


Ordine Psicologi delle Marche

Luca Pierucci
Federica Guercio
Giuseppe Lavenia
Emanuele Marzo
Erica Marzo
Stefano Paradisi
Stefano Galeazzi
Gruppo di lavoro
in Psicologia Gerontologica

Rivista
dell'Ordine
Psicologi
della Regione
Marche

psicoin

anno XIII
numero 1
dicembre 2017



psicoin

Rivista dell'Ordine Psicologi
della Regione Marche

Direttore Responsabile

Luca Pierucci

Redazione

Commissione Cultura

Coordinatrice

Federica Guercio

Aquilino Calce

Giuseppe Lavenia

Giovanni Siena

Alessandro Suardi

Impaginazione:

èdita - Rimini

Registrazione

Registrato il 19.06.2000

Presso il Tribunale di Ancona

con il n. 8/2000

Periodicità

Semestrale

POSTE ITALIANE S.P.A.

Spedizione in A.P. 70% D.C.B. Ancona

Recapiti

Redazione

Ordine Psicologi della Regione Marche

Via Calatafimi 1 - 60121 - Ancona

info@ordinepsicologimarche.it

Per conoscere le norme redazionali
consultare il sito internet

www.ordinepsicologimarche.it

ISSN 2039-4101

Indice

La pagina del Presidente	5
<i>Dr. Luca Pierucci</i> Presidente dell'Ordine Psicologi della Regione Marche	
Editoriale	7
<i>Dr.ssa Federica Guercio</i> Consigliere coordinatrice commissione cultura web, formazione Ordine Psicologi della Regione Marche	
Psiche e malattie reumatiche	8
<i>Giuseppe Lavenia</i> Psicologo psicoterapeuta <i>Emanuele Marzo</i> Medico reumatologo <i>Erica Marzo</i> Laureata in scienze e tecniche di psicologia clinica e della salute	
La percezione della qualità di vita degli anziani nelle strutture residenziali della regione Marche: un'indagine esplorativa	18
<i>Gruppo di lavoro in Psicologia Gerontologica</i> <i>Giovanni Siena</i> - Consigliere Referente Psicologo <i>Michele Storti</i> - Coordinatore Psicologo Componenti <i>Ilaria Bianchi</i> - Psicologa <i>Giulia Cesetti</i> - Psicologa <i>Flavia Piccinini</i> - Psicologa <i>Chiara Ferretti</i> - Psicologa Psicoterapeuta <i>Emanuela Olivetti</i> - Psicologa <i>Manuela Rinaldi</i> - Psicologa	
Processi psichici e meta-relazionali nei contesti educativi tra operatore e utente.	22
<i>Stefano Paradisi</i> Psicologo	
L'intervento sui minori nel disagio sociale: il servizio psico-educativo domiciliare "diurno+"	287
<i>Stefano Galeazzi</i> Psicologo	



La pagina del Presidente

Luca Pierucci

Psicologo Psicoterapeuta,
Presidente dell'Ordine degli Psicologi della Regione Marche

La psicoterapia non è l'unica via

Cari colleghi,
la varietà dei temi presentati in questo numero rappresentano l'espressione della direzione che il nostro Ordine sta percorrendo.

Stiamo ragionando sempre di più, su un ampio sviluppo della psicologia, uscendo dai consueti temi trattati non più solo di impronta clinica e di salute, per dirigerci verso una psicologia del quotidiano.

Questo mi rende molto felice perché significa che il messaggio che il nostro Consiglio sta trasmettendo da qualche anno trova consenso e si sta radicando tra i nostri iscritti.

È importante intercettare i nuovi ambiti di intervento e svilupparli conseguendo una competenza specifica. La specificità fa la differenza anche sul mercato.

Per troppo tempo ci siamo illusi che saper far tutto fosse utile per muoverci nel mondo del lavoro; finalmente ci siamo accorti che al contrario specializzarci aumenta le possibilità lavorative.

La nostra professione ha dovuto seguire due grossi filoni: quello sanitario dove la specializzazione in clinica viene ovviamente privilegiata e quello extra sanita-

rio, se così possiamo definirlo, che offre una miriade di possibilità: prevenzione, promozione della salute, progettazione, formazione, ne sono un piccolo esempio. Flessibilità, innovazione, dinamismo, elementi ormai imprescindibili della contemporaneità, ci spingono a modificare il modo di pensarci, e di intervenire, non più solo da dalla scrivania.

Questa impronta innovativa viene ampiamente promossa durante le molteplici iniziative che organizzate, in particolare durante le giornate dedicate agli iscritti in modo da neoiscritti per orientare i giovani futuri psicologi sia abbreviano il tempo di latenza tra formazione e professione che colmandone la discrepanza.

"The way We Were" recitava il titolo di un film del 1973 diretto da Sydney Pollack alludendo alla nostalgia di un modo di essere ormai passato. Bene di questo titolo voglio invece prendere l'aspetto evolutivo e guardare indietro con orgoglio la strada percorsa.



Editoriale

Federica Guercio

Psicologa Psicoterapeuta,
Consigliere coordinatrice commissione cultura web,
formazione Ordine Psicologi della Regione Marche

Cari colleghi lettori, in questo numero gli autori ci offrono alcune riflessioni.

Il notevole aumento della cronicità di alcune malattie, in particolare, quelle reumatiche esaminate nel primo articolo, impongono la necessità di considerare le variabili psicologiche nel trattamento di tali patologie, riaffermando l'importanza di un approccio multidisciplinare che necessariamente include la figura dello psicologo, sottolineando inoltre come le caratteristiche psicologiche di questi pazienti siano predittive della risposta alle terapie specifiche.

A seguire gli esiti dell'indagine esplorativa su scala regionale, condotta dal gruppo di Lavoro in Psicologia Gerontologica, sulla "Percezione della qualità della vita degli anziani nelle strutture residenziali", evidenziano come l'implementazione degli interventi a favore del benessere psicologico migliorerebbero di gran lunga la qualità della vita. Se tale considerazione può ai nostri occhi apparire ovvia, la sua traduzione pratica, ancora non lo è affatto, per cui è sempre opportuno e doveroso promuoverne le evidenze.

In un momento di disorientamento educativo la riflessione sui processi psichici e meta-relazionali della relazione operatore-utente presentata nell'articolo successivo, appare un utile approfondimento per progettare interventi che tengano conto degli elementi interni che si attivano in questa diade.

In conclusione l'esperienza del servizio educativo domiciliare proposta nell'ultimo articolo concentra ancora la riflessione sul lavoro con i minori e la difficile ma affascinante sfida di agganciare gli adolescenti attraverso nuovi modelli di intervento.

Buona lettura!

Psiche e malattie reumatiche

Giuseppe Lavenia

Psicologo psicoterapeuta

docente di psicologia del lavoro e delle organizzazioni, Università degli Studi di Ancona, presidente Associazione nazionale dipendenze tecnologiche e Cyberbullismo, Vicepresidente Ordine psicologi regione Marche

Emanuele Marzo

Medico reumatologo

Ospedale San Donato – Arezzo. Si occupa della gestione e trattamento di artriti e connettiviti e del dolore a esse correlato. Ha pubblicato su numerose riviste scientifiche nazionali ed internazionali.

Erica Marzo

Laureata in scienze e tecniche di psicologia clinica e della salute

Interessi di ricerca: il coinvolgimento psichico nelle malattie croniche, in particolare quelle reumatiche.

“È sempre difficile consolare un dolore che non si conosce.”

Alda Merini

INTRODUZIONE

Negli ultimi anni sta notevolmente aumentando l'interesse della medicina e

sintomatologia dolorosa che le accompagna e all'inabilità psicofisica che inducono. A questo si aggiungono anche gli elevati costi sanitari che necessitano per la loro gestione e l'impatto spesso devastante sul paziente e i suoi familiari, nonché sul suo ambiente lavorativo e sociale. Le caratteristiche descritte rendono conto dell'articolato e spesso tormentato coinvolgimento psichico che queste malattie possono indurre. Tutti gli approcci più moderni al trattamento di alcune di queste sindromi concordano nell'individuare la necessità di un team multidisciplinare, che sia in grado di gestire le poliedriche manifestazioni di queste malattie. Tra le varie figure professionali coinvolte, emerge sempre più quella dello psicologo clinico, in grado di contribuire ad un modello integrato di trattamento secondo un'ottica psicosomatica. La patologia è così considerata nel suo unicum di mente-soma, facendo riferimento sia ai



della psicologia clinica per le malattie reumatiche. Questo è dovuto alla loro sempre maggiore diffusione nella popolazione, alla loro cronicità, all'importante

fattori fisici che psicologici.

In questi anni, i dati che emergono dai numerosi studi confortano questa concezione, dimostrando che l'approccio multimodale, che associa al trattamento farmacologico quello psicoeducativo, è in grado di garantire i migliori risultati (Toussaint, 2010). Questo approccio, oltre che curare il sintomo, si prefigge lo scopo di abbassare la sofferenza psicologica e migliorare la qualità di vita.

Le malattie reumatiche, il cui termine origina dal verbo greco "ῥεῦμα" (rhèuma) = "scorrere", in quanto gli antichi pensavano che l'infiammazione delle articolazioni fosse dovuta al "flusso di umori patologici" che scorrevano dentro le articolazioni, sono patologie croniche a carico dell'apparato osteo-artro-muscolare e interessano le articolazioni e le strutture anatomiche ad esse correlate: ossa, muscoli, tendini, ligamenti, borse, fasci. Non di rado è presente il coinvolgimento di organi come occhi, polmoni, reni e cute. All'interno della famiglia delle malattie reumatiche contiamo oltre 150 malattie differenti.

Qual è il legame che connette le malattie reumatiche, che presentano frequentemente un substrato di danno organico (di solito legato a un disordine del sistema immunitario) ad alterazioni della psiche? E quest'ultime precedono e/o seguono l'insorgenza della malattia biologica?

I meccanismi in gioco potrebbero essere così sintetizzati:

-Sono note le interazioni tra lo stato psichico (con le sue ripercussioni sul sistema neurovegetativo) e il sistema immunitario. Le emozioni attivando cortisolo, catecolamine, prolattina, androgeni, estrogeni e neuropeptidi, modulano in varia forma l'attività del sistema immunitario che possiede recettori specifici per queste sostanze. Quindi, stress (danno fun-

zionale) > artrite (danno organico).

Le malattie reumatiche, in particolare l'artrite reumatoide (che come è noto è legata ad alterazioni del sistema immunitario), possono indurre alterazioni della psiche per due ordini di motivi:

-le cellule immunitarie producono citochine infiammatorie e neuropeptidi che agiscono direttamente sulle cellule nervose influenzando l'umore, il comportamento, il pensiero;

-le invalidità e le deformità che può indurre la malattia reumatica influenzano



il tono dell'umore. Per meglio indagare questi rapporti, abbiamo condotto uno studio in cui sono state esplorate, con somministrazione di vari test psicologici, due malattie reumatiche: la Fibromialgia (FM) e l'Artrite Reumatoide (AR), ambedue caratterizzate da una componente psicologica particolarmente rilevante.

La scelta di queste due affezioni non è stata casuale: le due patologie hanno in comune il dolore muscolo scheletrico e, anche se con diversa intensità e frequenza, un corteo di sintomi psichici associati. C'è però una differenza sostanziale fra le due in quanto, la AR è caratterizzata da un danno anatomopatologico ben obietti-

vabile e praticamente costante, la FM primitiva non mostra mai importanti segni di danno organico, per cui è una malattia squisitamente funzionale.

Più in dettaglio:

La **Fibromialgia** è una sindrome dolorosa cronica ad eziologia sconosciuta, caratterizzata da dolore muscolo-scheletrico diffuso, presenza di precisi punti algogeni detti "Tender Points" (TP) e da un'ampia varietà di sintomi di accompagnamento, sia fisici che psicologici, che compromettono il benessere fisico, psicologico e la qualità della vita di tali pazienti.

Viene classificata insieme alla Sindrome Della Fatica Cronica e alla Sindrome



dell'Intestino Irritabile, tra le Sindromi Algodisfunzionali, condizioni cliniche eterogenee, ma caratterizzate dalla presenza di iperalgesia e allodinia, conseguenti a una anomala sensibilizzazione del sistema nervoso centrale al dolore (Talotta 2015). Infatti, come detto, questa malattia, pur essendo caratterizzata dalla presenza di una variegata costellazione di sintomi, non presenta segni di un evidente danno organico che li giustifichi.

La FM è considerata oggi una delle cause più frequenti di dolore cronico (Jhonson,

2002; Russell e Raphael, 2008) e le disabilità che ne derivano nell'espletamento delle attività della vita quotidiana sono paragonabili, nella loro gravità, a quelle dei pazienti con AR (Ofluoglu 2005), con grande impatto sulla qualità della vita. E' stata associata ad un alto utilizzo di risorse della sanità (Mas 2008, Hughes 2006) e ad aumentato rischio di malattie cardiovascolari e di morte per cancro (McBeth 2009).

Il quadro clinico della FM è, sotto certi aspetti, sostanzialmente muto. Ad eccezione dell'esame obiettivo dove sono rilevabili, se correttamente ricercati, i tender points, i restanti controlli radiologici e laboratoristici sono privi di alterazioni di rilievo.

I principali sintomi caratteristici della FM sono: Dolore cronico diffuso, Fatigue, Disturbi del sonno, Rigidità muscolare, Dismfunzioni cognitive (fibrofog)

In assenza di evidenze cliniche e anatomicopatologiche che giustificassero la sintomatologia della FM, la classe medica è stata a lungo distratta su una malattia la cui dignità nosologica appariva incerta e fumosa. Si parlava di "malattia invisibile". Si tende a individuare la fonte della malattia in anomalie psichiche di varia natura, soprattutto nel disagio generato da uno "stress cronico", che indurrebbe l'individuo a proiettare sul corpo le sue conflittualità, in modo da creare dei sintomi che dirottino la sua attenzione dalla sofferenza psichica.

Si verificherebbe una interazione tra molteplici fattori psicologici e ambientali e una aberrazione dei meccanismi fisiologici alla base della nocicezione che, a livello fisiopatologico, realizzerebbe delle alterazioni neuroendocrine con anomalie di numerosi neurotrasmettitori. Questa patologia è considerata la risultante dell'interazione tra fattori biologici, psicologici

e socioculturali. Per questo il modello di riferimento con cui viene inquadrata è quello bio-psico-sociale.



È un modello integrato che considera la patologia come risultante dell'interazione tra più fattori. Si instaurerebbe un meccanismo a feedback positivo in cui la malattia biologica influisce sui fattori psicologici come l'umore e sul contesto sociale come le relazioni interpersonali e viceversa. Con questo modello si supera l'antica dicotomia psiche/soma e la concezione medica classica secondo cui per ogni malattia vi è una causa prima obiettivabile. (Fisher e Pedon, 2006) Ne risulterebbe un'interazione tra i vissuti negativi del fibromialgico e i meccanismi della nocicezione. In particolare, una predisposizione genetica all'esaltazione del sistema dello stress, combinandosi con le pregresse esperienze avverse dell'infanzia e il negativo contesto ambientale, indurrebbe elevati livelli di stress, responsabili della insorgenza della FM (McMahon et al., 2012).

Il modello bio-psico-sociale rappresenta la migliore lettura per interpretare e trattare la FM, ricordando che nessuna delle numerose variabili che lo compongono è in grado da sola di determinare e spiegare la malattia. (Winfield, 2000). La com-

plexa dinamica dei fattori in gioco può essere così sintetizzata:

1. Variabili biologiche

Una probabile predisposizione genetica (polimorfismo nel sistema serotoninergico e catecolaminergico) sarebbe responsabile di un frequente riscontro nella FM di bassi livelli di serotonina e noradrenalina, neurotrasmettitori che agiscono nelle vie di inibizione endogena discendente del dolore ed elevati livelli di sostanza P (neuropeptide pro-nocicettivo) che porterebbero a anomalie nell'inibizione endogena del dolore, responsabili di un abbassamento della soglia del dolore (iperalgisia). Quindi, stimoli leggeri verrebbero letti, a livello centrale, come dolorosi (allodinia) (Russel & Raphael, 2008). Si associa l'evidenza di elevati livelli di cortisolo plasmatico per anomalia neuro-endocrina dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene che si ripercuote sul sistema di regolazione dello stress, nonché anomalie del sistema nervoso autonomo. Un'ulteriore alterazione si riscontra a carico dell'architettura del sonno, verosimilmente legata



alle sensazioni dolorifiche, per cui ne risulterebbe un sonno non ristoratore che può contribuire al realizzarsi di sintomi

come la fatigue e a disturbi discognitivi come la "nebbia fibromialgica". (Ambrose K. R., 2012).

2. Variabili psicologiche.

È evidente come aspetti affettivi, caratteristiche soggettive, emozioni e fattori cognitivi affiancano il dolore. Queste variabili sarebbero coinvolte nell'elaborazione dello stimolo doloroso e quindi nel modo di percepire il dolore a volte con clamorose incongruenze tra l'effettivo danno esistente e la percezione dolorosa del paziente: assenza di dolore pur in pre-



senza di grave danno tessutale, denuncia di dolore cronico e debilitante in assenza di un riscontro organico preciso. Le variabili psicologiche maggiormente coinvolte nel determinismo della fibromialgia sembrano essere:

Aspetti cognitivi: sono fondamentali per delineare le caratteristiche del dolore e la risposta comportamentale ad esso. L'innescò di queste potrebbe precedere anche di anni l'insorgere della malattia e consistere in abusi nell'infanzia e/o anomalie delle figure genitoriali. Ne deriverrebbero false credenze con attribuzione di significati errati riguardo l'esperienza del dolore, con attivazione di meccanismi

disfunzionali di colpevolizzazione e bassa autostima a cui consegue accentuazione della percezione della sensazione dolorosa, amplificazione dello stress psicologico e della somatizzazione, percezione della perdita di controllo. (Hassett 2000). Vi è una anomala lettura degli eventi stressanti, in cui la valutazione personale ha un impatto maggiore dell'evento stesso e conduce al catastrofismo.

Risposte emotive e tono dell'umore: vi è una interazione con meccanismo di feedback positivo tra l'amplificazione di alcune risposte emotive relative al dolore e la maggiore percezione del dolore indotta dall'emozione con conseguenti disturbi dell'umore prevalentemente di tipo depressivo-ansioso.

Caratteristiche di personalità: anche se dai dati presenti in letteratura non emerge una vera e propria personalità di tipo fibromialgico, frequentemente in questi pazienti si riscontrano caratteristiche quali pessimismo, negazione dei problemi, mancanza di speranza, dipendenza. Sono soggetti che hanno difficoltà a leggere ed esprimere le proprie emozioni e spesso adottano una condotta manipolatoria, con continua richiesta di cure e attenzioni mediche in cui la difficoltà relazionale dipende dalla ostilità e dalla rabbia accumulata.

3. Variabili socioculturali.

Come già detto, le esperienze negative nell'infanzia, soprattutto l'abuso fisico e/o psicologico, sono eventi frequentemente presenti nella storia dei fibromialgici. La condizione di vittima indurrà poi nell'adulto una maggiore vulnerabilità allo stress quotidiano e a una maggiore influenza degli aspetti cognitivi, affettivi e comportamentali nell'esperienza dolorosa (Winfield 2000). La focalizzazione dell'attenzione sul dolore permetterebbe

a questi soggetti la distrazione dall'evento traumatico infantile.

L'artrite reumatoide è una malattia infiammatoria cronica a patogenesi immunitaria e a carattere sistemico.

Tipicamente si esprime come una poliartrite bilaterale e simmetrica a decorso cronico, a carattere addizionale e con evoluzione deformante e invalidante. È in grado di indurre alterazioni strutturali osteocartilaginee che caratteristicamente si esprimono con erosioni dell'osso subcondrale.

L'artrite ha una topografia particolare: tipicamente è simmetrica e bilaterale e predilige le piccole articolazioni delle mani e dei piedi, e si estrinseca con tutte le caratteristiche dell'infiammazione: dolor, tumor, rubor (meno), calor e functio laesa.

L'interessamento sistemico e infiammatorio dell'organismo si traduce anche nella frequente alterazione di vari dati di laboratorio. I danni anatomopatologici indotti dalla malattia possono essere obiettivati con varie tecniche di imaging quali la radiografia convenzionale, l'ecografia, la risonanza magnetica nucleare.

La malattia esordisce di solito senza causa apparente, ma a volte viene segnalata una storia di traumi psicologici, stress emotivi o, anche, traumi fisici o episodi infettivi, verificatesi prima dell'inizio della sintomatologia dolorosa articolare.

La patogenesi della AR è molto complessa e in parte ancora non completamente conosciuta. Può essere sintetizzata come una dis-reattività del sistema immunitario (sia per background genetico che per esposizione a neoantigeni articolari) che, attivando i linfociti T e B, porta alla liberazione, prevalentemente nell'ambiente articolare, di citochine infiammatorie (tra cui IL-6, TNF, IL-17, e altre) in grado di



indurre una cronica infiammazione sinoviale ed una distruzione tissutale. (Galeazzi, M. 2013; Kelley, W.N. 2001).

A fronte di una eziopatogenesi e di un quadro clinico e anatomopatologico così differente, emerge che confrontare le caratteristiche psichiche presenti nelle due malattie, individuando affinità e differenze, sia qualitative che quantitative, potrebbe fornire preziose informazioni sia sul piano eziopatogenetico sia per individuare il trattamento psicologico più adeguato, per le due patologie.

METODO

Nello studio prima menzionato, abbiamo selezionato 60 soggetti, suddivisi in due gruppi di 30, affetti rispettivamente da FM e AR a cui, previo consenso informato, sono stati somministrate varie batterie di test miranti a esplorare:

- la percezione del dolore (*Pain Catastrophizing Scale – PCS*)
- i sintomi depressivi (*Beck Depression Inventory -II–BDI-II*)
- i sintomi ansiosi (*State-Trait Anxiety In-*

ventory *FormaY – STAI-Y*)

- alcuni costrutti di personalità (*BFQ – Big Five Questionnaire*)

Sono stati inoltre raccolti dati socio-anagrafici di base (sesso; età; scolarità e stato civile) mediante intervista.

ANALISI STATISTICHE

Le differenze tra variabili demografiche (sesso ed età) sono state valutate usando il test esatto di Fisher e il test t di Student per campioni indipendenti. Le differenze tra variabili psicologiche sono state valutate usando test t di Student per campioni indipendenti. Tutte le analisi sono state svolte usando Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) version 23.0. Tutti i test statistici svolti sono t test a 2 code ed è stato considerato come significativo qualsiasi valore di $p \leq 0.05$

RISULTATI

I risultati ottenuti hanno evidenziato che: **VARIABILI DEMOGRAFICHE**

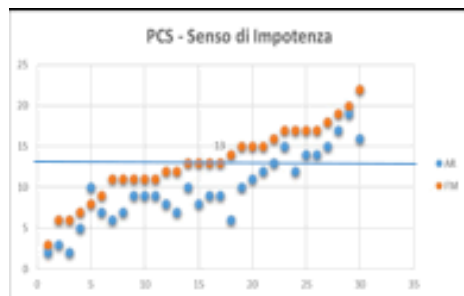
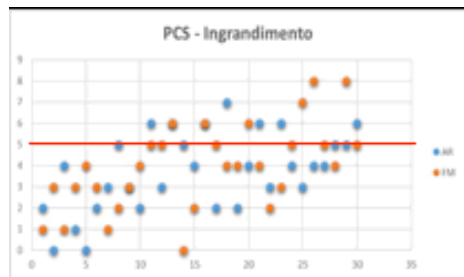
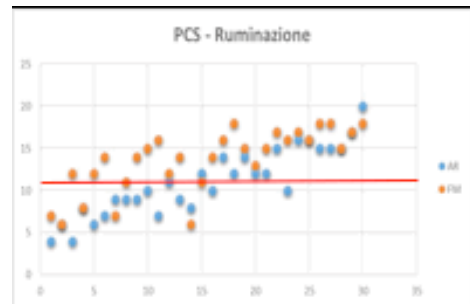
Non sono risultate differenze significative tra i due gruppi per quanto riguarda il genere, la media dell'età, lo stato maritale e il grado di istruzione e i dati ottenuti coincidono con quelli presenti in letteratura nelle singole malattie.

	Artrite reumatoide n=39	Fibromialgia n=30	P
Femmine	23(76.7)	27 (90)	NS
Età (SD)	60.8 (11)	59.1 (11.4)	NS

Tabella 1. Caratteristiche demografiche dei due campioni presi in esame

PERCEZIONE DEL DOLORE

I pazienti affetti da FM hanno una per-



cezione del dolore superiore rispetto a quelli con AR, nonché nei confronti di un campione di pazienti affetti da dolore cronico di altra natura, sia nella scala totale che nelle sottoscale "Impotenza" e

“Ruminazione”. Non vi sono invece differenze statisticamente significative nella sottoscala “Ingrandimento”;

DEPRESSIONE

BDI-II	Artrite Reumatoide N = 30	Fibromialgia N = 30
Assenza di Depressione	20	8
Depressione Lieve	1	7
Depressione Moderata	5	7
Depressione Grave	4	8

Tabella 2 - Frequenze BDI-II

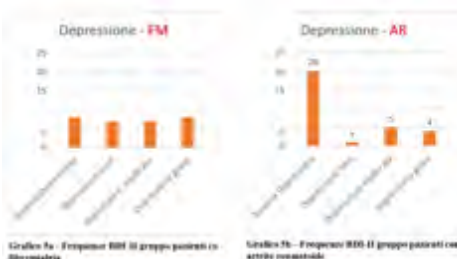


Gráfico 7a - Frequenze BDI-II gruppo pazienti in fibromialgia; Gráfico 7b - Frequenze BDI-II gruppo pazienti con artrite reumatoide.

ANSIA DI STATO	Artrite Reumatoide N = 30	Fibromialgia N = 30
Assenza di Ansia	0	0
Ansia Lieve	14	13
Ansia Moderata	16	17
Ansia Grave	0	0

Tabella 3a - Frequenze STAI - Y STATO

ANSIA DI TRATTO	Artrite Reumatoide N = 30	Fibromialgia N = 30
Assenza di Ansia	0	0
Ansia Lieve	13	14
Ansia Moderata	17	15
Ansia Grave	0	1



I fibromialgici hanno sintomi depressivi con punteggi significativamente superiori rispetto a quelli con AR.

ANSIA

Tutti i pazienti indagati risultano affetti da ansia, da lieve a grave, in entrambe le sottoscale: Ansia di Stato e Ansia di Tratto e non vi sono differenze significative tra i due gruppi;

DIMENSIONI DI PERSONALITÀ

Pur rientrando ambedue i gruppi nella media normativa per i domini di persona-

BIQ	Media (DS) Artrite Reumatoide N = 29	Media (DS) Fibromialgia N = 28	t(2,56)	P
DE	46.1(8.30)	47.55(7.64)	-0.60	NS
DO	47.1(9.30)	42.4(8.41)	1.66	0.055
CP	46.1(11.4)	50.6(13.9)	-1.34	NS
CO	47.9(10.3)	48.9(11.2)	-0.37	NS
SC	52.3(8.70)	52.7(8.86)	0.04	NS
PE	46.7(9.27)	44.9(10.2)	0.67	NS
CE	49.7(8.80)	43.2(10.2)	1.94	0.057
CF	49.8(9.94)	51.9(10.1)	-0.76	NS
AC	41.5(12.3)	45.1(11.3)	0.58	NS
AE	50.2(9.70)	42.2(9.85)	1.18	NS
E	41.7(9.24)	41.0(8.37)	0.77	NS
A	46(12)	49(12.6)	-0.93	NS
C	49.8(9.7)	56.5(14.2)	-0.22	NS
S	49.4(7.80)	47.7(10.4)	0.72	NS
M	42(11.3)	42.4(10.7)	-0.15	NS
L	57.1(10.7)	54.1(10.5)	1.09	NS

Tabella 4. Media e deviazioni Standard (DS) per i punteggi ottenuti nei 2 gruppi (Fibromialgia e Artrite Reumatoide) al BIQ. La tabella riporta anche valori di t (due punteggi, 1 grado di libertà) e p (significatività) in relazione alla media. BIQ = Big Five Questionnaire; DE = Dominanza; DO = Dominanza; CP = Cooperatività; CO = Conditività; SC = Simpatività; PE = Percezione; CE = Controllo delle Emozioni; CF = Controllo degli Impulsi; AC = Apertura alla Cultura; AE = Apertura alle Esperienze; E = Estroversione; A = Amabilità; C = Conscientismo; S = Sensibilità Emotiva; M = Apertura Mentale; L = Mente.

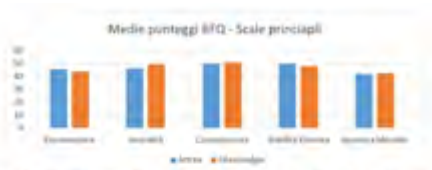


Gráfico 8 - Medio del puntaje alle dimensiones principales del BFIQ - pacientes con Fibromialgia e pacientes con Artrite Reumatoide

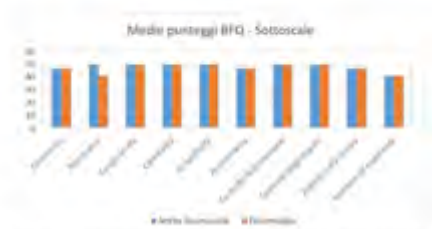


Gráfico 9 - Medio del puntaje alle sottoscale del BFIQ - pacientes con Fibromialgia e pacientes con Artrite Reumatoide

lità esplorati, i relativi punteggi sono spostati nei valori più bassi della distribuzione di questa. Inoltre, pur non essendovi una differenza statisticamente significativa tra i due gruppi, questa viene approssimata per quanto riguarda le sottoscale controllo delle Emozioni e Dominanza, risultando ridotte nei fibromialgici.

CONCLUSIONI

Questi dati, per ora inediti per quanto riguarda un confronto diretto tra le due malattie, confermano la presenza di importanti alterazioni delle variabili psicologiche esaminate.

Queste sono sufficientemente peculiari nei due gruppi e prevalgono nella FM dove, in particolare si riscontrano più elevati livelli di depressione e catastrofizzazione del dolore.

Ne deriva una ulteriore, rafforzata indicazione al trattamento psicologico nel contesto della strategia terapeutica di queste affezioni.

Infatti si deve peraltro tenere presente che, per quanto riguarda le artriti infiammatorie, sono già noti (essendo codificati in letteratura) i potenziali benefici a carico

del controllo dell'attività di malattia, della riduzione della percezione del dolore, della riduzione della fatigue, della maggiore aderenza alla terapia farmacologica, della aumentata produttività al lavoro. Anche nella FM, è ormai nozione consolidata tra gli studiosi che l'esercizio fisico e il trattamento psicologico siano da prediligere a quello farmacologico, così come confermato da recenti, autorevoli pubblicazioni (MacFarlane, GJ. 2016). Infine si sottolinea come l'attuale strategia di ricerca in questo campo, sia orien-



tata a delineare sempre meglio le caratteristiche psicologiche di questi pazienti, in quanto predittive della risposta alle terapie specifiche.

BIBLIOGRAFIA

Ambrose, K.R. Gracely, R.H., Glass, J.M. (2012). *Disturbi cognitivi nella fibromialgia: concetti e problematiche. "Reumatismo"*, 64(4): 202-212.

Casanueva, B. (2007). *Tratado de Fibromialgia. Cantabria Imagen*. (Eds)

De Benedettis, G. & Lorenzetti, A. (1995).

Determinanti del dolore cronico. I parte: sistemi di convinzione del dolore, auto-efficacia e aspettative prognostiche. "Pathos", 2, 76-181.

Fischer, G. N., & Pedon, A. (Eds.).(2006). *Trattato di psicologia della salute.* Borla

Galeazzi, M. & Marcolongo R. (2013) *Malattie Reumatiche.* Padova: Piccin.

Hughes, G. Martinez C, Myon E et al.: *The impact of a diagnosis of fibromyalgia on health care resource use by primary care patients in the UK: an observational study based on clinical practice.* "Arthritis Rheum" 2006; 54: 177-83.

Johnson, S. K. (2002). *Medically Unexplained illness. Gender and Biopsychosocial Implications.*

American Psychological Association Washington (Eds).

Galeazzi, M. & Marcolongo R. (2013) *Malattie Reumatiche.* Padova: Piccin.

Kelley, W.N. (2001). *Kelley's Textbook of Rheumatology.* Philadelphia: Saunders

McBeth, J. Symmons, D.P. Silman, A.J. et al. (2009). *Musculoskeletal pain is associated with a long-term increased risk of cancer and cardiovascular-related mortality.* "Rheumatology", 48: 74-7.

McMahon, L. Murray, C. Simpson, J. (2012). *The potencial benefits of applying a narrative analytic approach for understanding the experience of fibromyalgia: a review.* "Disability & Rehabilitation", 34(13), 1121-1130

Mas A.J. Carmona, L.M. Valverde, M. and the Episer Study Group. (2008). *Pre-*

valence and impact of fibromyalgia on function and quality of life in individuals from the general population: results from a nationwide study in Spain. "Clin Exp Rheumatol", 26: 519-26.

Ofluoglu, D. Berker, N. Guven, Z. et al. (2005). *Quality of life in patients with fibromyalgia syndrome and rheumatoid arthritis.* "Clin Rheumatol", 24, 490-2.

Russel, I. J. Raphael, K. G. (2005). *Fibromyalgia Syndrome: presentation, Diagnosis, Differential Diagnosis, and Vulnerability.* "CNS Spectrums", 13(3 Suppl 5), 6-11.

Talotta, R. Atzeni, F. Bazzichi, L. Giacomelli, C. Di Franco, M. Salaffi, F. Sarzi-Puttini, P. (2015). *Algo-dysfunctional syndromes: a critical digest of the recent literature.* "Clin Exp Rheumatol", 2015 Jan-Feb;33(1 Suppl 88):S102-8.

Toussaint, L. Overvold-Ronningen, M. Vincent, A. Luedtke, C. Whipple, M. Schriever, T. & Luskin, F. (2010). *Implications of Forgiveness Enhancement in Patients with Fibromyalgia and Chronic Fatigue Syndrome.* "Journal of Health Care Chaplaincy", 16(3-4), 123-139.

Winfield, J. B. (2000). *Psychological Determinants of Fibromyalgia and Related Syndromes.* "Current Review of Pain", 4, 276-286.

La percezione della qualità di vita degli anziani nelle strutture residenziali della regione Marche: un'indagine esplorativa

Gruppo di lavoro in Psicologia Gerontologica

Giovanni Siena

Consigliere Referente Psicologo

Michele Storti

Coordinatore Psicologo

Componenti

Ilaria Bianchi

Psicologa

Giulia Cesetti

Psicologa

Flavia Piccinini

Psicologa

Chiara Ferretti

Psicologa psicoterapeuta

Emanuela Olivetti

Psicologa

Manuela Rinaldi

Psicologa

La letteratura evidenzia una maggiore vulnerabilità negli anziani istituzionalizzati rispetto agli anziani residenti a domicili-

lio in termini di maggiori sintomi depressivi, somatici, ansiosi (Azeem & Naz, 2015; Seitz, Purandare & Conn, 2010; Snowdon, 2010) e di minori livelli di benessere psicologico (Cesetti, Vescovelli & Ruini; 2017). Bassi livelli di benessere psicologico rappresentano un fattore di rischio nell'anziano e si associano ad un incremento della morbilità e della mortalità (Friedman & Ryff, 2012; Ryff, 2014; Steptoe, Dockray & Wardle, 2009).

In questo contesto la misurazione della qualità della vita dell'anziano istituzionalizzato appare necessaria.

La qualità della vita è un concetto multifattoriale, caratterizzato da quattro aree:



condizione oggettiva, aspetto comportamentale (inclusa la salute), percezione soggettiva e benessere psicologico (incluso il senso di soddisfazione) (Sarvimäki & Stenbock-Hult, 2000).

Il gruppo di lavoro di Psicologia Gerontologica dell'Ordine degli Psicologi delle Marche nel corso degli ultimi anni si è occupato di approfondire il tema della qualità di vita percepita dall'ospite anziano all'interno delle strutture residenziali. Il gruppo ha realizzato un'indagine esplorativa pilota in alcune strutture della regione. Il lavoro di progettazione dell'indagine è iniziato nel Settembre 2014, mentre la fase operativa si è svolta da ottobre a novembre 2016.

La scelta di realizzare un'indagine che avesse per oggetto la qualità della vita percepita dall'anziano istituzionalizzato è derivata dalla considerazione che quest'ultimo è spesso portatore di una maggiore vulnerabilità in termini di sintomi depressivi, ansiosi, somatici e di minore qualità della vita. Pertanto, si è ritenuto opportuno valutare i presidi residenziali nella Regione e verificare se gli standard di qualità dell'organizzazione dei servizi socio-assistenziali e i criteri di gestione degli stessi fossero coerenti con i bisogni di assistenza propri degli anziani e tali da garantire loro una buona qualità della vita.

Il gruppo di lavoro si è ispirato ad una ricerca sulla valutazione della qualità percepita dagli anziani nelle strutture residenziali (Comune di Genova, 2013). La ricerca ha posto l'attenzione alla dimensione soggettiva della qualità della vita degli anziani nelle strutture residenziali e ha preso come riferimento la "Carta Europea dei diritti e delle responsabilità delle persone anziane bisognose di cure ed assistenza a lungo termine"; tale documento sottolinea i fondamentali diritti

della persona, anche se si trova ad essere dipendente.

Per l'indagine è stata creata un'intervista esplorativa basata sulle 5 dimensioni utilizzate nella ricerca di Genova per valutare la percezione della qualità della vita: autodeterminazione, benessere abitativo, benessere fisico, relazionalità e benessere globale.

Le strutture del territorio sono state scelte a campione; è stata inviata a 22 strutture una lettera di presentazione dall'Ordine degli Psicologi delle Marche e sono state incluse nell'indagine quelle che hanno aderito. Hanno partecipato allo studio in totale 40 anziani (9 maschi e 31 femmine)



residenti nelle seguenti strutture:

- Casa Grimani Buttari – Residenze per anziani, Osimo (AN)
- Casa di riposo Fondazione Lavatori Mariani, Trecastelli (AN)
- Casa riposo e Residenza Protetta Casa Hermes - Fondazione Opere Laiche Lauretane – Loreto (AN)
- Residenza Dorica - Santo Stefano Riabilitazione, Ancona
- Casa di cura Villa dei Pini - reparto RSA "Villa Margherita" e lungodegenza, Civitanova Marche (MC)

Di seguito sono riportati sinteticamente i principali risultati:

- È emerso un buon livello di autodeterminazione degli ospiti nelle scelte che riguardano la personalizzazione degli spazi, gli orari e le attività del tempo libero; per la maggior parte degli ospiti è importante svolgere attività di tipo ludico-ricreativo, motorio, espressivo e di stimolazione cognitiva all'interno delle strutture.
- La maggior parte degli ospiti condivide la stanza con un'altra persona; la presenza dell'altro è spesso fonte di soddisfazione



e creazione di nuove amicizie, ma può essere motivo di insoddisfazione e disagio; pertanto emerge l'importanza di definire criteri adeguati (patologia, conoscenza pregressa, età, interessi) per la collocazione degli ospiti nelle stanze.

- La maggior parte degli anziani è soddisfatta di come gli operatori si prendono cura di loro, ma emerge la necessità di dedicare più tempo ad ogni ospite.
- I partecipanti riferiscono che la famiglia è presente.
- Viene riferito un atteggiamento premuroso da parte degli operatori.
- Si rilevano poche possibilità di interazio-

ne con l'esterno, in parte per impossibilità e in parte per scelta degli ospiti.

- La figura del volontario viene riconosciuta e apprezzata e in alcuni casi è considerata di riferimento per i bisogni degli ospiti; la figura dello psicologo è invece poco conosciuta, anche presumibilmente per la difficoltà dell'anziano nel comprendere l'identità dello psicologo.

In conclusione, all'interno di un quadro globalmente positivo, relativo alla percezione soggettiva della qualità di vita nelle strutture per anziani, sono presenti alcuni spazi di miglioramento.

Da un lato emerge la necessità di una maggiore individualizzazione della presa in carico e dei servizi che sia rispettosa dei bisogni del singolo. Una modalità possibile potrebbe consistere nella somministrazione di un'intervista di ingresso, per raccogliere le preferenze dell'anziano, e di valutazioni in itinere degli ospiti.

Dall'altro, sarebbe importante riuscire a sviluppare un sistema standardizzato per la valutazione della percezione soggettiva della qualità della vita così da estenderlo a tutte le strutture residenziali della regione. Ciò potrebbe non solo fornire un quadro esauriente della situazione regionale utile ad attuare interventi migliorativi, ma rappresentare anche un incoraggiamento all'adozione di buone prassi nelle strutture e costituire dunque una forma di tutela per l'ospite e le famiglie.

BIBLIOGRAFIA

Azeem, F., & Naz, M. A. (2015). *Resilience, Death Anxiety, and Depression Among Institutionalized and Noninstitutionalized Elderly*. *Pakistan Journal of Psychological Research*, 30(1), 111.

Carta Europea dei diritti e delle responsabilità delle persone anziane bisognose di cure ed assistenza a lungo termine (2010).

Cesetti, G., Vescovelli, F., & Ruini, C. (2017). *The Promotion of Well-Being in Aging Individuals Living in Nursing Homes: A Controlled Pilot Intervention with Narrative Strategies*. *Clinical Gerontologist*, 1-12.

Comune di Genova, Direzione Politiche Sociali (2013). *La valutazione della qualità percepita come contributo per la definizione degli interventi e delle politiche a favore degli anziani fragili*.

Friedman, E. M., & Ryff, C. D. (2012). *Living well with medical comorbidities: A biopsychosocial perspective*. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 67(5), 535-544.

Sarvimäki, A., & Stenbock-Hult, B. (2000). *Quality of life in old age described as a sense of well-being, meaning and value*. *Journal of advanced nursing*, 32(4), 1025-1033.

Seitz, D., Purandare, N., & Conn, D. (2010). *Prevalence of psychiatric disorders among older adults in long-term care homes: a systematic review*. *International Psychogeriatrics*, 22(7), 1025-1039.

Snowdon, J. (2010). *Depression in nur-*

sing homes. *International Psychogeriatrics*, 22(7), 1143-1148.

Steptoe, A., Dockray, S., & Wardle, J. (2009). *Positive affect and psychobiological processes relevant to health*. *Journal of personality*, 77(6), 1747-1776.

Ryff, C. D. (2014). *Psychological well-being revisited: Advances in the science and practice of eudaimonia*. *Psychotherapy and psychosomatics*, 83(1), 10-28.

Processi psichici e meta-relazionali nei contesti educativi tra operatore e utente

Stefano Paradisi

Psicologo

Introduzione

Nell'articolo si farà riferimento a quei processi cognitivo-emotivi che sottendono

vo, al fine di poter migliorare l'intervento e la progettazione educativa in ottica metapsicologica.



alle relazioni educative tra operatori e utenti di Centri Diurni e Comunità. L'intento sarà quello di individuare i fattori psichici e meta-relazionali inconsci che si attivano nella relazione operatore-utente, importanti ai fini della strutturazione e della formulazione dell'intervento educativo rivolto all'utenza. Si farà riferimento inoltre alle modalità di gestione di tali aspetti, da un punto di vista organizzati-

La relazione educativa

L'etimologia del termine relazione deriva dal latino "relatus", participio passato di "referre", riferire. Nella parola "riferire" vi è il prefisso "re" (addietro) e "ferre" (portare), nel significato di portare o esporre qualcosa a un altro. Il prefisso "re" può associarsi tuttavia ai termini "incontro" e "di fronte". Si può notare come al termine relazione, che nella lingua italiana assume diversi significati, sia connessa l'idea di un movimento, di un passaggio, verosimilmente da un soggetto ad un altro. Il rapporto tra due persone, nello specifico tra operatore e utente, nei contesti educativi, può essere inteso come un particolare processo di socializzazione, nel quale, attraverso l'esperienza interattiva tra persone, vengono trasmessi elementi di conoscenza, culturali e sociali, da un soggetto all'altro. La relazione educativa, tra operatore e utente, è caratterizzata da due principali fattori principali, che sono indipendenti dalle forme e dai contesti educativi: - l'asimmetria nel rapporto

educatore-educando; - l'esistenza di un corpus nozionistico, in termini di contenuti educativi, definiti come un insieme di elementi informativo-cognitivi, valoriali e affettivi, in grado di essere trasmessi nella relazione educativa (Tramma, 2008). In questa cornice teorica, di particolare rilevanza è l'aspetto della "trasmissione". Dal punto di vista antropologico il termine può essere verosimilmente associato a quello dell'inculturazione, inteso come il processo di assimilazione e interiorizzazione della cultura di appartenenza, mediante processi di socializzazione per tutto il ciclo di vita dell'individuo (Herskovits, 1936).

Relazione e nascita del soggetto

Il processo di socializzazione fonda le sue radici fin dall'infanzia, in cui, lo stare in relazione con l'altro, si configura come elemento fondante della nascita del soggetto. Il neonato si sviluppa a partire dalla continua interazione tra processi neurobiologici ed esperienze interpersonali, le funzioni psichiche prendono vita da una interazione biunivoca tra natura e cultura, che forgiavano la mente del bambino a partire dalle primarie cure materne, fungendo da imprinting per le future relazioni dell'individuo con il mondo (Siegel, 2012; Bowlby, 1979). Grazie ai contributi dell'Infant Research (Beebe e Lachmann, 2003) e allo studio dei paradigmi teorici sullo sviluppo del bambino possiamo ad oggi riconoscere e individuare la nascita della mente del bambino nella culla dell'intersoggettività.

Sono numerosi inoltre gli studi che dimostrano la capacità del feto di percepire e registrare i vissuti di esperienze arcaiche attraverso un sentire corporeo, sperimentato nel contatto con la madre e sedimentato nella memoria implicita. Stern (1977) afferma che le strutture interattive

e relazionali precoci forniscono una base importante per l'emergere delle rappresentazioni oggettuali e del Sé. Tali "strutture interattive", organizzate in precise dimensioni di spazialità e temporalità, possono definirsi come pattern caratteristici dei modi in cui madre e bambino si influenzano l'un l'altro e co-costruiscono il mondo interno del bambino. Brazelton (1980) dimostra la predisposizione innata del bambino alla vita relazionale, così come Anna Alvarez (2011) parla della potenziale forza relazionale innata del bambino, il quale nasce per incontrare qualcuno di interessato a lui e interessante per lui.

Il soggetto in relazione

Alla luce di tali affermazioni, che riflettono sull'importanza della sfera relazionale nello sviluppo, in ottica epigenetica, della mente del bambino, è interessante individuare ora quali tipi di processi interni all'individuo, divenuto soggetto, vengono attivati nella relazione con l'altro. All'interno dei contesti educativi, in cui operatore e utente entrano in contatto, risulta importante individuare e gestire le modalità di tale incontro a partire dall'attenzione verso il mondo interno dei singoli attori dell'intervento, al fine di promuovere e contribuire al buon andamento del progetto educativo, e di strutturare interventi efficaci e ponderati. All'interno dei contesti educativi risulta pertanto importante pensare sia ai contenuti e alle modalità da trasmettere, sia al monitoraggio sui molteplici aspetti intrapsichici e meta-relazionali dei singoli individui.

L'individuo-operatore, così come l'utente, è un soggetto sviluppato a sua volta all'interno di una molteplice mole di relazioni presenti e passate che hanno sedimentato e costruito, a livelli via via più

profondi, la sua irripetibile soggettività. Risulta a tal proposito basilare ripensare alla gestione dell'intervento educativo, non solo in termini di mere considerazioni rispetto alla strutturazione di contenuti educativi cognitivo-affettivi, ma di poter tener in considerazione anche le modalità e la qualità del passaggio di tali contenuti da un soggetto all'altro.

Meta-psicologia della relazione educativa

Si è visto come il rapporto tra il mondo esterno e il sistema psichico sia regolato da antichi pattern relazionali e meccanismi inconsci individuali che vengono attivati nel corso delle nostre esperienze di vita. Rispetto a ciò Freud (1912) definisce il meccanismo del transfert a partire dalla



nozione di spostamento, in cui l'individuo, attraverso dinamiche di traslazione, investe sulla relazione medico paziente i propri conflitti intra-soggettivi, residui, a loro volta, di precedenti relazioni signifi-

cative vissute nell'infanzia. Il significato di tale meccanismo di traslazione per Freud risiede nella ripetizione di una relazione più antica, legata a forti spinte libidiche all'interno del soggetto. Un altro processo fondamentale che regola le dinamiche intra psichiche e interpersonali è il fenomeno dell'identificazione proiettiva. Tale concetto è stato introdotto inizialmente dallo psicoanalista Edoardo Weiss (1925), successivamente ripreso da autori come Melanie Klein e Thomas Ogden. La Klein (1946) introduce il concetto nel celebre saggio "Note su alcuni meccanismi schizoidi", l'identificazione proiettiva viene descritta come un processo situato nelle fantasie del soggetto a seguito di un'incapacità di tollerare l'integrazione tra elementi buoni e cattivi del Sé.

A seguito di un'aumentata angoscia derivante da tale condizione, la Klein individua l'esistenza di due processi, la scissione e la proiezione, che portano il soggetto a percepire indistinguibili tra loro l'oggetto e le parti scisse del Sé proiettate nell'altro. Per Freud (1910) il concetto di controtransfert indica una precisa costellazione di affetti che insorgono nella mente del terapeuta per l'influsso del paziente sui suoi sentimenti inconsci. Winnicott (1949) definisce il controtransfert come un "fardello emozionale" di cui il medico si carica nel rapporto con il paziente, e informa inoltre sulla pericolosità di tali dinamiche rispetto alla possibilità che possano sfociare successivamente in meccanismi di "acting-out" da parte del medico nei confronti del paziente.

Sottolinea inoltre la necessità di una buona consapevolezza delle proprie reazioni emotive da parte del medico nei confronti del paziente. In seguito, Bion (1952) aggiunge un carattere interpersonale al concetto di identificazione proiettiva, descrivendolo come un processo che parte

dal soggetto ma che produce un cambiamento e una serie di effetti sull'oggetto. Bion descrive tale meccanismo come un "mezzo di comunicazione" (Bion, 1959, p. 107) o meglio una "forma di comunicazione non verbale". Alla luce di ciò risulta indispensabile in tutti i contesti relazionali, così come in quelli educativo formativi, rivolgere l'attenzione su tali processi non verbali che regolano, in questo caso, la relazione educativa operatore-utente. Così come il neonato o il paziente, proietta nella madre o nel terapeuta i vissuti che non è in grado di comunicare verbalmente - o gestire in termini kleiniani intrapsichici - l'utente o l'operatore possono a livelli inconsci e meta-relazionali comportarsi allo stesso modo nei confronti dell'altro. Alla luce di ciò risulta necessaria la capacità di gestione da parte di tutti i membri del progetto educativo dei meccanismi inconsci esistenti nella relazione tra operatore e utente, soprattutto di fronte a situazioni psicopatologiche importanti, in cui l'utenza non sembra aver compiuto una solida esperienza infantile di contenimento materno, capace di restituire e bonificare elementi disgreganti e scissi nel Sé del bambino, che ora l'operatore si trova a dover fronteggiare. A questo proposito, gli elementi proiettati nella mente dell'operatore, possono contribuire alla formazione di un meccanismo chiamato contro identificazione proiettiva (Grinberg, 1979). Grinberg lo definisce come un meccanismo di difesa, attivabile nella mente dell'oggetto, in presenza di massicce identificazioni proiettive; tale processo coinciderebbe con il desiderio inconscio di sbarazzarsi degli elementi proiettati del soggetto. Ogden (1991) descrive con precisione il meccanismo dell'identificazione proiettiva associando alla fantasia inconscia del soggetto - di proiettare le parti non tollerabili del

Sé sull'oggetto - le modalità introiettive che corrispondono all'effettivo sentimento dell'altro di assumere su di sé le parti proiettate dell'altro. Oltre alla scissione e alla proiezione, si può ora evidenziare il meccanismo dell'introiezione, il quale, secondo Ogden (1991), avviene grazie a pressioni verbali e non verbali, interpersonali, esercitate dal mittente verso il ricevente, affinché si comporti in modo congruente alle fantasie inconscie proiettate. In questo senso il ricevente può non essere in grado di gestire o tollerare tali elementi proiettivi. A tal proposito è stato ampiamente studiato come tali meccanismi non si sviluppino solamente nella diade, ma come si possano attivare anche all'interno di contesti organizzativi e di gruppi sociali. Rispetto al paradigma relazionale



operatore-utente, risultano inoltre fondamentali i concetti di transfert e controtransfert pedagogico, descritti da Bertolini (1993). Tali meccanismi, all'interno di una "clinica della formazione" appaiono fondamentali nella gestione e nella progettazione degli interventi educativi. Il transfert pedagogico diviene uno strumento in grado di catalizzare l'intervento

educativo verso nuove esperienze maturative per l'utente, promuovendo una nuova progettualità verso il futuro e un senso di sé vissuto come positivo (Bertolini, 1993).

Fattori psicodinamici e progettazione educativa

L'educazione diviene quindi un processo che si costruisce nel "fare insieme", in modo imprescindibile dalla matrice relazionale dei soggetti che ne fanno parte,



comunicando insieme aspetti non verbali e inconsci. L'operatore e l'utente divengono così contenitori di vissuti individuali e intersoggettivi. In questa cornice teorica l'educatore prende parte ad una possibilità di scambio massicciamente più corposa, al di là dei meri processi cognitivo-informativi propri dell'intervento educativo, collocandosi in una complessità interattiva a più livelli dimensionali, via via più profondi. Il riconoscimento di tali dinamiche relazionali e degli aspetti psicodinamici esistenti vengono spesso forclusi dall'attenzione dell'équipe educativa, attivando pensieri persecutori e

di forte ansia, che rendono spesso tali contenuti inaccessibili al lavoro, divenendo così soggetti a negazioni e dinieghi. Rispetto ad una buona gestione della progettazione educativa è importante quindi considerare tali fenomeni come i responsabili di situazioni problematiche che possono insorgere nel progetto e coinvolgere l'intera équipe di lavoro, portando, verosimilmente, a conseguenze negative per l'andamento del progetto e per la tenuta psico-educativa delle risorse umane implicate.

In considerazione di ciò, si può attestare l'esigenza di affiancare agli operatori strategie e apparati adatti a monitorare e analizzare i singoli processi soggettivi, non immediatamente osservabili, nella relazione educativa. Risulta pertanto fondamentale ripensare l'intervento e la progettazione educativa alla luce delle considerazioni sopra esposte, considerando quindi l'esistenza di elementi inconsci che si attivano al di là della percezione concreta esperita dall'essere educatore, e la possibilità di gestirli al meglio, introducendo momenti di supervisione all'équipe di lavoro. Tali accortezze, unite ad un'attenta selezione delle risorse umane, in un'ottica di affiancamento caso specifico, risultano in conclusione indispensabili strumenti di lavoro al fine di orientare l'efficacia e la qualità dell'intervento educativo.

BIBLIOGRAFIA

Tramma, S. (2008). *L'educatore imperfetto. Senso e complessità del lavoro educativo*. Roma: Carocci.

Herskovitz, M. (1936). *Memorandum per lo studio dell'acculturazione*. In L. Bonin e A. Marazzi, a cura, *Antropologia Culturale*. Milano: Hoepli.

- Siegel, J. D. (2012). *La mente relazionale. Neurobiologia dell'esperienza interpersonale*. Milano: Raffaello Cortina.
- Bowlby, J. (1979). *Costruzione e rottura dei legami affettivi*. Milano: Raffaello Cortina.
- Beebe, B. e Lachmann, F. M. (2003). *Infant Research e trattamento degli adulti. Un modello sistemico diadico delle interazioni*. Milano: Raffaello Cortina.
- Stern, D. N. (1977). *The first relationship. Infant and mother*. Cambridge: Harvard University.
- Brazelton, T. B. (1980). *On becoming a family: the growth of attachment*. USA: Dell Trade.
- Alvarez, A. (2011). *Nascita della vita psichica. 1° Seminario di formazione psicoanalitica 19.02.2011: Firenze*.
- Freud, S. (1912). *La dinamica della traslazione*. In *Opere*, vol. VI. Torino: Boringhieri.
- Weiss, E. (1925). *Una fase ancora poco studiata dell'evoluzione verso l'amore eterosessuale*. Rivista Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse.
- Klein, M. (1946). *Note su alcuni meccanismi schizoidi*. Trad. It. in *Scritti 1921-1958*. Torino: Boringhieri.
- Freud, S. (1910). *Le prospettive future della terapia psicoanalitica*. In *Opere*, vol. VI. Torino: Boringhieri.
- Winnicott, D. (1949). *L'intelletto ed il suo rapporto con lo psiche-soma*. In: *Dalla psichiatria alla psicoanalisi (1958)*. Firenze: Martinelli.
- Bion, W. R. (1952). *Group Dynamics: A Re-view*. *Internat. J. Psycho-Anal.* vol.33, reprinted in M. Klein, P.
- Heimann & R. Money-Kyrle, eds., *New Directions in Psychoanalysis*.
- Bion, W. R. (1959). *Attacks on linking*. *The International Journal of Psychoanalysis*, 40, 308-315.
- Grinberg, L. (1979). *Controtransfert e controidentificazione proiettiva*, trad. it. in Epstein L., Feiner A.H., a cura di (1986), *Il Controtransfert*. Napoli: Liguori.
- Ogden, T. (1991). *L'identificazione proiettiva e la tecnica psicoterapeutica*. Roma: Astrolabio.
- Bertolini, P. (1993). *Ragazzi difficili. Pedagogia interpretativa e linee di intervento*. Venezia: La nuova Italia.

L'intervento sui minori nel disagio sociale: il servizio psico-educativo domiciliare "diurno+"

Stefano Galeazzi

Psicologo

Presidente della Cooperativa Sociale "Vivere Verde Onlus", Responsabile area Psicologica

PREMESSA

Stare **in Comunità** e lavorare con i ragazzi favorisce una fusione tra due professioni: quella dell'educatore e quella dello psicologo, creando di diritto una "nuova professione".

Aver passato e condiviso in struttura, negli ultimi dieci anni, giornate e momenti pieni di gioia e carichi di dolore ci ha permesso di conoscere la vita ed i rituali dei

prendere i loro comportamenti, a prescindere che il loro ingresso in struttura fosse legato a motivi di disagio familiare, a reati commessi, alla presenza di disturbi psicologici conclamati o sommersi, o alla provenienza da un'altra terra, ha rappresentato un'opportunità per farsi accettare nonostante le difficoltà.

Far emergere il senso che i ragazzi danno alla loro vita passata e a quella di tutti i giorni, l'importanza di capire come vengano percepiti i rapporti familiari, come considerino i genitori, cosa pensino delle altre famiglie, quali siano i loro modelli della vita reale e di quella cinematografica, come si sentano con sé stessi e come ascoltino le loro emozioni, hanno animato il nostro lavoro quotidiano in struttura. Abbiamo cercato quindi di conoscere i loro ambienti di vita, scolastica e non, e di capire quali e quanti ruoli si trovano a rivestire durante la giornata.

"Agganciare" gli adolescenti significa cercare di pensare come loro, parlare come loro, ascoltare i loro miti e le loro avventure quotidiane, riuscendo così ad accorciare la distanza cronologica e generazionale, mantenendo come obiettivo la



ragazzi e delle loro famiglie.
Parlare con loro quotidianamente e com-

creazione di un sentimento positivo di fiducia, stando attenti a non cadere nei tranelli della "simmetria", che potrebbe creare delle fratture nella relazione.

Lavorare con gli adolescenti richiede inoltre la creazione di un'alleanza con la famiglia che, quando è basata sulla fiducia reciproca e sulla condivisione di aspettative realistiche, è in grado di promuovere una "regia condivisa" rispetto alle possibili soluzioni da adottare.

Queste nuove e "ricche" professioni portano con sé anche **nuovi modi per intervenire** in situazioni di disagio e difficoltà. È infatti partendo da queste faticose considerazioni che ci siamo trovati a studiare e riflettere per anni su quale potesse essere, per una parte di questi ragazzi, un servizio capace di mantenere viva l'opportunità di partecipare alla creazione di un'identità e al tempo stesso di rispondere al bisogno familiare di sentirsi "uniti".

Dopo un lungo percorso di studio, lavoro e fatica abbiamo riflettuto sulla necessità di dare vita ad un nuovo modello di intervento rivolto ai minori in stato di disagio socio-culturale, in grado di promuovere l'autonomia dei sistemi familiari e di ridurre il ricorso a percorsi di allontanamento e di inserimento comunitario.

IL PROGETTO "DIURNO +"

Il capovolgere il processo del "percorso comunitario", in tutti i suoi passaggi dall'ingresso in struttura, all'accoglienza, all'intervento psico-educativo sui minori e sul nucleo familiare, sino al rientro in famiglia, ha aperto nuovi scenari e nuove metodologie che si basano sul principio del "portare la comunità a casa del minore". Un percorso alternativo che possa però mantenere e garantire le caratteristiche tipiche del percorso comunitario, finalizzato dunque a fornire un accompagnamento educativo e psicologico,

caratterizzato da accoglienza e familiarità, volto a produrre un cambiamento positivo nel Minore e a supportarlo nel raggiungimento dei suoi scopi personali.



Da ormai cinque anni abbiamo così definito un Servizio Psico-Educativo Domiciliare, dove con "Servizio" si intende un'azione volta ad intervenire sul sistema famiglia, "Domiciliare" riguarda il luogo privilegiato entro il quale si svolge il lavoro ed il termine "Psico-Educativo" assume un duplice significato, riferendosi da un lato alle figure che intervengono nel programma e dall'altro agli ambiti di vita che vengono coinvolti nel progetto. Il "Diurno+" tenta di inserirsi tra due strumenti di tutela convenzionali quali interventi residenziali/ semiresidenziali e domiciliari classici.

Il lavoro viene svolto da un'équipe multidisciplinare, la quale struttura un intervento individualizzato ed altamente personalizzato sulle caratteristiche del minore (PEI) e della famiglia (PEF), garantendo un'azione destinata alla presa in carico globale di tutto il nucleo.

Le stesse figure che compongono l'équipe psico-educativa presente in comunità vengono affiancate al nucleo fami-

liare: educatori, psicologi, coordinatori e responsabili. Inoltre, al fine di monitorare



e condividere l'andamento del percorso, vengono adottati alcuni strumenti tipici del contesto comunitario, come il colloquio di "restituzione" con le famiglie, il "diario di bordo educativo", le "riunioni settimanali di équipe" e il lavoro di comunicazione e di costante interscambio con la "rete esterna" nella quale è inserito il minore (contesto scolastico, contesto sportivo, contesto di socializzazione ecc.).

Il lavoro con i ragazzi, coinvolgendo tutti i contesti di vita significativi, si configura come un intervento a 360 gradi. Nel progetto l'interesse prioritario è la tutela del benessere del minore che viene coinvolto in ogni fase dell'intervento e nel quale si cerca di favorire una sempre più piena consapevolezza di ogni azione prevista.

Il modello che utilizziamo si qualifica per un piano di lavoro definito **EFP**, operante a livello **Educativo, Familiare e Psicologico**, che si rivolge dunque al minore e contestualmente alla famiglia. Il modello di intervento intende abbracciare tutte le dimensioni della vita del Minore, attraverso l'elaborazione di un progetto "ecologi-

co-sistemico", che si sviluppi sulla dimensione educativa, su quella psicologica e che coinvolga l'intero nucleo familiare.

L'intervento domiciliare richiede cura, delicatezza ed attenzione perché le figure psico-educative entrano di fatto all'interno dello spazio personale dell'altro, frequentando una casa ed una quotidianità altrui. Nella prima fase dell'intervento, dunque, si dedica particolare attenzione alla costruzione dell'alleanza fra la famiglia e l'équipe di lavoro, promuovendo l'instaurarsi di una relazione fatta di scambio, confronto e di fiducia, che possa garantire una buona "**compliance**" per la famiglia e per il minore stesso.

Tutto questo rappresenta una risposta efficace ed innovativa ai nuovi bisogni espressi dal territorio.

Le sfide quotidiane che il tessuto sociale presenta, e le molteplici forme che il disagio adolescenziale e minorile ad oggi



assume, ci portano, in qualità di professionisti del settore socio-sanitario, ad intraprendere un percorso di continuo accrescimento, studio e trasformazione.

BIBLIOGRAFIA

Agostini, M., Monaldi, C., Pompili, M., Pugliè, C. Rastelletti, B. & Ravaglia, E. (2016). Stili di vita dei giovani. Territorio della Provincia di Pesaro e Urbino confronto 2009 e 2014. Dipartimento di Prevenzione Marche.

Becciu, M. & Colasanti, A. R. (2010). In viaggio per.. crescere: Un manuale di auto-mutuo aiuto per gli adolescenti: per potenziare le proprie risorse e stare bene con sé e con gli altri. Milano: Franco Angeli Editore.

Cavicchioli, G. & Bianchera, L. (2005). Supervisione e consulenza nell'organizzazione cooperativa sociale. Percorsi di apprendimento e cambiamento nei gruppi di lavoro. Roma: Armando Editore.

Ember, C. R. & Ember, M. (2004). Antropologia culturale. (C. Natali & A. Costa, trad.). Bologna: il Mulino.

Fagiani, M. B. & Ramaglia, G. (2006). L'aggressività in età evolutiva. Roma: Carocci Editore.

Gastaldi, S. & Di Pietro, P. (2014). L'aggressività degli adolescenti. Come comprenderla e affrontarla. Milano: Arnoldo Mondadori Editore.

Gordon, T. (1991). Insegnanti efficaci. Il metodo Gordon : pratiche educative per insegnanti. Genitori e studenti. (N. Lilla, trad.).Teramo: Lisciani & Giunti Editori.

Siegle, D. J. (2014). La mente adolescente. (C. Marchetti, trad.). Milano: Raffaello Cortina Editore.

Tibollo, A. (2015). La comunità per minori: un modello pedagogico. Milano: Franco Angeli Editore.

psicoin

Rivista dell'Ordine Psicologi
della Regione Marche

Direttore Responsabile

Luca Pierucci

Redazione

Commissione Cultura

Coordinatrice

Federica Guercio

Aquilino Calce

Giuseppe Lavenia

Giovanni Siena

Alessandro Suardi

Impaginazione:

èdita - Rimini

Registrazione

Registrato il 19.06.2000

Presso il Tribunale di Ancona

con il n. 8/2000

Periodicità

Semestrale

POSTE ITALIANE S.P.A.

Spedizione in A.P. 70% D.C.B. Ancona

Recapiti

Redazione

Ordine Psicologi della Regione Marche

Via Calatafimi 1 - 60121 - Ancona

info@ordinepsicologimarche.it

Per conoscere le norme redazionali

consultare il sito internet

www.ordinepsicologimarche.it

ISSN 2039-4101