapeutico (a sua volta caratterizzato da diversi modelli psicoterapeutici) e quello rappresentato dai CAV (Centri Anti Violenza) presenti su tutto il territorio nazionale, infatti, non si escludono ma rappresentano, o dovrebbero rappresentare, un moderno modello di rete sinergica.

Dal punto di vista psicologico e psicoterapeutico, possiamo distinguere due fasi:

- quella della definizione e consapevolezza della violenza subita;
- quella del trattamento psicoterapeutico sui sintomi conseguenti sia nella donna vittima che nei figli.

Non è infatti assolutamente scontato che una donna che subisce violenza sia pronta ad "accettare" questa sua condizione di vittima che la porta inevitabilmente a ridefinire la percezione di sé sia in termini personali che sociali e familiari.

Essere vittima significa confrontarsi con il fantasma della colpevolizzazione e del senso di colpa; quei sensi di colpa che le hanno permesso di "accettare" e tollerare gli stessi abusi, a cui più volte ha dovuto appellarsi per tirare avanti la propria vita e proteggere i suoi figli.

Se la colpevolizzazione, forse alla luce anche di un destino scritto nel ruolo femminile dalla nostra

cultura e dai nostri antenati, risulta particolarmente facile da tollerare, molto meno è tollerabile la consapevolezza di essere persona prima ancora che donna, moglie o madre.

Al tempo stesso il ruolo di vittima di violenza fisica o psicologica pone la donna in una condizione di vittimismo o pietismo e rischia di sottolineare un concetto tanto sbagliato quanto diffuso, di scarse risorse, di fragilità o di banale accettazione dell'uomo violento e dei suoi modelli.

Sempre più spesso nel nostro lavoro in ospedale ci incontriamo con culture e religioni differenti in cui il ruolo della donna non coincide con quello occidentale, questo ci impone di comprendere e di entrare in un mondo che non è il nostro, che più o meno superficialmente ci fa leggere come inaccettabili e intollerabili i modelli che la donna stessa ha invece condiviso e che rappresentano per lei dei paradossali punti fermi della propria esistenza.

L'interculturalità e il tentativo di integrazione chiedono agli psicologi oggi di calarsi sempre di più in dimensioni sconosciute che in passato erano forse rappresentate solo dalla giungla di un disagio psichico mentre oggi appartengono ad una realtà tanto vera quanto surreale.

È con tutto ciò che lo psicologo fa i conti nel momento in cui si avvicina a questo tipo di sofferenza psicologica, dove gli ostacoli maggiori sono spesso insiti nella vittima stessa, nei suoi valori, nei principi su cui ha basato la sua esistenza ed ha educato i suoi figli e che sono al tempo stesso le sue ferite e le sue difese.

Il Disturbo da Stress Post Traumatico può essere affrontato clinicamente in più modi, poiché rientra nella categoria generale dei Disturbi d'Ansia per i quali la psicoterapia cognitivo comportamentale ha sviluppato molteplici mezzi ampiamente efficaci. Allo stesso modo i vari disturbi ad esso correlati o comunque associati a violenza vedono questo approccio come particolarmente efficace anche se non unico.

Scopo della terapia cognitivo-comportamentale è aiutare il soggetto ad identificare e controllare i pensieri e le convinzioni negative, identificando gli

errori logici contenuti nelle convinzioni e le alternative di pensiero e di comportamento più funzionali e vantaggiose in relazione all'evento traumatico vissuto.

Come descritto in alcune review l'approccio psicoterapeutico risulta l'intervento di elezione e quello cognitivo comportamentale rimane uno dei più efficaci.

In alcune situazioni però è stato dimostrato che la sola psicoterapia non è sufficiente.

La presenza, infatti, di altri fattori di rischio, quali il basso reddito e la posizione sociale svantaggiata, depongono a favore di un intervento integrato che preveda un supporto sociale da parte di associazioni di volontariato che possano fornire anche un supporto morale e legale.

Quanto detto conferma la necessità di un intervento intersistemico sia psicologico che sociale.

Sempre in letteratura, studi di autorevoli colleghi italiani confermano anche la necessità di intervenire in maniera precoce nell'infanzia poiché lo spettro sintomatologico tende ad aggravarsi con lo sviluppo fino alla fase adulta.

È altresì importante che tutti coloro che sono a contatto con bambini (educatori, insegnanti, pediatri) usufruiscano di buone chiavi di lettura per interpretare il disagio nell'infanzia. Disagio che può essere riconducibile anche ad episodi di violenza sia subita che assistita.

In particolare, dietro a sintomatologie depressive, disturbi della condotta, rifiuto o abbandono scolastico, così come il frequente ricorso al pediatra possono celarsi disagi importanti e di altra natura quali ad esempio abusi come l'incuria o ipercura.

Davanti al problema della violenza bisognerebbe, per citare le parole di Luigi Cancrini, "soprattutto prevenire mettendo in primo piano la necessità di curare le infanzie infelici se vogliamo evitare che questa continui a dilagare nel mondo intorno a noi."

Di particolare efficacia nel trattamento dei traumi quali la violenza di genere o la Sindrome da Stress Post-Traumatico è il metodo EMDR (Eye Move-

ment desensitisation and reprocessing) da tempo utilizzato nella psicologia dell'emergenza.

La desensibilizzazione e rielaborazione attraverso i movimenti oculari è una nuova tecnica messa a punto da F. Shapiro nel 1989; si basa sulla scoperta che alcuni stimoli esterni possono essere particolarmente efficaci per superare un grave trauma. In particolare, l'esecuzione di alcuni movimenti oculari da parte del paziente durante la rievocazione dell'evento permette di riprendere o di accelerare l'elaborazione delle informazioni legate al trauma.

Numerose sono le ricerche a conferma dell'efficacia del metodo EMDR nella ristrutturazione dei traumi anche a distanza di molti anni dall'evento e la possibilità di ridefinire in termini più rapidi rispetto ad altri modelli.

Conclusioni

Questo articolo è la sintesi dell'esperienza ormai pluriennale dell'intervento psicologico ospedaliero nei casi di violenza di genere.

Vuole rappresentare sostanzialmente una riflessione su quelli che sono gli elementi più significativi sia della rilevazione di un fenomeno ancora molto sommerso e pericoloso quale è la violenza sulle donne sia del trattamento più utile ed efficace per le vittime.

L'intervento psicologico in ospedale non è una "medicalizzazione" della violenza, né della donna o dei suoi figli. Rappresenta una fase fondamentale nella rilevazione del fenomeno e nella possibilità che la donna si renda disponibile a comprendere la sua condizione e a lavorare sulle conseguenze non soltanto fisiche.

La presenza di traumi fisici infatti rappresenta solo la parte visibile di un fenomeno che parte da molto più lontano e che ha già causato ferite interne molto più profonde.

La mia formazione di psicoterapeuta sistemica mi insegna che queste ferite non appartengono solo alla donna ma sono parte integrante della sua storia e di quella dei suoi figli.

Storia che verrà tramandata alle generazioni

successive e che rappresenterà miti e dimensioni strutturali per il ciclo vitale di tanti individui e tante famiglie.

Apprezzo per questo particolarmente i contesti sanitari che possono giovare di psicoterapeuti sistemico-familiari nel trattamento dei disturbi legati al trauma della violenza e che possono rappresentare un prezioso strumento non solo di psicoterapia ma anche di prevenzione.

Possiamo sicuramente affermare che la violenza di genere produce disturbi psicofisici invalidanti nel «qui ed ora» e nel futuro.

Possiamo dire che, se anche una lettura circolare (strumento imprescindibile della psicoterapia sistemico-relazionale) delle dinamiche relazionali nella violenza richiama ad un concetto di conflitto e non di violenza appunto, e quindi non sempre si può applicare, l'analisi di tali dinamiche resta efficace ed imprescindibile nel tentativo di rimettere in moto un nuovo nucleo familiare dopo la violenza.

Ci sono comunque interventi rivelatisi utili ed efficaci che vanno usati in questo ambito e che devono spesso essere supportati da una buona rete sociale e dalla presenza dei Centri Anti Violenza, che sono una grande risorsa per tutte coloro che non hanno una rete di supporto adeguata, che possono rappresentare un "posto al sicuro" per donne e bambini.

Bibliografia

American Psychiatric Association, (2014), *DSM-5 Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, Raffaello Cortina Editore, Milano.

Chiozza L. (1988), *Perché ci ammaliano*, Borla, Roma.

Di Giacomo E., Alamia A., Cicolari F., Cimolai V., Clerici M. (2013), Child sexual abuse: an irremediable hurt?, *Riv Psichiatr*, 48, 4, pp. 273-284.

Di Giacomo E., Alamia A., Cicolari F., Cimolai V., Clerici M. (2014), Sexual abuse in adulthood: when psychic and somatic suffering merge, *Riv Psichiatr*, 49, 4, pp. 172-179.

Galante R. (2012), *Perché non lo lascio*, Antigone Editore, Torino.

Lazzari D. (2007), *Mente e salute*, Franco Angeli, Roma.

Schmidt I.D. (2014), Addressing PTSD in low-income victims of intimate partner violence: moving toward a comprehensive intervention, *Soc Work*, 59, 3, pp. 253-260.

Intervista allo psichiatra Luigi Cancrini "Violenti si diventa (ma non sempre è un male)"

http://www.rainews.it/dl/rainews/articoli/Violenti-ci-si-diventa-ma-non-sempre-e-un-male-0b6f8e0d-7243-4202-acc9-9b74eec5139c.html?refresh_ce

08.

INTERVENTI PSICOLOGICI EFFICACI IN CONTESTI DI EMERGENZA

L'attività dello psicologo all'interno delle associazioni di volontariato

Daniele Diotallevi

Psicologo, membro della S.S.E.P. della Croce Rossa Italiana

Mara Eleuteri

Psicologa-psicoterapeuta, membro della S.S.E.P. della Croce Rossa Italiana



1. Premessa

La psicologia delle emergenze in Italia si è posta solo negli ultimi anni all'attenzione della Protezione Civile e delle diverse organizzazioni di volontariato. Solo di recente infatti le problematiche psicologiche legate agli interventi nei disastri di ampia portata sono diventate una parte integrante dei soccorsi.

Prestare il proprio lavoro in una maxi emergenza necessita innanzitutto di una formazione specifica e di ampie conoscenze rispetto all'organizzazione degli aiuti in caso di disastro. Il contributo dello

psicologo in questo ambito può essere molto vasto e va dal soccorso psicologico alle vittime, alla formazione e al sostegno degli operatori coinvolti nella macchina dei soccorsi.

L'assistenza psicologica nelle calamità e nei disastri è ormai un elemento stabile nell'organizzazione dei soccorsi. Nel tempo è stata sperimentata la funzione positiva per i sopravvissuti, quella di sostegno per i soccorritori e quella di collaborazione per un miglior funzionamento della macchina organizzativa (Young et al., 2002).

Ogni emergenza è caratterizzata da notevole complessità, per cui non è possibile applicare rigide linee guida di intervento valide per tutti i contesti; ciò è dovuto ad una serie di variabili sociali e alle caratteristiche proprie del territorio colpito.

Negli ultimi anni l'Italia ha dovuto far fronte a due diverse maxi emergenze: il sisma che ha colpito L'Aquila nel 2009 e quello dell'Emilia nel 2012.

Questo lavoro mette in evidenza le esperienze svolte nei due contesti analizzando alcune tecniche d'intervento e le metodologie usate.

Verrà preso come punto di partenza l'utilizzo del *triage* psicologico presso un campo di accoglienza de L'Aquila durante il sisma in Abruzzo del 2009, nella seconda parte verrà discusso l'intervento degli psicologi delle Squadre di Soccorso per l'Emergenza Psicosociale della Croce Rossa Italiana, durante l'emergenza del sisma in Emilia del 2012.

2. Il triage psicologico

La metodologia di rilevazione *triage* è uno dei criteri di intervento psicosociale da attuare in situazione di emergenza promosso dal dipartimento della

Protezione Civile e dal Servizio Rischio Sanitario e Ambientale (Protezione Civile, 2009).

Durante l'emergenza in Abruzzo successiva al sisma del 6 Aprile 2009 si è proceduto, fra le varie attività, anche alla valutazione degli effetti psicologici conseguenti al trauma.

L'intervento è stato svolto dagli psicologi della P.A.-A.P.E. Onlus (Pubblica Assistenza-Associazione Psicotraumatologia dell'Emergenza) mediante il metodo di rilevazione *triage* psicologico, che consiste nella compilazione di una scheda di valutazione effettuata tramite colloqui con la popolazione coinvolta.

2.1 Sisma Abruzzo 2009

Lo studio ha interessato 277 soggetti di cui 163 donne (58,8%) e 114 uomini (41,2%).

	N	%
Uomini	114	41,2
Donne	163	58,8
Totale	277	100

L'utilizzo dello strumento *triage* psicologico ha permesso una prima valutazione delle reazioni correlate all'evento catastrofico con l'insorgenza di vari disagi psicologici quali ansia e depressione; in particolare sono stati osservati e assistiti 42 soggetti con ansia lieve (15,2%) e 9 soggetti con gravi sintomi di ansia (3,2%). È stata rilevata una reazione depressiva lieve in 21 soggetti (7,6%), mentre hanno manifestato una più ampia gravità dello stesso sintomo 4 soggetti (1,4%).

Tale valutazione ha consentito una stima della condizione clinica del soggetto in termini di gravità, con conseguente definizione delle modalità per eventuali invii dei pazienti presso le strutture sanitarie locali.

ANSIA	FREQ.	%
LIEVE	42	15,2%
GRAVE	9	3,2%
DEPRESSIONE	FREQ.	%
LIEVE	21	7,6%
GRAVE	4	1,4%

Tale strumento non si è limitato soltanto ad una prima definizione del disagio psicologico, ma sono state anche valutate quelle risorse che, in situazione di emergenza, possono rappresentare una possibilità per il singolo di reagire positivamente all'evento catastrofico (resilienza), nonché le capacità di coping rilevate chiaramente in 248 soggetti (89,5%).

RISORSE	FREQ.	%
SCARSECAPACITÀ DICOP YING	29	10,5%
RISORSEINDIVIDUALI	227	81,9%
RISORSECOLLETTIVE	218	78,7%

Si è evidenziata una buona utilità nell'uso del *triage* psicologico come strumento operativo e funzionale per la gestione di situazioni d'emergenza. In particolare, tale metodo, ha offerto delle buone possibilità di monitoraggio delle conseguenze psicologiche correlate all'evento catastrofico con una prima valutazione conoscitiva del disagio che può interessare la sfera emotiva, cognitiva e comportamentale. Parallelamente all'utilizzo del *triage* psicologico, per l'intera durata dell'emergenza, gli psicologi coinvolti hanno effettuato colloqui individuali e familiari con la popolazione presente nei vari campi.

3. Sisma Emilia 2012

Nell'emergenza del sisma in Emilia del 2012 l'attività delle Squadre di Supporto per l'Emergenza Psicosociale della Croce Rossa Italiana (C.R.I.) si è svolta su più livelli.

Primariamente è stata posta particolare attenzione alla popolazione coinvolta dopo una prima fase di censimento volta alla rilevazione del disagio e all'analisi dei bisogni.

Sono stati svolti colloqui individuali, familiari e di coppia su richiesta dei singoli o su segnalazione

specifica degli operatori addetti alla gestione dei campi.

Per quel che concerne il lavoro svolto dalla C.R.I., rispetto all'intervento effettuato durante l'emergenza del sisma in Abruzzo, in Emilia sono stati effettuati *debriefing* psicologici rivolti ai dipendenti comunali su espressa richiesta delle amministrazioni stesse.

Lo stesso strumento del *debriefing*, affiancato al defusing, è stato utilizzato anche nella gestione dello stress dei volontari impegnati nell'emergenza.

Il *Critical Incident Stress Debriefing o Debriefing Psicologico* (Mitchell, 1983) si basa su un modello largamente diffuso come strategia sistematica e strutturata di gestione dello stress e supporto agli operatori di contesti emergenziali. Si tratta di una metodologia attiva di gruppo che si colloca all'interno di un più ampio programma di prevenzione e assistenza a fronte di un evento critico (*Critical Incident Stress Management*).

Il *debriefing* psicologico è un protocollo d'intervento che prevede incontri di gruppo strutturati della durata di 60-180 minuti, a seguito di un evento potenzialmente traumatico (da 1 a 10 giorni post-evento), altresì può rivelarsi un valido strumento di condivisione e "decompressione emotiva" durante la normale prassi lavorativa e nella gestione della quotidianità professionale. La premessa fondamentale per l'efficacia del metodo è data dalla possibilità che i partecipanti (10-15 pp.) hanno di comprendere e gestire in gruppo le emozioni emergenti, modulandone l'intensità e riducendo in modo significativo la tensione accumulata, nonché identificare e promuovere strategie di adattamento del singolo e del gruppo che, mediante la condivisione e il confronto in uno spazio rassicurante, facilita un importante slancio verso la normalizzazione e l'elaborazione dei vissuti individuali e collettivi (Dyregrov, 1997).

Per l'efficacia di tale metodologia, la C.R.I. impiega il *debriefing* psicologico come ormai consolidata prassi nella prevenzione del rischio stress e burnout, non soltanto nelle situazioni di emergenza ma, soprattutto, nella quotidianità del lavoro svolto dai

volontari e da tutto il personale impegnato nelle attività dell'Associazione.

Bibliografia:

Protezione Civile, (2009), *Criteri di massima sugli interventi psicosociali nelle catastrofi*, www.protezionecivile.gov.it

Dyregrov A. (1997), *The process of psychological debriefings*, *Journal of Traumatic Stress*, 10, pp. 90-95.

Mitchell J.T. (1983), *When Disaster Strikes: The critical incident stress debriefing*, *Journal of Medical Emergency Services*, 8, pp. 36-39.

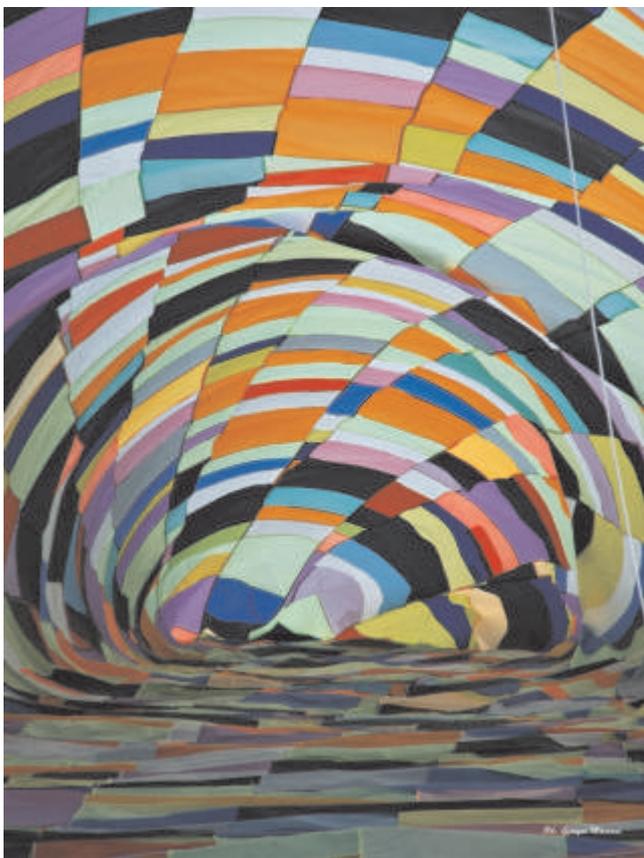
Young B.H., Ford J.D., Ruzec J.I., Friedman M.J., Gusman F.D. (2002), *L'assistenza psicologica nelle emergenze*, Erickson, Trento.

09.

LETTURA DELLA DOMANDA E MULTIDISCIPLINARIETÀ IN UN SERVIZIO DI NEUROPSICOLOGIA DELL'ETÀ EVOLUTIVA

Michele Margheriti

Neuropsicologo, Direttore del Centro Sabbadini, Presidente nazionale AIDAI



Fino a quindici anni fa parlare di neuropsicologia in generale e di neuropsicologia dell'età evolutiva in particolare era nel nostro Paese decisamente insolito tra la comunità degli psicologi. Quelli che se ne occupavano erano considerati una specie di setta e guardati con meraviglia, se non con sospetto, come biechi organicisti.

Il primo manuale che tratta in maniera organica ed esaustiva delle principali problematiche neuropsicologiche nei bambini è del 1995 (Sabbadini, 1995) e la sua uscita fu quasi un evento, salutato come

una novità, atteso come una manna nella sparuta comunità degli addetti ai lavori. I centri clinici che si occupavano di Dislessia, ADHD o Disprassia in maniera approfondita e che promuovevano ricerche in questo settore erano pochissimi; di fatto scontavamo un ritardo enorme in questo campo rispetto agli altri Paesi europei, per non parlare degli Stati Uniti.

Oggi la situazione è cambiata radicalmente e lo sviluppo al quale abbiamo assistito in questo settore può essere considerato straordinario e per alcuni versi unico. Di fatto non esistono centri diagnostici che si occupano di problematiche dell'età evolutiva che non affrontino le problematiche neuropsicologiche.

Le ricerche in questo settore si sono moltiplicate in maniera esponenziale, siano esse condotte da grandi strutture universitarie o da periferiche Aziende sanitarie che lavorano sul campo. Si organizzano congressi, seminari, corsi di formazione a diversi livelli in grande quantità. Abbiamo recuperato in pochi anni un gap che sembrava incolmabile. Anche a livello di politica sanitaria e scolastica c'è stato un cambiamento importante, che ha preso atto dell'esistenza degli specifici bisogni dei minori che presentano disabilità neuropsicologiche.

C'è però uno scotto che oggi stiamo pagando, forse per il breve tempo in cui questi cambiamenti sono avvenuti. Per prima cosa c'è un aspetto che non sarà oggetto centrale di questo discorso e che perciò è il caso di accennare subito per non tornarci. Sotto la spinta degli operatori del settore e delle Associazioni delle famiglie, si sono varate leggi,

regolamenti, linee guida per le principali patologie neuropsicologiche, costruendo in breve tempo un'impalcatura burocratico-amministrativa poderosa e per alcuni versi maniacale, che rischia di “ingessare” e “forzare” l'azione del clinico, di spingerlo affrettatamente a dare risposte codificate e definitive, perdendo di vista gli aspetti principali di cui dovrebbe occuparsi: “la presa in carico” e “la cura”.

Proprio quello della “presa in carico” è l'argomento che vorrei approfondire, cercando di esplicitare le insidie che questa insolita situazione indicata sopra ci costringe ad affrontare. Parto da una considerazione generale, su cui tutti coloro che si occupano di disabilità neuropsicologiche concordano largamente. Essa riguarda un'evidenza clinica, credo indiscutibile, che potrebbe essere enunciata come segue: il disturbo neuropsicologico “puro” è un mito di linearità che non ci aiuta a leggere il reale. Sembra quasi scontato, ma sono le conseguenze a livello di pratica clinica che mi interessa affrontare e, guardando la piega che le cose stanno prendendo, tanto scontato non è.

Se prendiamo ad esempio tre grandi categorie nosografiche, Spettro Autistico, ADHD e Disturbi Specifici di Apprendimento, vediamo che ci sono margini di sovrapposizione nel modo in cui queste situazioni si manifestano e ciò dipende dai processi neuropsicologici sottostanti. Oggi sappiamo con certezza che le anomalie che colpiscono alcune architetture funzionali (pensiamo al Sistema Esecutivo-Attentivo) sono comuni a questi disturbi (Benso, 2010). Conseguentemente, continuando con l'esempio, mi devo aspettare che un bambino con un Disturbo Specifico di Apprendimento avrà con molta probabilità anche una difficoltà di attenzione (è impreciso usare un termine tanto generico, ma per la nostra discussione va bene) e che se questa non balza agli occhi perché te la “raccontano” i genitori o le insegnanti, la devo comunque andare a cercare.

Il mito del disturbo “puro”, con caratteristiche ben distinte e nette, è un pensiero nefasto se non si tengono ben distinti i livelli che caratterizzano una

diagnosi nosografica ed una diagnosi orientata ad una presa in carico. Una diagnosi nosografica deve affidarsi a procedure codificate, che si muovono su modelli di realtà, che delineano con chiarezza i confini, per quanto possibile. Qui il focus è centrato sul disturbo e questo angolo di visuale è fondamentale per tutta una serie di atti formali che bisogna necessariamente compiere per certificare un bisogno e accedere ad una serie di presidi educativi ed assistenziali a cui un soggetto ha diritto. Altro è parlare di diagnosi orientata alla presa in carico.

Qui non si parla del disturbo, ma di quello specifico e unico individuo. Appiattare questi due livelli l'uno sull'altro è un errore grandissimo e sarebbe come scambiare un mappamondo, per quanto grande e particolareggiato esso potrebbe essere, con la terra vera e propria. Una diagnosi orientata alla presa in carico, e quindi alla costruzione di un progetto di cura, si muove all'interno di un sistema complesso che esplora l'unicità di un individuo e che dovrebbe dare seguito ad un programma altrettanto unico, specifico, tagliato “su misura”. Se non c'è questa attenzione, questo scrupolo, che si fonda nel mantenere ben separati i due livelli di diagnosi che abbiamo visto prima, accade che le pratiche di cura (riabilitative, abilitative, psicoterapiche, ecc.) diventano pre-fabbricate, stereotipate, in cui dominano i vuoti cliché (pensiamo ad esempio agli “strumenti compensativi”) e dove quello specifico soggetto sparisce completamente.

Talvolta i genitori arrivano in consultazione con un'idea ben precisa del problema del figlio. Magari hanno già consultato altri, magari hanno cercato in internet e hanno visto che alcune caratteristiche comportamentali del loro bambino coincidono perfettamente con l'ADHD, e più approfondiscono più trovano descrizioni calzanti e perfettamente adeguate alla propria situazione, tanto che hanno già un'idea precisa sul fatto che il bambino dovrebbe intraprendere una “terapia cognitivo-comportamentale” e loro dovrebbero iniziare un percorso di “Parent Training”.

Nel caso in cui ci si affidi prevalentemente all'in-

dagine dei contesti attraverso questionari diretti ai genitori o alle insegnanti e non si faccia un serio approfondimento sul bambino e sulle relazioni all'interno del contesto familiare, il gioco è fatto: sarà una diagnosi "teleguidata". Spesso il bambino incarna il segnale di una problematica che lo contiene, ma di cui non è il principale artefice. In questi casi è importante prendersi il tempo per capire più a fondo e per accompagnare il bambino e i genitori a collocarsi all'interno di una cornice diversa. Questo può essere faticoso quando le carte sembrano essere già ben disposte sul tavolo e quando alcune etichette diagnostiche sono un ottimo "ombrello", comodo per spiegare allo stesso modo situazioni in realtà molto diverse. Tra gli ombrelli diagnostici in questo momento più in auge menzioniamo ancora il Disturbo Specifico di Apprendimento, l'ADHD, lo Spettro Autistico e aggiungiamo il Ritardo Mentale.

Quello della neuropsicologia è un terreno fortemente multidisciplinare ed è proprio questa sua natura che può essere un prezioso antidoto alle scorciatoie che non portano ad una reale presa in carico del problema, come abbiamo visto finora. Se si lavora soli si è portati a trovare conferma alle ipotesi di partenza che si erano formulate e allora i rischi aumentano. Se si lavora all'interno di una équipe multidisciplinare allora ci sono più possibilità che una specifica problematica venga esaminata secondo diversi punti di vista. Ancora meglio se si adotta questa visione allargata fin dalle fasi iniziali del percorso diagnostico, fin dalla lettura delle informazioni iniziali che si raccolgono dopo un primo colloquio esplorativo con i genitori. Questo sguardo inizialmente allargato, con una lettura a più voci, consente una scelta degli strumenti diagnostici già da subito più mirata e orientata al caso specifico e prepara il terreno ad una eventuale ri-lettura del bisogno, facilitando un posizionamento diverso rispetto a quello iniziale. In sostanza vogliamo dire che sembra preferibile "costruire" il percorso diagnostico sulla base di una lettura approfondita e multidisciplinare del bisogno, piuttosto che sull'utilizzo di pacchetti

testistici precostituiti (Fiaccadori et al., 1994).

Abbiamo solo iniziato ad esplorare alcune problematiche che ruotano attorno alla presa in carico terapeutica di minori con disturbi neuropsicologici, giungendo a considerare come la lettura iniziale del problema costituisca un passaggio delicato e cruciale, che andrebbe affrontato in un'ottica sistemica e multidisciplinare. L'immagine che segue può aiutarci a fissare i concetti che abbiamo cercato di esprimere. Essa ci ricorda che non bisogna temere la sospensione del giudizio quando le variabili in gioco sono complesse e variamente intrecciate, considerando che restituire una nuova cornice, una ri-lettura del bisogno, rappresenta di per sé un atto di cura.



Bibliografia

Benso F. (2010), *Sistema attentivo-esecutivo e lettura*, Il leone verde, Torino.

Fiaccadori G., Margheriti M., Pierini A., Ragni C., Toccaceli D. (1994), La riabilitazione in età evolutiva: riflessioni da un'esperienza di collaborazione interdisciplinare, *Quaderni di Psicoterapia Infantile*, 29, pp. 207-220.

Sabbadini G. (a cura di) (1995), *Manuale di neuropsicologia dell'età evolutiva*, Zanichelli, Bologna.

10.

EMOZIONARE CON LE FIABE

Raffaella Gentile

Insegnante di scuola primaria – psicologa dell'età evolutiva

**Premessa**

Nel corso dell'anno scolastico 2010/2011, presso la Scuola Primaria A. Fabretti, è stato realizzato dall'autrice il progetto "Emozionare con le fiabe".

La classe 2ªA, composta da ventiquattro alunni di età compresa tra i sette e gli otto anni è stata scelta da Graziella Novembri, Dirigente del 5° Circolo Didattico "Borgo XX Giugno" di Perugia.

La proposta di un progetto che riguardasse in modo specifico l'educazione emotiva ed affettiva è stata dettata sia dalla necessità di dare risposte ai comportamenti degli alunni, caratterizzati dall'incapacità di gestire emotivamente dinamiche relazionali e bisogni personali, sia dalla richiesta

delle docenti di accrescere le proprie competenze, nel saper integrare dimensione emotiva e dimensione cognitiva per la buona riuscita nell'apprendimento.

All'inizio del percorso le insegnanti hanno riferito per alcuni alunni comportamenti d'inibizione di fronte ai fallimenti, che comportavano la necessità di una maggiore attenzione e rassicurazione da parte degli adulti. Altri alunni invece manifestavano aggressività e impulsività per gli adempimenti alle norme della classe.

Le necessità espresse si sono integrate perfettamente con la cornice teorica: emozioni e apprendimento sono in stretto rapporto e si influenzano a vicenda (Fiorilli, Albanese, 2012).

Nel complesso rapporto fra sentimenti e pensiero, la facoltà emozionale guida le nostre decisioni momento per momento, in stretta collaborazione con la mente razionale (Goleman, 2007).

Il progetto

L'acquisizione di una buona competenza emotiva risulta fondamentale non solo per la crescita individuale del bambino ma anche per migliorare le sue abilità sociali, cioè per sviluppare la capacità di creare rapporti soddisfacenti e produttivi. La capacità di accogliere e gestire le proprie emozioni è fondamentale per riuscire a capire meglio gli altri e quindi a rapportarsi in modo positivo (Arlati, 2010).

Si è pensato quindi di utilizzare le fiabe, ottimo contenitore per tutte le emozioni che l'esperienza del mondo suscita: insegnano ad attraversare l'esperienza emozionale senza perdersi, insegna-

no a dar nomi e forme al mondo interiore (De Leonibus, 2009).

Le fiabe proposte agli alunni, riprese dal libro "Emozioni in fiaba" di Veronica Arlati Psicologa Psicoterapeuta, trattano quei temi che per un bambino possono risultare di difficile comprensione ed elaborazione: la paura, la tristezza, la rabbia, l'accettazione del diverso, l'ansia da prestazione, l'inserimento scolastico.

Attività

A partire da ciascuna fiaba si è costruito un percorso metodologico costante caratterizzato da fasi di lavoro impostate secondo una sequenza di unità operative:

- presentazione e lettura della fiaba: "Lo gnomo Sam", "Lillo Millo e la scuola", "Le avventure del topo Gigio";
- discussione e condivisione dell'esperienza, coordinata dalla conduttrice del gruppo attraverso domande orali;
- registrazione scritta, grafica e collage degli interventi nel quaderno operativo dei bambini, per valorizzare e fissare i contenuti;
- personificazione del personaggio della fiaba scelto dall'alunno;
- invenzione di un nuovo finale per la fiaba



Le attività sono state svolte seguendo le dinamiche del focus-group, in modo da permettere a ciascun alunno di parlare, discutere e confrontarsi personalmente in modo interattivo nei confronti di temi a cui tenevano.

Il breve percorso ha avuto come obiettivi la consapevolezza di poter capire e gestire le proprie

emozioni, migliorare la comunicazione rispetto a ciò che si prova piuttosto che agire in modo aggressivo, credere in se stessi e sapere che si può far fronte agli imprevisti trasformando parti del proprio sé, come i protagonisti, ma anche accettare di non essere perfetti e la possibilità di fallire.

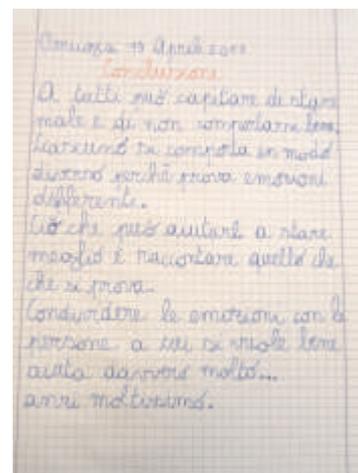
Il progetto ha previsto incontri con cadenza bisettimanale, per la durata di due mesi. Ogni incontro ha avuto la durata di due ore circa.

Conclusioni

Il percorso ha dato la possibilità agli alunni di ascoltarsi, ascoltare gli altri ed esprimersi con un linguaggio nuovo e declinare successivamente questa capacità negli agiti, promuovendo un clima di gruppo dove ciascuno potesse sentirsi libero e non giudicato.

Il materiale prodotto dagli alunni ha messo in evidenza caratteristiche di sensibilità, stimolando riflessioni e approfondimenti utili anche alle insegnanti e favorendo la conoscenza dei bambini sotto l'aspetto psicoaffettivo.

La breve ma intensa durata del progetto ha alimentato l'auspicio di nuove proposte in ambito scolastico.



Bibliografia

- Arlati V. (2010), *Emozioni in fiaba. Aiutare i bambini ad accogliere e gestire la propria sfera emotiva*, Red Edizioni, Milano.
- De Leonibus R. (2009), *Dire, fare, fiabare*, *Amica Sofia*, 2/2009, pp. 45-46.
- Fiorilli C., Albanese O. (2012), *Le emozioni a scuola. Riconoscerle, comprenderle e intervenire efficacemente*, Edizioni Centro Studi Erickson, Trento.
- Goleman D. (2007), *Intelligenza emotiva. Che cos'è e perché può renderci felici*, BUR, Milano.

11.

CULTURA PROFESSIONALE E IDENTITÀ DELLO PSICOLOGO

Mariano Pizzo

Psicologo-psicoterapeuta - Coordinatore della Commissione Deontologica e della Colleganza dell'Ordine degli Psicologi dell'Umbria



Com'è noto, viviamo in un contesto sociale in rapida evoluzione, caratterizzato principalmente da nuovi miti, come il consumismo e l'individualismo, dalla caduta di valori e dalla crisi delle principali istituzioni, come la famiglia, la scuola e la fede religiosa. Questa situazione comporta un disagio sociale e l'emergere di nuovi bisogni individuali e collettivi; emergono anche nuove figure professionali del benessere, come counselor, coach, tutor e mediatore familiare, che tendono a intercettare alcuni di questi bisogni. Ho l'impressione che da parte nostra ci sia una reazione debole e molto frammentata rispetto a questa nuova situazione del mercato del lavoro, forse perché ancora molto legati all'ottica di considerare l'intervento psicologico confinato principalmente nella cura, simile a quello medico. Tutto ciò comporta continuamente una "invasione di campo" di queste professioni sulla nostra, attraverso un marketing spesso ingannevole per il cliente, nel

quale si promettono in tempi brevi risultati efficaci nella risoluzione di problemi individuali e collettivi molte volte complessi, offrendo strumenti e soluzioni per lo più di nostra pertinenza oppure non scientificamente validi.

Al fine di proporre sul mercato una figura professionale più solida, flessibile e competitiva è necessario, a mio avviso, consolidare la nostra identità attraverso lo sviluppo di una cultura forte e condivisa, altrimenti ci sentiremo sempre attaccati e frustrati rispetto alle nostre capacità di risposta, con danni non solo per la nostra professione ma per l'intera comunità.

La psicologia si può definire anche come scienza della relazione (all'interno dell'individuo, della famiglia, della scuola, delle organizzazioni e della comunità), intesa come il rapporto dell'individuo con se stesso, come il legame che si crea fra due o più persone o fra l'individuo/i e un contesto in cui pensieri, sentimenti, comportamenti e ambiente si influenzano reciprocamente. In tal senso essa si occupa della cura dell'individuo o di un gruppo, come la psicoterapia individuale o sistemico-familiare, oppure tende a promuovere lo sviluppo dell'individuo o di un contesto, come può essere nella formazione psicologica o nella psicologia di comunità. Da un lato, dunque, come correzione di un danno, dall'altro come azione volta a promuovere lo sviluppo.

Si tratta di due modalità d'intervento professionali molto diverse, fondate su ruoli e rapporti con il committente orientate diversamente e con metodi, strumenti e obiettivi distinti. Da questo punto di vista sappiamo, dunque, che esistono

diversi campi d'intervento e applicazione della scienza psicologica, come la psicologia applicata all'educazione (es. scolastica, stradale, ecc.), la psicoterapia, la psicologia dello sviluppo delle risorse umane, la psicologia militare, la psicologia di comunità, la psicologia dello sport, la psicologia della salute, la psicologia delle emergenze e quella applicata ai fenomeni di emarginazione e integrazione sociale (es. minoranze etniche, profughi, handicap, ecc.), solo per citarne alcune. In tutti questi settori d'intervento siamo in grado di offrire un servizio professionalmente valido utilizzando strumenti propri della nostra scienza, attraverso un'analisi attenta della domanda.

È proprio attorno alla definizione della psicologia come scienza della relazione che è possibile, a mio avviso, costruire una nostra identità professionale forte e assertiva con lo sviluppo di una cultura professionale che ci accomuni, frutto dello sforzo di superare l'ottica restrittiva delle sottoculture (es. psicodinamica, cognitivo-comportamentale, psicologico esistenziale), dei differenti approcci epistemologici e metodologici dei diversi orientamenti, una definizione che rappresenti una comune visione dell'individuo, della mente e della relazione. Attorno a tale definizione è possibile trovare il terreno comune per creare un linguaggio condiviso, valori, comportamenti etici e strumenti da condividere, disponibilità a confrontarsi e collaborare per il benessere proprio e del cliente, allontanandoci in tal modo da un isolazionismo o individualismo spesse volte dettato dall'insicurezza.

Metaforicamente è arrivato il momento di intervenire con maggiore presenza e assertività nei salotti e nei dibattiti mediatici, di intercettare i bisogni di una società in evoluzione, cercare di dare risposte certe, trovando la motivazione e il coraggio di intervenire con competenza proponendo quelle "leggi metodologiche" sul funzionamento della realtà individuale e sociale che fanno parte della nostra breve storia, scoperte con grande fatica, passione e amore dai nostri padri fondatori (es. stili di attaccamento e sviluppo psichico, assiomi

della comunicazione, meccanismo di autoregolazione individuale, ecc.). È necessario, dunque, essere motivati e convinti del bisogno di confrontarci su obiettivi, modalità e tecniche condivisibili per proporci sul mercato con strategie metodologiche in grado di conquistare credibilità e consenso nel committente.

È arrivato, dunque, il momento di integrare le varie micro culture di cui è composta la scienza psicologica e ricercare una nuova cultura, figlia della loro integrazione, dove per essa s'intende "quel complesso unitario di credenze, di regole esplicite e implicite, di modelli di comportamento, funzionali alla sopravvivenza e al miglior inserimento dell'organizzazione nell'ambiente; all'insieme dei valori e dei significati condivisi, che si pongono anche come matrici di identificazioni collettive" (Avallone, Farnese, 2005), in cui si prendono in considerazione, fra l'altro, l'ambito e i limiti dell'autonomia individuale riconosciuta ai professionisti, i comportamenti usati, il linguaggio, i rituali, le norme, i valori dominanti, la tolleranza del conflitto, la sensazione e l'atmosfera che i professionisti comunicano fra loro e nella relazione con il cliente.

Si possono distinguere tre livelli di analisi culturale:

- gli artefatti, che rappresentano la parte più tangibile e osservabile da un cliente (es. comportamento delle persone, il loro linguaggio, ecc.);
- i valori dichiarati, intesi come l'insieme di opinioni condivise rispetto ciò che è giusto, buono e apprezzabile nella vita e da cui discendono le intenzioni dell'azione umana;
- gli assunti di base, assunti invisibili, inconsapevoli che orientano il comportamento e da cui discendono i valori e gli artefatti. Essi riguardano il rapporto con la realtà, la concezione della natura dell'uomo, dei rapporti interpersonali e dell'attività lavorativa.

L'obiettivo principale di tale integrazione è di facilitare l'unione fra di noi, trasmettendo un sentimento forte di identità e appartenenza, anche rispetto a una causa comune.

Prendendo come spunto il modello psicosociale proposto da Bellotto e Trentini (1989) sui prototipi culturali, in cui s'individuano diversi tipi di culture organizzative, è auspicabile lo sviluppo della nostra cultura da una posizione permissivo – individualista a una più matura di tipo familistico – materna. Nella prima posizione si configura uno psicologo che difficilmente si mette in gioco, raramente si confronta con altri colleghi o che ricerca consenso attorno a temi o concetti d'interesse comune, rimanendo in una posizione difensiva o addirittura ricercando una situazione di potere all'interno della relazione, e che riconosce prevalentemente le conoscenze e le competenze proposte dalla propria “scuola” di formazione. Ciò comporta quell'assenza di dialogo e di solidarietà fra colleghi che rende la nostra categoria professionale insicura nei confronti di se stessa e del committente (Rizzi, 2010).

La seconda posizione, invece, caratterizza lo psicologo disposto a fare gruppo, a collaborare con i colleghi, predisposto al rispetto reciproco e alla fedeltà, che sa riconoscersi all'interno di un'identità professionale e che ricerca il consenso e una visione comune rispetto all'intervento sul cliente.

Promuovere questo cambiamento non è facile e comporta una forte motivazione, grande impegno, al di là delle ottiche restrittive e miopi di appartenenza e degli interessi di parte, e una strategia comune che comprende tutti i livelli (Ordine professionale, Università, Associazioni di categoria, Scuole di specializzazione, singoli colleghi, ecc.).

In tal senso bisogna considerare il mutamento circolare delle tre componenti culturali (artefatti, valori e assunti di base), attraverso un intervento sugli eventi organizzativi che tendono a trasmettere e rinforzare queste componenti, cioè: le cerimonie, in cui si celebrano i miti e i simboli della propria cultura professionale; le storie, cioè gli eventi esemplificativi di valori culturali, la storia dei padri fondatori e lo sviluppo dell'organizzazione.

Il nostro Ordine professionale si è interrogato su

questo tema dell'identità professionale ed è consapevole che il cambiamento auspicato non è semplice ma nemmeno impossibile.

In un precedente articolo ho già posto l'attenzione sul Codice Deontologico come strumento di riferimento per identificare i valori comuni e valorizzare il corretto rapporto fra colleghi, basato sul confronto, sulla stima e la fiducia reciproca, necessario per fare crescere quel senso di appartenenza e “del noi” ancora fragile.

Stiamo continuando a organizzare e realizzare iniziative che promuovono tale cambiamento culturale, alcune delle quali sono la cerimonia di giuramento con “L'impegno Solenne” (la prossima si avrà il 28 maggio 2016 alle 10.30 a Palazzo Donini, salone d'Onore), l'incontro organizzato sulla “condivisione delle esperienze professionali” il 19 marzo 2016 presso la nostra sede di Ponte San Giovanni (PG) e l'incontro del 26 aprile 2016 con gli studenti dell'Università di Perugia sulla deontologia professionale.

La strada del processo di cambiamento culturale per costruire un'identità professionale fondata su un'attenzione al cliente e al senso di appartenenza, è lunga ma è necessario intraprenderla adesso per riuscire a proporci forti e con dignità sul mercato.

Bibliografia

- Avallone F., Farnese M.L. (2005), *Culture organizzative*, Guerini Studio, Milano.
- Bellotto M, Trentini G. (1989), *Culture organizzative e formazione*, FrancoAngeli, Milano.
- Calvi E., Gulotta G. (1999), *Il codice deontologico degli psicologi*, Giuffrè Editore, Milano.
- Rizzi F. (a cura di) (2010), *Inter – Nos*, Editrice Clinamen, Firenze.

12.

“TRASFORMAZIONI SOCIALI E CULTURALI, VECCHIE PAURE E NUOVE OPPORTUNITÀ. IL CONTRIBUTO DELLA PSICOLOGIA”

Alcuni spunti di riflessione offerti dal convegno

Rosella De Leonibus

Psicologa-psicoterapeuta, responsabile della sede umbra di CIFORMAPER-Gestalt Ecology



L'Ordine degli Psicologi dell'Umbria, in collaborazione con l'Ordine Nazionale degli Psicologi e l'Associazione Italiana di Psicologia e con il patrocinio della Regione Umbria, il 15 Aprile 2016 ha organizzato a Perugia, presso la Sala Brugnoli del Palazzo del Consiglio Regionale, il Convegno Nazionale ECM “Trasformazioni sociali e culturali, vecchie paure e nuove opportunità. Il contributo della psicologia”

L'idea di partenza e le sollecitazioni iniziali

L'idea intorno a cui è stato strutturato il convegno ha preso avvio dall'osservazione del contesto sociale attuale, il quale sta vivendo una veloce quanto radicale trasformazione, che da un lato lascia emergere nuove esigenze ed opportunità di integrazione tra i popoli e le culture, mentre dall'altro comporta altrettante ricadute in termini di paure ed insicurezze. Prima tra tutte la minaccia

del terrorismo, che invade in modo devastante gli spazi della vita quotidiana e rischia di assumere le vesti della paura dell'immigrato.

Le comunità sociali vivono un forte disorientamento e non trovano risposte a bisogni fondamentali come quello di sicurezza e prevedibilità del domani, così come al bisogno di appartenenza.

Le soluzioni, al livello del singolo cittadino così come dei gruppi sociali e degli apparati istituzionali, rischiano di diventare reattive e di arroccarsi in una modalità fortemente difensiva, che penalizza le relazioni tra gruppi sociali, l'investimento sul futuro, la fiducia tra le persone.

In questo quadro emerge forte il bisogno di una elaborazione culturale nuova, in grado di affrontare queste sfide e di definire percorsi e prospettive.

In un contesto così caratterizzato è necessario che la Psicologia si ponga come interlocutrice attiva delle esigenze sociali e comunitarie, partendo dai dati della ricerca per offrire un apporto basato sulle evidenze verso un miglioramento della qualità della vita delle persone e dei gruppi sociali.

Ha introdotto i lavori il Presidente dell'Ordine degli Psicologi dell'Umbria, David Lazzari, affermando come il rischio di allontanare difensivamente l'attenzione dai faticosi, quanto inevitabili, percorsi di dialogo e integrazione tra le diverse culture rappresenterebbe un grave danno per la nostra civiltà europea e mediterranea, da sempre contrassegnata dalla disponibilità a incontrare e ospitare le differenti espressioni culturali.

Il saluto della Presidente dell'Assemblea legislativa dell'Umbria, Donatella Porzi, ha focalizzato la paura che attanaglia la “generazione Erasmus”,

che non riesce più a vivere con serenità ed apertura l'avventura della conoscenza di giovani di altre nazionalità, con la perdita di ricchezza umana e culturale che ciò comporta, perdita di libertà e di futuro.

Fabio Paparelli, Vicepresidente della Giunta Regionale dell'Umbria, ha chiamato in causa la nostra categoria per facilitare l'interlocuzione tra i gruppi sociali, disorientati e sfiduciati, barricati nella diffidenza e nell'ostilità.

Il ruolo degli psicologi e della psicologia come presidio culturale, capace di lavorare sul cambiamento individuale e collettivo, a contatto con i problemi più scottanti del nostro tempo, è stato ribadito da Fulvio Giardina, Presidente dell'Ordine Nazionale degli Psicologi, ricordando che l'Ordine Nazionale si è posto il problema di indagare come l'atmosfera culturale ed emotiva attuale, connotata dall'emergenza, possa interferire con i progetti di vita delle persone e col loro impegno verso il futuro.

Giampiero Bocci, Sottosegretario al Ministero dell'interno, ha evidenziato nella società attuale il rischio di un ripiegamento verso una rassegnazione passiva, a fronte della quale sarà necessario spostare l'azione delle istituzioni dalla gestione delle emergenze alla costruzione interdisciplinare di strategie per ritrovare speranza e benessere.

La sfida che la psicologia ha oggi davanti a sé, e che deve poter accogliere, consiste nel costruire nuovi modelli di ricerca per comprendere i fenomeni che abbiamo davanti: questa la sollecitazione della professoressa Claudia Mazzeschi, che coordina all'Università degli Studi di Perugia il Corso di laurea in Scienze e tecniche psicologiche dei processi mentali e il Corso di Laurea Magistrale in Valutazione del funzionamento individuale in psicologia clinica e della salute.

Gli interventi dei relatori invitati hanno poi declinato le diverse angolature del tema del convegno.

Pregiudizio, diritti universali, empatia

Dobbiamo rassegnarci a questa dimensione della “normalità del pregiudizio”?

Esiste un rischio di “riduzionismo psicologico” davanti alle trasformazioni dell'identità sociale, delle motivazioni, delle emozioni delle persone?

La cultura, frutto del pensiero e della mediazione del linguaggio, risultato della costruzione condivisa della conoscenza, può costruire anche il pregiudizio, attraverso le narrazioni che veicola?

Queste le domande lanciate da Bruno Mazzara, Professore ordinario di Psicologia sociale, Dipartimento di Comunicazione e ricerca sociale, Sapienza Università di Roma, Vice-presidente Associazione Italiana di Psicologia AIP, rappresentante italiano nel Board Human Rights dell'EFPA, che ha riferito su “L'altro nella mente e nella comunicazione. Costruzione sociale della diversità e nuove frontiere dei diritti umani”.

Un ruolo decisivo viene svolto dai mezzi di comunicazione di massa, che sono in grado non solo di orientare la spiegazione dei fenomeni legati al rapporto con il diverso, ma anche di attivare stati emozionali e costruire l'ambiente simbolico e culturale entro il quale la relazione con l'Altro si struttura e acquista significato: la gerarchia dei valori, la concezione della natura umana, il rapporto tra diritti individuali e scelte politico-sociali. L'uso di metafore che connotano in modo deumanizzante i migranti, l'attivazione di reti semantiche che veicolano messaggi impliciti, possono condurre sottotraccia a una ridefinizione dei diritti umani e dei fondamenti stessi dell'umana convivenza.

L'istanza etica sopravviene non quando neghiamo la realtà dell'esistenza di un nemico, ma quando cerchiamo di metterci nei suoi panni. Con questa citazione di Umberto Eco ha esordito Chiara Berti, componente del Consiglio Universitario Nazionale - Comitato Scienze Storiche, filosofiche, psicologiche e pedagogiche, nonché Professore presso il Dipartimento di Scienze Psicologiche, della Salute e del Territorio dell'Università “G. D'Annunzio” di Chieti-Pescara.

“Hospes hostis: diritti universali e giustizie locali” il titolo del suo intervento. La percezione dei diritti umani sarà diversa a seconda di chi è il soggetto

che ne parla, perché se registriamo un senso di impotenza troppo forte a fronte di emozioni difficili, saremo portati a girarci dall'altra parte. Si empatizza più facilmente con le persone con le quali si condivide l'appartenenza ad un gruppo o con chi, per qualche ragione, avvertiamo vicino. Ma da ciò consegue anche che, se vengono ricostituiti dei diritti, questo favorirà l'appartenenza e l'inclusione sociale.

“Dobbiamo prendere atto che non c'è alcun dispositivo cerebrale automatico e congenito della bontà e dell'empatia, che può proteggerci dalla violenza interna alla specie. Ciò comporta un ripensamento delle neuroscienze sull'empatia, e un approfondimento della psicologia sul grande tema dell'aggressività umana e della violenza intraspecifica”. Questa la tesi chiave esposta da Francesco Bottaccioli, Presidente onorario della Società Italiana di Psiconeuroendocrinoimmunologia, Direttore del Master in PNEI e Scienza della cura integrata presso l'Università dell'Aquila, Professore a c. di PNEI nella Formazione post-laurea presso Università dell'Aquila e Università di Siena. “Homo sapiens et ferox. Le basi neurobiologiche e culturali della cooperazione e della violenza umana”, questo il titolo del suo intervento. Dalla classica visione freudiana del radicamento biologico, istintuale, dell'aggressività (successivamente inglobata da Freud nella pulsione di morte), le scienze psicologiche sono passate a una definizione sociale e culturale dell'aggressività, ignorando la reciproca interazione tra la storia biologica e quella sociale della specie. Oggi invece sappiamo dall'epigenetica che la storia culturale e sociale dei singoli e dei popoli può tradursi in signature biologiche che orientano idee e comportamenti, che a loro volta interagiscono con la dimensione biologica. La storia culturale e biologica della nostra specie contiene i segni del conflitto e le possibilità della cooperazione, dell'aggressività intraspecifica e della solidarietà dentro i gruppi e tra gruppi e popoli. Da questo si può partire per iniziare concretamente a lavorare a livello individuale e sociale.

Fondamentalismi, modelli culturali, neuroscienze del dolore

Come si sviluppano i fondamentalismi? Abbiamo modelli adeguati per descrivere questi fenomeni? Che conseguenze ha sulle politiche la crisi dell'identità sociale? Siccome le politiche veicolano implicitamente un contenuto culturale, quale idea tendono a riprodurre e consolidare? Si tratta di rappresentare la crisi oppure possiamo affermare che c'è in atto una crisi della rappresentazione? Sergio Salvatore, Professore di Psicologia Dinamica, Università del Salento, coordinatore del progetto UE Re.Cri.Re, nel suo contributo “Determinanti psicosociali della paura e incertezza sociale. I primi risultati del progetto Re.Cri.Re” ha illustrato i primi risultati di questo progetto di ricerca, finanziato dall'Unione Europea nell'ambito di Horizon 2020. I cambiamenti culturali prodotti dalla crisi socio-economica sono l'oggetto dello studio, per poter progettare interventi efficaci nei diversi contesti di policy (coesione sociale, salute, inclusione, mercato del lavoro, parità di genere). I comportamenti sociali, e dunque la capacità delle politiche di intervento di promuoverli/modificarli, dipendono dal sistema di significati secondo cui gli attori interpretano il contesto; questo significato è funzione dei modelli culturali in cui le persone sono immerse, e l'universo simbolico che vi è implicito dà forma all'attività mentale individuale. Non sono le minacce alla sicurezza individuale e collettiva (terrorismo, disastri ambientali) ad essere in sé destabilizzanti, ma l'incapacità dei modelli culturali a fornire le risorse per governarle sul piano psicologico e sociale.

Salvatore Maria Aglioti, Professore ordinario presso il Laboratorio di Neuroscienze Cognitive e Sociali, Dipartimento di Psicologia, Università La Sapienza di Roma, e Fondazione Santa Lucia IRRCS, Roma, ha presentato “Psicologia e neuroscienze dell'empatia per il dolore”, come tema del suo intervento. Ha ricordato come è stato dimostrato nel decennio scorso che empatizzare con il dolore altrui comporta attività in regioni cerebrali che

sono le stesse che si attivano quando si prova dolore in prima persona. La modulazione dell'attività nervosa dipende però sia dalla relazione (ad esempio di amore o di odio) che si ha con la persona che soffre, ma anche dall'appartenenza o meno allo stesso gruppo etnico. Importanti implicazioni sociali derivano da questi studi, ma anche la consapevolezza di come i costrutti culturali influenzino fortemente le nostre reazioni. La pratica sperimentale di giochi di ruolo e soprattutto di giochi di immedesimazione (embodiment) mostra che il razzismo deriva dalla cultura e che siamo invece naturalmente empatici.

Giovani migranti, traumi, strumenti della psicologia

Ankica Kopic, Professore associato di Psicologia Sociale presso il Dipartimento di Psicologia dei Processi di Sviluppo e di Socializzazione, Facoltà di Medicina e Psicologia, Sapienza - Università di Roma ha proposto una questione cruciale nel suo intervento: “Le incertezze tra i giovani immigrati possono portare a scelte estremiste?”. Una ricerca in alcune scuole superiori a Roma ha coinvolto 245 ragazzi (136 femmine e 109 maschi), di cui 93 appartengono alla categoria di immigrati di seconda generazione, mentre i rimanenti si sono dichiarati come italiani. La percezione dell'incertezza tra gli adolescenti italiani e gli immigrati di seconda generazione influenza i loro progetti per il futuro. Le conseguenze emotive di torture, traumi da guerra, terrorismo sono note al mondo scientifico nella misura in cui configurano un Disturbo da Stress Post Traumatico (PTSD) nelle persone coinvolte. Gli operatori (forze dell'ordine, mediatori culturali, educatori, ecc.) che quotidianamente entrano in contatto con persone con un livello di traumatizzazione molto alta possono sviluppare, a loro volta, una sofferenza emotiva conseguente, una traumatizzazione vicaria. L'Organizzazione Mondiale della Sanità, nelle linee guida riguardanti l'assessment e la gestione dei disturbi specifici legati allo stress, suggerisce l'EMDR come intervento psicosociale avanzato. Questa metodica

contribuisce alla cura del PTSD nelle vittime primarie e può dare un grande contributo, sia a livello individuale che a livello di comunità, e anche a livello preventivo quando è diretto alla elaborazione della traumatizzazione vicaria dell'operatore. Quando ad esempio fosse avvenuto un disastro naturale come un terremoto, da chi comincereste il trattamento? Dai bambini? Dai loro genitori? Oppure dal Sindaco, la cui voce alla radio può fare da baluardo alla paura di tutta la popolazione? E' stata Giada Maslovaric, formatrice presso il Centro di Ricerca e Studi in Psicotraumatologia a Milano, a porre questa domanda cruciale, trattando di: “Immigrazione: il contributo dell'EMDR come psicoterapia evidence based per la cura e prevenzione dello stress post-traumatico in vittime e operatori dell'emergenza”.

Conclusioni

Un convegno di profonda attualità e di grande stimolo, che ci ha permesso di guardare alle vicende psicosociali di oggi secondo molte angolature diverse. E di consolidare la certezza che, come psicologhe e psicologi, abbiamo la possibilità di attivare molti strumenti per leggere la complessità delle relazioni umane nel mondo contemporaneo, e possiamo fornire altrettanti strumenti per concretizzare proposte operative a livello di politiche sociali, oltre che di intervento sui singoli e sulle comunità. Il nostro ruolo in questo momento storico è al fianco delle persone e delle collettività, è essere interlocutori attivi delle istituzioni, è essere produttori anche di nuovi costrutti in ambito psicosociale, per sostenere e accompagnare l'articolato e straordinario processo di cambiamento che il mondo e l'umanità stanno attraversando. Per fare la nostra parte, insieme agli altri attori sociali, affinché la paura del futuro, con tutte le sue incognite, e l'incertezza sul destino di tanta parte della popolazione, non producano barriere e steccati, identità armate, arroccate o violente, non più capaci di dialogo e di strategie efficaci e creative per fronteggiare le nuove realtà del terzo millennio.

CREDITS

Giorgio Marconi è nato a Castiglione del Lago (PG), dove vive tutt'ora.

La sua passione per la fotografia ha avuto inizio nella seconda metà degli anni 70. Ha sempre fotografato per hobby. Ha avuto la possibilità di apprendere e far proprie le tecniche di alcuni artisti della fotografia, tra cui Angelo Frontoni e Gianni Berengo Gardin.

Le sue foto raccontano vari momenti della giornata e dei paesaggi circostanti, catturandone i colori, senza alcun uso di filtri o correttivi.

Ha partecipato a diversi concorsi in ambito regionale, classificandosi ai primissimi posti. Nel 1997 si è classificato secondo al concorso nazionale promosso dalla Regione Umbria e le opere sono state pubblicate nel libro "Terre dell'Umbria", edito a cura della stessa Regione.

Lo ringraziamo per le opere che ha voluto gentilmente condividere, pubblicate alle pagine 3, 10, 14, 17, 22, 24, 32, 35 e 38.

La selezione delle fotografie è stata curata da Giulia Marconi, che ha conseguito la Laurea Magistrale in Psicologia e ha di recente superato l'esame di stato.

Le fotografie pubblicate alle pagine 26 e 40 sono state gentilmente fornite dalla collega Mara Eleuteri, componente del comitato di redazione di questa Rivista.

La revisione dei testi è stata curata da Manuela Pellegrini, esperta di editing.



la mente che cura

Organigramma Ordine

Presidente

David Lazzari

Vicepresidente

Chiara Cottini

Segretario

Marina Brinchi

Tesoriere

Paola Angelucci

Consiglieri

Elena Arestia

Graziana Bambini

Simone Casucci

Franco Cocchi

Michele Margheriti

Antonella Micheletti

Mariano Pizzo

Consulta dei giovani psicologi

Roberto Ausilio

Valentina Bellini

Michele Bianchi

Federica Bicchielli

Beatrice Billeri

Silvia Bonci

Chiara Brunetti

Pietro Bussotti

Lucia Cecci

Valeria Di Loreto

Daniele Dotallevi

Mara Eleuteri

Marta Franci

Michela Francioli

Lucia Gambacorta

Silvia Leonardelli

Maria Lo Bianco

Anna Maria Manili

Sara Meloni

Silvia Menichini

Ilaria Milletti

Cecilia Monacelli

Martina Pigliautile

Andrea Settimi

Commissioni

Deontologia e sviluppo della Colleganza

Coordinatore Mariano Pizzo

Tutela della Professione, Pubblicità,

Patrocini e accertamenti linguistici

Coordinatrice Graziana Bambini

Promozione della Professione

Coordinatrice Elena Arestia

Comunicazione

Coordinatore Michele Margheriti

Gruppi di lavoro attivi

Sanità

Coordinatrice Antonella Micheletti

Lavoro ed organizzazioni

Coordinatore Simone Casucci

Psicologia dell'Emergenza

Coordinatore Mariano Pizzo

Psicologia Giuridica

Coordinatore David Lazzari

Psicologia Scolastica

Coordinatrice Elena Arestia

Promozione della Salute e benessere

Coordinatrice Chiara Cottini

Professionalità ed ambiti di intervento del

Neuropsicologo in Umbria

Coordinatore Michele Margheriti

ΓΝΩΘΙΣΑΥΤΟΝ

IMPEGNO SOLENNE DELLO PSICOLOGO

MI IMPEGNO AL RISPETTO DEL CODICE DEONTOLOGICO DEGLI PSICOLOGI ITALIANI ED IN PARTICOLARE CONSIDERO MIO DOVERE ACCRESCERE LE CONOSCENZE SUL COMPORTAMENTO UMANO ED UTILIZZARLE PER PROMUOVERE IL BENESSERE PSICOLOGICO DELL'INDIVIDUO, DEL GRUPPO E DELLA COMUNITÀ.

IN OGNI AMBITO PROFESSIONALE OPERERÒ PER MIGLIORARE LA CAPACITÀ DELLE PERSONE DI COMPRENDERE SE STESSI E GLI ALTRI E DI COMPORTARSI IN MANIERA CONSAPEVOLE, CONGRUA ED EFFICACE.

SONO CONSAPEVOLE DELLA RESPONSABILITÀ SOCIALE DERIVANTE DAL FATTO CHE, NELL'ESERCIZIO PROFESSIONALE, POTRÒ INTERVENIRE SIGNIFICATIVAMENTE NELLA VITA DEGLI ALTRI, PERTANTO PRESTERÒ PARTICOLARE ATTENZIONE AL FINE DI EVITARE L'USO NON APPROPRIATO DELLA MIA INFLUENZA.

NELL'ESERCIZIO DELLA PROFESSIONE RISPETTERÒ LA DIGNITÀ, IL DIRITTO ALLA RISERVATEZZA, ALL'AUTODETERMINAZIONE ED ALL'AUTONOMIA DI COLORO CHE SI AVVALGONO DELLE MIE PRESTAZIONI; NE RISPETTERÒ OPINIONI E CREDENZE, ASTENENDOMI DALL'IMPORRE IL MIO SISTEMA DI VALORI; NON OPERERÒ DISCRIMINAZIONI IN BASE A RELIGIONE, ETNIA, NAZIONALITÀ, ESTRAZIONE SOCIALE, STATO SOCIO-ECONOMICO, SESSO DI APPARTENENZA, ORIENTAMENTO SESSUALE, DISABILITÀ.

MI IMPEGNO A MANTENERE UN LIVELLO ADEGUATO DI PREPARAZIONE E AGGIORNAMENTO PROFESSIONALE, CON PARTICOLARE RIGUARDO AI SETTORI NEI QUALI OPERERÒ;

A SALVAGUARDARE LA MIA AUTONOMIA PROFESSIONALE; A TUTELARE LA PROFESSIONE, ANCHE DA SITUAZIONI DI ESERCIZIO ABUSIVO; AD UNIFORMARE LA MIA CONDOTTA PROFESSIONALE AI PRINCIPI DEL DECORO E DELLA DIGNITÀ; A TENERE CON I COLLEGHI RAPPORTI ISPIRATI AL PRINCIPIO DEL RISPETTO RECIPROCO, DELLA LEALTÀ E DELLA COLLEGANZA.

