



Appunti...
del Centro
Terapia
Cognitiva

4

SCUOLA DI FORMAZIONE
IN PSICOTERAPIA COGNITIVA



Ottobre - 2006

Ottobre

2006

4

Appunti...

del Centro
Terapia
Cognitiva

COMITATO DI REDAZIONE:

Carla Antoniotti, Rita Ardito,
Gianluca Chiesa, Sabrina Manzi, Gianni Monti,
Fabio Moser, Giuseppe Nava, Patrizio Pintus,
Silvia Rinaldi, Matteo Vicentini.

COMITATO SCIENTIFICO:

Bruno G. Bara, Maurizio Dodet,
Emanuela Iacchia, Bruno Intrecciatagli, Giani Liotti,
Grazia Manerchia, Walter Mascetti, Adriana Pelliccia,
Rita Pezzati, Mario Reda, Giorgio Rezzonico,
Saverio Ruberti, Savina Stoppa Beretta,
Maria Grazia Strepparava, Fabio Veglia.

DIRETTORE:

Marzia Mattei

INDICE

PSICOTERAPIA E NEUROLOGIA

*Cenni su un caso clinico:
la terapeuta ed il poeta*

Alessandra Massironi pag. 7

LO PSICOLOGO IN OSPEDALE: DOTTOR MALAUSSÈNE O ESPERTO DI RELAZIONI UMANE?

*Brevi cenni di un'esperienza in un reparto
di riabilitazione e recupero funzionale*

Marco Pastorini pag. 17

LO PSICOLOGO NELLE RSA

Marco Malnati pag. 21

PSICOLOGIA E PSICOLOGIE IN NEUROLOGIA

Monica Grobberio, Vanessa Raimondi, Miriam Benin pag. 25

LA DIMENSIONE RELAZIONALE MEDICO PAZIENTE NELLA COMUNICAZIONE DELLA DIAGNOSI: L'IMPORTANZA DI ATTIVARE LE RISORSE DEL PAZIENTE

Aldo Genovese, Fabio Moser, Rita Pezzati pag. 35

IL RUOLO DELLO PSICOLOGO IN AMBITO OSPEDALIERO DALLA PROSPETTIVA DEL TIROCINANTE PSICOTERAPEUTA

Matteo Vicentini, Alessandra Barbieri, Rita Pezzati pag. 45

IL PROGETTO SULLA PRESA IN CARICO MEDICO PSICOLOGICA DEL PAZIENTE CON TRAUMI DA TRAFFICO STRADALE

Serena Barbieri, Patrizia Borrelli, Alessandra Saibene pag. 49

RECENSIONI

a cura di Fabio Moser e Silvia Rinaldi pag. 53

PSICOTERAPIA E NEUROLOGIA

*Cenni su un caso clinico:
la terapeuta ed il poeta*

di Alessandra Massironi*

PERCORSI

Un terapeuta cognitivista che opera presso una divisione di Neurologia.

Forse la domanda immediata è quale funzione possa svolgere in un ambito nel quale l'esigenza predominante consiste nella valutazione testistica di aspetti cognitivi e dunque neuropsicologici che caratterizzano patologie del sistema nervoso in soggetti adulti e, di frequente, anziani.

Per rispondere a questa domanda occorre sottolineare quanto sia fondamentale sul piano operativo e relazionale un approccio multidimensionale che si esplicita in una considerazione dell'individuo nella sua globalità e complessità.

Attraverso specifici strumenti viene dunque condotta la valutazione di caratteristiche attinenti alla sfera cognitiva, emotiva, psichica, fisiatrica e fisica.

I limiti noetici e funzionali associati a patologie croniche ed acute, da cui consegue spesso una significativa riduzione di autonomia, mettono in evidenza elementi di fragilità della persona che incidono sulla rappresentazione e sulla narrazione di sé.

In tale cornice trova collocazione l'intervento psicoterapeutico o di sostegno condotto in un'ottica cognitivista, cui i pazienti possono accedere in corso di degenza o in regime ambulatoriale.

La terapia è pianificata e concordata in forma sinergica con il contributo offerto da altre competenze specialistiche quali medico curante, neurologo e fisioterapista o su richiesta, seppur più rara, del caregiver o dell'interessato.

Il desiderio di trovare uno spazio fisico e mentale nel quale condividere la sofferenza posta dal disadattamento alla condizione

*Alessandra
Massironi*,
psicologa e
psicoterapeuta,
socio ordinario
S.I.T.C.C.,
Responsabile
Servizio di
Neuropsicologia,
Azienda
ospedaliera di
Melegnano e
Servizio Assistenza
psicologica RSA
S.Luigi
Gonzaga-ICOS,
Gorla Minore (Va)*

patologica invalidante e di reperire strategie di gestione del turbamento dell'omeostasi, cioè dell'equilibrio soggettivo, non sempre emerge alla consapevolezza.

I sistemi motivazionali e di significato che appartengono alla persona nella sua storia, influenzano, infatti, il modo di affrontare e di vedersi nella malattia.

Pertanto si osservano situazioni nelle quali prevale il senso di non poter ricevere aiuto che comporta una chiusura, quasi uno stare immobili nella percezione di un decorso ineluttabile.

In altri casi si assiste al diniego delle difficoltà create da elementi stressogeni, come se il soggetto non si desse il permesso di esprimere il disagio.

Talvolta prevale una lettura focalizzata sul sintomo somatico, quasi a cercare di risolverlo magicamente con l'esclusiva terapia medica, negando la correlazione con aspetti emotivi e l'impatto sul funzionamento generale della persona.

In molteplici occasioni la reticenza nel ricorrere al trattamento psicoterapeutico è determinata dal timore del giudizio: l'accettare e soprattutto mostrare all'altro la debolezza fisica e psichica associata a modificazioni imprevedibili e poco monitorabili, mette a rischio l'integrità, può annientare, soprattutto qualora nel corso della vita la modalità di interazione e di visione di sé e del mondo sia stata centrata sul controllo e sul perfezionismo; al contrario può accadere che il paziente richieda al terapeuta istruzioni e protezione per superare i punti di vulnerabilità, affidandosi totalmente.

Pur all'interno del peculiare modo di ognuno di muoversi e vivere situazioni critiche ciò che accomuna le diverse esperienze è la tendenza a mettere in atto atteggiamenti e stili consolidati nelle tappe evolutive precedenti che tuttavia, proprio per l'eccezionalità della fase di vita attuale, possono risultare disfunzionali ed incastrare nella pesantezza di una sofferenza non sostenibile da soli.

Si ritiene che in tali contingenze il sistema motivazionale di attaccamento venga sollecitato in modo importante.

La relazione con il terapeuta in questo senso diventa percorso elettivo per sperimentare una base sicura nella quale elaborare e ri-narrare in un clima di fiducia esperienze di perdita, cambiamenti e progettualità, pur essendo questi elementi rischiosi e delicati. Davanti alla sofferenza psichica e fisica così intensa da toccare tematiche esistenziali profonde, facile è prendere eccessivo distacco o invece invischiarsi.

Tangibile è la tentazione di dare consigli, arrabbiarsi verso

l'inevitabile, risentire delle pressioni dei familiari, portarsi il disagio "a casa". Il lavoro in equipe risulta dunque l'ambito essenziale per la condivisione delle difficoltà.

Anche nella terapia con pazienti neurologici si verifica un'esperienza emozionale correttiva, nella quale l'individuo sperimenta la possibilità di ritrovarsi, di reinvestire emotivamente e di rileggere la propria modalità di relazionarsi a quanto è parte di lui e lo circonda.

L'intervento è specifico, del resto ogni relazione terapeutica è unica e privilegiata, e considera necessariamente le caratteristiche della patologia, le potenzialità ed i limiti, intesi dal punto di vista fisico ed intellettuale ed inoltre contestuale, quali la durata della degenza, di norma breve, e l'effettiva disponibilità di accesso al Servizio a lungo termine.

Nel corso di degenza l'obiettivo terapeutico, per l'esperienza di chi scrive, consiste soprattutto nel fornire un sostegno, volto a consentire l'espressione del vissuto, riportare l'attenzione dal sintomo al "dentro", favorire la consapevolezza.

Si pensi ad esempio a soggetti, che apprendono una prima diagnosi di epilessia, disturbo che nella maggior parte dei casi comporta l'assunzione costante di una terapia farmacologica ed alcuni vincoli nella quotidianità; o, ancora, a situazioni acute, quali esiti di ictus, che danno luogo a dipendenza e, probabilmente, ad insicurezza. E' intuitivo che il supporto terapeutico debba orientarsi alla nuova attribuzione di significati all'essere e stare nel mondo del paziente reso più debole da fattori destabilizzanti, che inficiano la possibilità di proiettarsi nella prospettiva di miglioramento.

La psicoterapia a livello ambulatoriale non può prescindere dalla trattazione dello scorrere del tempo e della fine dell'esistenza, in condizioni cliniche nelle quali è insito l'epilogo della morte. Ci si riferisce, in particolare, a pazienti affetti dalla malattia del motoneurone, sindrome che può esordire precocemente e condurre al progressivo blocco delle funzioni vitali, compresa quella respiratoria; oppure a soggetti che presentano tumore cerebrale o demenze degenerative, nei quali il tema della progressiva perdita di parti di sé è pervasivo.

In tali casi alla figura del terapeuta spetta il ruolo prioritario di accompagnare la persona; esso costituisce una risorsa relazionale per non soccombere al sentimento di impotenza.

Il processo terapeutico procede verso la riorganizzazione di sé, al fine di affrontare la percezione di elementi negativi imprevedibili ed inconsueti rispetto al passato, giorno per giorno, poiché alcuni

quadri clinici consentono alla progettualità di dipanarsi solo a breve termine.

La finalità generale è garantire, per quanto possibile, l'adattamento, riuscire a costruire un certo benessere soggettivo, un modo per "starci".

PSICOTERAPIA ED ALZHEIMER

Il termine demenza indica un lento e progressivo declino delle facoltà mentali, dovuto a deterioramento di cellule cerebrali, di gravità tale da rendere la persona malata incapace di svolgere come prima le proprie occupazioni quotidiane.

La perdita di cellule cerebrali è un processo naturale dell'invecchiamento, ma nelle malattie che conducono alla demenza si verifica ad un ritmo così veloce da impedire al cervello di funzionare adeguatamente.

La malattia di Alzheimer, in particolare, è la più diffusa tra le demenze degenerative ed è caratterizzata da:

- disturbi cognitivi a carico di funzioni quali memoria, attenzione, linguaggio, ragionamento, orientamento, prassia e gnosis
- disturbi comportamentali a carico della sfera emotiva e della capacità di rapportarsi correttamente alla realtà ed alle altre persone
- disturbi somatici a carico di alcune funzioni dell'organismo, quali ritmi sonno-veglia, senso di fame e sazietà, continenza.

Le limitazioni che progressivamente divengono più accentuate e la percezione di disorientamento e di perdita di elementi storici che definiscono l'identità derivanti da questa drammatica patologia sono spesso accompagnate da sintomi depressivi.

Il senso di solitudine epistemologica e lo smarrimento, per quanto ho potuto osservare nella pratica professionale a contatto con pazienti e familiari, emergono in modo importante.

Mi pare di poter affermare che il soggetto si perda in un limbo in cui memorie autobiografiche, volti conosciuti, abitudini, peculiarità che delineano l'individuo nella storia personale, si confondono, poiché privi di riferimenti stabili.

In tale stato di sospensione si esplicita, a tratti, una consapevolezza tragica di quanto avviene.

Soprattutto nelle fasi iniziali della malattia si osservano fluttuazioni consistenti tra la negazione delle difficoltà cognitive, che si riflettono in una minore efficienza nella gestione delle mansioni quotidiane, e lamentele e critica rivolta ad esse.

Non è facile dichiarare a sé ed a chi sta intorno che qualcosa sta cambiando; si è colti dal terrore verso quel nuovo ed ignoto che divora giorno per giorno la possibilità di esistere consolidata e sperimentata da sempre.

L'esperienza della perdita di abilità, informazioni e controllo determina sentimenti di impotenza, rabbia, disperazione.

Essa fluisce sul piano esplicito in atteggiamenti di tensione e condotte estremizzate ed inconsuete verso l'ambiente ed i familiari ed implicito nella rottura dei confini e dei nuclei stabili di sé. La psicoterapia nella demenza iniziale e moderata, pertanto, si concentra essenzialmente sulla possibilità di far emergere questi vissuti, mirando ad una integrazione di essi nell'organizzazione di significato del soggetto.

Continui sono i richiami al passato, rievocato meglio, ed al presente, per armonizzare le emozioni attuali con la storia della persona e con il suo modo di esperirle.

Riuscire a condividere l'angoscia, dare nome alla sofferenza e significato a condotte e parole che sembrano aberranti, all'interno della relazione terapeutica, solleva e consente il mantenimento di equilibrio, una sorta di unitarietà nella narrazione, pur nella gravità di quanto avviene.

Fondamentale qui è la ripetitività del setting, considerati i deficit di memoria anterograda e prospettica.

Gli incontri divengono quasi occasioni rituali, giovandosi di un meccanismo di apprendimento implicito, procedurale, se abbastanza ravvicinati (settimanali).

Capita, infatti, che dopo intervalli prolungati tra una seduta e l'altra il paziente mostri un senso di estraneità verso il terapeuta, come fosse la prima volta che lo incontra, oppure che all'inizio della seduta si presenti riproponendo le note anamnestiche che gli paiono importanti.

Ciò rende necessario dapprima lavorare sul recupero dei ritmi della relazione terapeutica per poi risintonizzarsi a livelli più profondi. Negli stadi avanzati della malattia potrebbe apparire arduo l'approccio psicoterapeutico in senso stretto, considerata la perdita della coscienza attuale, dovuta ad una compromissione grave e generalizzata delle funzioni cognitive, tra cui il linguaggio, cui si associano complicità di tipo medico.

Tuttavia, se si considera un modello che preveda il persistere di un funzionamento psichico implicito, non è escluso contemplare a questo livello la terapia di tipo psicologico, oltre che altre tecniche di intervento che incidono prevalentemente su aspetti emozionali.

BRANI DA UNA PSICOTERAPIA

Giovanni, 65 anni, giunge alla mia attenzione accompagnato dalla moglie e dal cognato alla fine del 2004, dopo molte peregrinazioni presso reparti di psichiatria e neurologia.

Dal 2000, infatti, il decadimento cognitivo insorge con turbe cognitive, del carattere e della personalità ed anomalie comportamentali, valutate nel corso di visite psichiatriche, neurologiche, neuropsicologiche e successivamente iscritti in protocolli di trattamento farmacologico.

Il paziente comincia a mostrare in modo graduale facile irritabilità, episodi di disorientamento topografico, difficoltà di denominazione, lacune mnesiche, perseverazioni nell'ideazione e rituali di controllo, fenomeni disorientanti per chi lo aveva fino ad allora conosciuto nella sua indole mansueta e ponderata e nella sua cultura eccellente.

Giovanni, da pochi anni in pensione, era stato professore di lettere in una scuola superiore e vantava numerose pubblicazioni di raccolte di poesie da lui composte.

Quando ci incontriamo il sentimento prevalente è la disperazione. La compromissione sul piano noetico si è significativamente accentuata.

Non è più in grado di uscire né di restare in casa da solo e dunque ridotto è lo spazio di esplorazione autonoma.

Nei momenti in cui emerge lucidità in merito a quanto lo sta investendo sembra non riconoscersi, prova disprezzo verso se stesso, rabbia verso ogni cosa, vergogna per la confusione in cui versa. Frequenti sono gli scoppi di pianto e di ira.

Da subito la terapia si focalizza sull'esplicitazione di tali emozioni, seppur la comunicazione di esse all'altro sia caratterizzata da intensa fatica. L'oblio di eventi appena trascorsi, di ciò che si è appena agito o detto, di un incontro, oblio che si verifica pressoché nell'immediatezza, rendono difficoltoso il mantenimento di una continuità nella percezione e nella narrazione di sé.

Giovanni sperimenta disorientamento, frustrazione ed isolamento, amplificati dalla difficoltà di esprimere le proprie esigenze ed il proprio disagio, dovuta ai deficit di tipo afasico, che subentrano presto durante la malattia.

L'esordio precoce e l'associazione di alterazioni comportamentali costituiscono, in effetti, indici predittivi di un decorso veloce del deterioramento.

Nonostante ciò, costanti sono stati i tentativi di riagganciarsi ad

eventi, ruoli, tracce del passato, per procedere ad una rilettura dell'esperienza di sofferenza nell'attualità collocandola ed integrandola alla luce della storia personale. Ho interpretato in quest'ottica un fatto accaduto dopo qualche mese di terapia.

Un giorno Giovanni si presenta in seduta con una serie di libretti che mi dispone alla rinfusa sulla scrivania: sono le poesie scritte e pubblicate nel corso di una vita.

La moglie mi spiega che qualche ora prima si muoveva per la casa, affaccendato ed in stato di agitazione, richiamando la sua attenzione verso gli scaffali della libreria: le pagine di una vita.

Mi colpiscono due foglietti, staccati dal resto, nei quali il corpo del testo in stampatello pende tutto da una parte e ben visibili sono le note disgrafiche.

Apprendo che quelle poche righe sono state composte nel periodo di esordio della malattia. Una volta soli, decido di leggerle ad alta voce e resto colpita da quanto quelle parole possano colmare ciò che i discorsi dello specialista spesso non veicolano appieno:

*“Perché devo ricominciare a vivere
la voglia di vivere i giorni che tutti devo fare miei
i giorni si susseguono con cadenze precise
la poesia è la vita di ciascuno.
La vita e la bellezza coniugano i sentimenti
più preziosi.
Come si può rinunciare al canto che
si dispiega nel volo di una farfalla
che farà propria la sua luce?
Cos'è una libellula che disegna
un arabesco dolce e luminoso?
Racconta la tua vita che è tua e mia,
perché la vita è tua e mia.
Dimmi la sofferenza e il giorno amaro che devo fare miei.
E dimmi, parla col cuore
dimmi la sofferenza e sapremo
capire la gioia.
Guarda i prati felici
e gli aquiloni disegnati.
Saranno macchie di mille luci
in un tripudio di luci
che disegnerà
la bellezza eterna.*

Ed ancora, la drammaticità:

*“Non so cosa fare
di questa vita ignobile
che mi propina solo amarezze.*

*Insulti assidui
ad ogni giorno che spunta
e mi precipita in un baratro
di ridicolo
che scardina ogni giorno
ed ogni idea di luce.
Tutto nasce ed offende
perché l'ultimo sogno
anch'esso è frantumato.*

*Dimmi chi sono
te lo dico io
è solo scempio
e niente può valere.*

*Tutto è finito nella sequela ignobile
non ci sono più.
Non c'è un'idea
che fondi ogni giorno
uno solo e le amarezze
sono l'unica svolta.*

Sul viso di Giovanni scendono lacrime, ma esse sono silenziose, come si fosse riconosciuto nonostante le produzioni verbali disordinate ed incomprensibili delle ultime settimane.

Sono lacrime intime e liberatorie di chi, nel suo modo, è riuscito a dire.

Dare voce alla sofferenza. La terapia diventa luogo del ricentrare su di sé attraverso l'emergere di isole di ricordo, base per il contenimento della disgregazione dell'esperienza personale.

Purtroppo, come spesso si verifica nel lavoro con pazienti affetti da demenza, la fine dell'intervento ha coinciso con la decisione da parte dei familiari, in accordo con i medici, di ricoverare il paziente nel nucleo alzheimer di una residenza socio- assistenziale.

Le ultime sedute si sono strutturate, pertanto, sull'accompagnamento del soggetto e dei congiunti verso questa condizione.

Il supporto al caregiver è stato offerto in ogni fase della terapia, e si è rivolto, soprattutto nell'aggancio, a favorire l'accettazione della

malattia stessa e la costruzione di una narrativa nel qui ed ora, che integrasse elementi pregressi.

Pur nella comprensione cognitiva delle caratteristiche patologiche del quadro clinico, l'atteggiamento iniziale della moglie è stato caratterizzato dalla tendenza a negare, a criticare le modificazioni cui assisteva, a ricercare miracolose soluzioni farmacologiche e riabilitative, sperando irrazionalmente in possibilità di miglioramento e di guarigione.

Negli incontri con la terapeuta erano riversate ansia, preoccupazioni, richieste di chiarimenti, disorientamento nell'affrontare nella quotidianità comportamenti che esulano da ogni ordine consueto. Il sostegno psicologico ha consentito l'espressione dei vissuti e delle difficoltà della donna. Anche in questo caso è stato dato spazio al richiamo delle memorie relative alla vita trascorsa insieme ed all'analisi della modalità di relazione.

I colloqui, oltre all'obiettivo generale della comprensione di ciò che stava avvenendo, hanno preso in esame aspetti pratici diretti alla gestione del paziente al domicilio ed alla sussidiarietà da parte di altri familiari e della rete dei servizi territoriali.

Così nel corso delle settimane, la terapeuta, come afferma la moglie di Giovanni, è diventata un riferimento emotivo sicuro, cui indirizzarsi per sostenere un po' meglio, nella condivisione, il disagio, un aiuto per riuscire a stare.

Delicata è stata la presa di coscienza da parte del congiunto dell'impossibilità di garantire il benessere del paziente (ed il proprio) mantenendolo a casa.

E' intuitivo quanto questa criticità sia associata a sentimenti di colpa e di fallimento.

Si è cercato di giungere ad una ristrutturazione di significato che potesse connotare di sfumature costruttive tale scelta come una forma del prendersi cura senza perdere, pur preservando quella fino ad allora percorsa.

Giovanni attualmente è istituzionalizzato. La demenza è ad uno stadio parecchio avanzato. So che nella sua camera singola è stato collocato uno scrittoio ed ogni giorno gli vengono forniti giornali, libri, quaderni da appunti e penne, che perde costantemente in reparto.

Il linguaggio è compromesso sul versante della comprensione e dell'espressione, così come le abilità prassiche, ma chi lo osserva scorge un uomo impegnato a scrivere e disegnare, in modo personalissimo, i propri appunti.

BIBLIOGRAFIA

Bara B.G. a cura di (2001), *Manuale di Psicoterapia Cognitiva*, pp 511- 550, Bollati Boringhieri, Torino

Barucci M. (1990), *Trattato di Psicogeriatrics*, Uses, Firenze

Goodstein R.K. (1982), *Individual Psychoterapy and the elderly*, Psychoterapy, 19, 412-8

Lai G. ((1998), *Disidentità*, Feltrinelli, Milano

Malim T. (1995), *Processi cognitivi*, Erickson, Trento

Moser F., Pezzati R., Luban- Pozza B. (2002), *Un'età da abitare. Identità e narrazione nell'anziano*, Bollati Boringhieri, Torino

Veglia F. a cura di (1999), *Storie di Vita*, Bollati Boringhieri, Torino

Trabucchi M. (1998), *Le Demenze*, Utet, Milano

LO PSICOLOGO IN OSPEDALE: DOTTOR MALAUSSÈNE O ESPERTO DI RELAZIONI UMANE?

*Brevi cenni di un'esperienza in un reparto
di riabilitazione e recupero funzionale*

Reparto di RRF, Casa di cura Villa Igea, Acqui Terme (Al)

Marco Pastorini*

*Marco
Pastorini*
psicologo,
psicoterapeuta,
reparto di R.RF,
Casa di Cura
Villa Igea,
Acqui Terme.
Dottorando in
Psicologia Clinica,
Università degli
Studi di Torino.*

LA FUNZIONE DEFINISCE IL RUOLO E LO SPAZIO

IL RUOLO ATIPICO

Formalmente lo psicologo in ospedale è un “laureato non medico”, una figura che, come i biologi, i fisici e i chimici, viene identificata per negazione o, al massimo, per approssimazione alla professione medica.

Formalmente lo psicologo è un “dottore non dottore”, ha il camice, ma non può aspirare al ruolo ricoperto dal medico. Lo psicologo in un contesto ospedaliero si confronta con alcuni modelli che possiamo definire “forti” in quanto storicamente e formalmente noti e definiti, come il medico, il fisioterapista e l'infermiere. Dal punto di vista gerarchico lo psicologo è un medico per il personale paramedico, quelli con la casacca, ma non è un medico per i medici: è un camice atipico.

Il primo problema per uno psicologo che si trova ad operare in un contesto ospedaliero è quindi quello di chiarire, a sé, ai colleghi e ai pazienti, chi è, qual è il suo compito e qual è il suo spazio (nel senso reale e metaforico del termine).

Queste domande preliminari, e quasi banali, rappresentano però uno dei passi necessari da compiere per poter instaurare una collaborazione costruttiva con le persone che lavorano in un reparto

ospedaliero, come oncologia, neurologia, geriatria, diabetologia, nefrologia, riabilitazione, ecc. Spesso il personale di questi reparti è abituato alla gerarchia dei ruoli interni, ma non ha esperienza del lavoro con lo psicologo, che può essere percepito come capace di soluzioni magiche e onnipotenti o come figura marginale a causa dell'immaterialità del proprio apporto.

TRA IL TECNICO E IL RELAZIONALE: L'ESPERIENZA NEL REPARTO DI RRF

Posto che il ruolo dello psicologo in ospedale è definito in maniera quantomeno sfumata, anche le funzioni necessitano di una maggiore precisazione.

La funzione dello psicologo in un reparto di RRF è prevista per la valutazione e il supporto dei deficit neuropsicologici ed individua una figura con un taglio fortemente tecnicistico tesa al recupero, là dove possibile, di competenze deficitarie.

Ma ciò che il reparto sembra invece richiedere allo psicologo è, oltre alle funzioni previste, una specifica competenza relazionale in grado di trovare punti di contatto e mediazione tra le esigenze cliniche e organizzative e le richieste e necessità dei pazienti e dei familiari.

Lo psicologo è l'unica figura in reparto preparata professionalmente nella gestione e modulazioni delle emozioni quali la perdita, la sofferenza e il disorientamento ed è perciò il naturale riferimento per affrontare questo tipo di esperienze.

Se la funzione è implicita o poco definita, il rischio è quello di svolgere il ruolo di M. Malaussène del reparto, una sorta di ufficio reclami a cui i colleghi, i pazienti e i parenti, possono fare riferimento per sfogarsi.

Una soluzione più lungimirante e funzionale agli obiettivi di un reparto di RRF è quella proposta da Nino Basaglia in "**Progettare la Riabilitazione**", testo che è stato assunto come riferimento organizzativo dal responsabile del reparto in cui da circa quattro anni sono inserito.

Basaglia individua per lo psicologo la funzione di referente, assieme ai medici, per l'*outcome globale*, cioè per quella serie di azioni necessarie affinché il paziente, a seconda delle condizioni generali:

- torni a vivere nel proprio ambiente conservando il suo ruolo in seno al nucleo sociale di appartenenza
- torni a vivere nel proprio ambiente opportunamente adattato e con l'aiuto dei familiari e dei servizi territoriali

- torni alla precedente attività lavorativa
- recuperi un'adeguata qualità della vita
- sia ricoverato in strutture adeguate all'erogazione dei servizi socio-sanitari previsti

Lo stesso autore definisce la figura dello psicologo nella riabilitazione come colui che:

Fornisce supporto ed educazione per aiutare la persona disabile e la sua famiglia ad adattarsi alle modifiche di vita e supporta l'intero team nel proprio lavoro. Partecipa all'elaborazione del progetto riabilitativo e dei programmi terapeutici e può assumere, in rapporto alla competenza professionale prevalente e alle decisioni del team, la responsabilità di questi ultimi.

Obiettivi dell'intervento dello psicologo nel reparto di RRF sono:

1. Riconoscere e certificare le situazioni maggiormente problematiche (deficit cognitivi correlati a demenza, stroke o traumi cranici, disturbi di tipo psichiatrico quali ansia, depressione, disagio sociale)
2. Favorire la compliance al ricovero e ai trattamenti
3. Ricalibrare gli obiettivi riabilitativi
4. Impostare programmi di recupero cognitivo e sostegno psicologico per l'adattamento al deficit acquisito e la gestione della sintomatologia ansioso/depressiva

L'intervento dello psicologo si orienta:

- sul paziente, per recupero/stabilizzazione delle funzioni cognitive e Sostegno psicologico individuale o di gruppo
- sui familiari, per la valutazione del carico assistenziale, attraverso colloqui di sostegno
- sull'équipe riabilitativa per la discussione del caso e la ridefinizione degli obiettivi
- sul sistema territoriale, in cui è parte attiva nel mantenere i contatti con le risorse del territorio (servizi sociali, strutture per anziani, servizi di salute mentale, ecc.) necessarie ad un positivo reinserimento al domicilio.

Quest'impostazione porta ad espandere il raggio d'azione dello psicologo, sia in termini di competenze e responsabilità, sia in termini di spazio. Non solo quindi valutazione e supporto delle funzioni cognitive nei pazienti con danni neurologici, ma anche colloqui di sostegno e motivazione a pazienti con sintomatologia di tipo ansioso-depressivo o scarsa tolleranza al dolore che interferisce con il percorso riabilitativo finalizzati al miglioramento della

compliance e al reinserimento nel contesto di provenienza. Ciò che richiede un reparto abituato ad elevati standard di competenze e di risultati, non è tanto un'altra figura tecnica, ma una figura in grado di coniugare le tecniche e i risultati con le esigenze delle persone, una figura in grado di dare spazio e voce al paziente, ai suoi obiettivi, alle sue aspettative, a quelle dei suoi familiari e del suo ambiente al fine di armonizzarle con i risultati raggiunti.

La richiesta è quindi quella di massimizzare il risultato funzionale raggiunto, fare in modo che non vadano persi, a causa di un rientro in un contesto inadeguato, gli obiettivi conseguiti.

Un'impostazione come quella di Basaglia riflette finalmente una visione del malato non solo come un arto o una funzione da riabilitare, ma come una persona da restituire a se stessa prima che al suo contesto.

Lo psicologo è quindi colui che, grazie alle competenze relazionali, è in grado di rilevare la persona e la sua storia, i suoi dolori passati e le sue difficoltà, gli obiettivi e le necessità sue e del nucleo da cui proviene componendoli in un unicum organico e fruibile dall'équipe riabilitativa.

Avere a disposizione un paziente che è una storia, una persona ed un nucleo di riferimento rappresenta anche per gli operatori tecnici (medici, fisioterapisti, infermieri, ecc.) una risorsa per contestualizzare una difficoltà rilevata nel processo di riabilitazione, un comportamento non previsto, un atteggiamento di un familiare.

Trattare dello psicologo in reparto significa, in ultima analisi, presentare un modello di relazione con il paziente diverso da quello medico, attento agli spazi e ai tempi della comunicazione, alle persone, ai loro bisogni, alla loro storia, alla loro unicità. Un modello di relazione che consente al paziente e ai familiari di sentirsi contenuti e compresi e porta risultati visibili in termini di riduzione dei conflitti e aumento della soddisfazione percepita.

La sfida per lo psicologo in reparto è quella di rendere concreto il proprio apporto, di renderlo visibile e fruibile a tutto il reparto, non solo produrre relazioni cartacee, ma azioni comprensibili.

BIBLIOGRAFIA

Progettare la riabilitazione. Il lavoro in team interprofessionale a cura di N. Basaglia, EDI-ERMES, Milano, 2002

LO PSICOLOGO NELLE RSA

Marco Malnati*

Lo psicologo nelle RSA sta diventando gradatamente una realtà: parlare di psicologo nelle rsa è spesso sinonimo di intervizione o formazione del personale. In particolare nei nuclei Alzheimer, è stato via via considerato una figura accessoria rispetto ad altre professionalità, o molto utile specificatamente ad interventi di stimolazione cognitiva quali la Validation therapy (1) o la ROT (2).

Più raramente si coglie la poliedricità del suo lavoro, in cui spicca la sua formazione clinica che, specie se arricchita da una specializzazione in psicoterapia, si rivela fondamentale per il benessere dell'ospite. Certamente l'intervento dello psicologo sarà tanto più efficace quanto più armonizzato e integrato con quello delle altre figure professionali presenti nella struttura.

Data questa premessa, lo strumento per eccellenza a disposizione è il colloquio clinico ma non è il solo. E' una risorsa preziosissima che consente di agire direttamente sul paziente e indirettamente su di lui attraverso le indicazioni che si possono condividere e scambiare con l'équipe.

Lavorare in una RSA significa conoscere i pazienti che in essa dimorano: il primo passo da compiere è conoscerli e stabilire una valida relazione d'aiuto con loro. Del resto la conoscenza dei pazienti si basa sui racconti dei familiari, sui dati presenti in cartella clinica o su ciò che i curanti hanno riferito. Sono informazioni senz'altro indispensabili, ma non sono sicuramente sufficienti per espletare al meglio il nostro intervento che deve basarsi soprattutto sulla relazione stabilita con la persona, la quale si sviluppa attraverso l'ascolto e l'empatia.

Purtroppo il bisogno di ascolto dell'anziano è spesso eluso, tuttavia l'esperienza clinica dimostra che nei colloqui essi esprimono chiaramente il loro "sentirsi soli" e il non sentirsi capiti. Questo bisogno è ancor più forte nelle persone affette da demenza per le quali il disorientamento e i deficit aumentano il bisogno di trovare dei validi punti di riferimento che generalmente sono il coniuge o i figli.

Marco Malnati
Psicologo e
psicoterapeuta,
è consulente
e formatore
del personale
assistenziale
presso il
Nucleo Alzheimer
dell'istituto Golgi
di Abbiategrasso.*

Spesso il disagio che si riscontra nei pazienti è relativo alla loro istituzionalizzazione che porta con sé un sentimento di non amabilità, il sentirsi di peso o inutile, anche perché nella maggior parte dei casi vengono istituzionalizzati contro il loro volere. Non solo, molti faticano ad accettare non tanto la malattia quanto la vecchiaia in sé: diventare vecchi spesso significa infatti constatare il declino di alcune capacità, la riduzione della tanto decantata prestanza ed efficacia, ma soprattutto rinunciare a parte dell'autonomia e dell'indipendenza. Se si considera la teoria dell'attaccamento risulta ancora più comprensibile il ripiegamento depressivo che alcuni anziani con attaccamento evitante sviluppano in tarda età. E' qui che la figura dello psicologo può fungere da mediatrice tra i bisogni dell'anziano e l'incomprensibilità del loro vissuto agli occhi degli operatori, oppure, in un contesto di persone con attaccamento resistente, può fornire quelle strategie atte a contenere l'ansia dei pazienti e la percezione di pesantezza degli stessi che viene avvertita dall'équipe. Molti di loro faticano ad esprimere le difficoltà che vivono e il loro vissuto, ma quando trovano un interlocutore che dà loro ascolto e comprensione si apre una finestra molto netta su ciò che stanno provando ed sperando in quel momento. Diventa così possibile pensare ad un intervento psicologico, magari limitato nel tempo e più simile a un intervento di counseling che ad uno psicoterapico in senso stretto, che li aiuti a superare il momento di difficoltà. Tuttavia l'intervento dello psicologo diretto al solo paziente darebbe benefici parziali che potrebbero essere amplificati dall'intervento dell'équipe a cui sono state fornite indicazioni utili alla gestione e al benessere del paziente. D'altro canto, la stessa équipe può fornire indicazioni precise circa le problematiche della persona monitorandone costantemente l'andamento dei segni. Nondimeno è importante che i dati emersi durante il colloquio, e quindi il vissuto e l'eventuale sofferenza dell'anziano, possano indurre un cambiamento nel modo di percepire l'ospite da parte del personale assistenziale.

Lo psicologo potrà in un secondo momento valutare con l'anziano stesso il suo vissuto e verificare l'entità del cambiamento, qualora esso avvenga.

Se è vero che l'attività dello psicologo si concentra su difficoltà contingenti o sull'inserimento dell'anziano, spesso il professionista si imbatte in quadri psicopatologici in prevalenza di natura ansiosa e depressiva, che pur non rispettando i criteri nosografici del DSM IV sono causa di disagio e sofferenza per il paziente. Ricerche recenti (3) hanno infatti evidenziato come, se da un lato

i disturbi psichiatrici tendono a diminuire con l'avanzare dell'età, essi aumentano negli ultimi anni di vita; altre ricerche in effetti confermano la presenza di sintomi di natura ansiosa in incremento dopo i 75 anni di vita. Alcuni studi indicano la presenza di sintomi di natura depressiva nella popolazione istituzionalizzata (4): se negli anziani al domicilio la prevalenza di depressione maggiore varia dal 3 al 5% , negli anziani istituzionalizzati varia dal 10 al 14%; mentre la percentuale di anziani ricoverati che, pur non soddisfacendo i criteri diagnostici utilizzati per porre diagnosi di depressione maggiore, presenta una sintomatologia depressiva clinicamente evidente, è pari al 20-40%.

In queste situazioni una buona collaborazione dello psicologo con il geriatra diventa molto importante: per esempio l'associazione di un intervento psicologico con un buon antidepressivo ha una ricaduta positiva sul paziente.

Il supporto agli anziani può connotarsi anche come psicoterapia: pur non essendo una pratica molto diffusa, alcuni studi, tra cui quello recente dell'università di Zurigo (5), hanno dimostrato l'efficacia delle psicoterapie con gli anziani.

Lavorare con questo target di persone comporta tuttavia un background minimo di conoscenze neuropsicologiche, dal momento che deficit neurologici possono condizionare in maniera rilevante la vita della persona con ripercussioni sulla percezione di sé, sull'autostima e sulla propria identità personale; inoltre come dimostra lo studio ilsa (6) il numero di persone che ricevono diagnosi di demenza di alzheimer è in costante aumento, pertanto è doveroso riconoscere le difficoltà di un soggetto con questo quadro patologico e valorizzare le sue residue capacità.

La presenza continua in una struttura può anche offrire al professionista la possibilità di vagliare, valicare o invalidare teorie: è stata nostra esperienza, per esempio, approfondire l'area della consapevolezza della malattia nelle persone affette da demenza (7).

La nostra ricerca ha sfatato il luogo comune che la consapevolezza di malattia sia presente solo nella fase iniziale di malattia, avendo dimostrato sperimentalmente che non vi è alcuna correlazione tra insight e mmse, età, cultura, sesso, gravità di malattia; abbiamo, prima di tutto, avuto conferma che la consapevolezza è di fatto una dimensione che va oltre il solo dato cognitivo, che, come dimensione sfaccettata e complessa, comprende anche aspetti di origine emotivo-affettiva. In secondo luogo è possibile derivare da ciò un'ulteriore motivazione al lavoro di interpretazione e controllo dei disturbi comportamentali, al fine di preservare

quella consapevolezza residua che, per quanto limitata, ha una valenza etica irrinunciabile per il suo legame con la capacità di autodeterminazione del malato.

La ricerca si configura dunque come una modalità stimolante di sfruttare tutte le osservazioni che la costante interazione con gli anziani ci offre, consentendoci di avere nuovi strumenti che possono avere una ricaduta puntuale sull'interazione del personale con l'ospite, e quindi una valenza rilevante nei momenti formativi.

BIBLIOGRAFIA

1. Neal M, Briggs M., *Validation therapy for dementia* Cochrane Database Syst Rev 2003;(3):CD001394
2. Spector A, Orrell M, Davies S., Woods B., *Reality orientation for dementia* Cochrane Database Syst Rev 2000;(4):CD001119
3. Hybels F.C., Blazer D.G *Epidemiology of late life mental disorder*, Clin Geriatr Med 19 (2003) 663-696
4. Lauderdale S.A., Sheik J.I, *Anxiety disorders in older adults*, Clin Geriatr Med 19 (2003) 721-741
5. Maercker A., Nitshe I., Shuster P, Boos A, *Psicoterapie with the elderly in outpatients settings:are elderly patients the easier ones ?* Z Gerontol Geratr 2004 Aug;37(4):265-71
6. DiCarlo A., Baldereschi M, Amaducci et all, *Incidence of dementia, Alzheimer's disease and vascular dementia in Italy: the Ilsa Study*. J Am Geriatr Soc 2002;50-41:8
7. Malnati M., Guaita A, Rossi S, Vitali S., *“La consapevolezza di malattia in persone con demenza in fase avanzata”* Giornale di Gerontologia ottobre 2003 vol.LI Numero S5 210

PSICOLOGIA E PSICOLOGIE IN NEUROLOGIA

Monica Grobberio*, Vanessa Raimondi**,
Miriam Benin***

1. PSICOLOGI IN NEUROLOGIA

L'accesso della psicologia all'interno delle realtà ospedaliere è da tempo ormai consolidata sebbene, a seconda dell'ambiente di appartenenza, si possa talora parlare di diverse psicologie.

In tal senso può essere considerato emblematico l'ingresso delle discipline psicologiche all'interno delle Unità Operative di Neurologia, ove la nostra esperienza può identificare modi differenti e peculiari di *fare psicologia*.

L'interesse specifico per il funzionamento della mente e la necessità di identificare adeguatamente le difficoltà cognitive che si possono associare a molte patologie neurologiche ha reso spesso indispensabile l'inserimento della neuropsicologia nelle attività specifiche del reparto.

In particolare, la valutazione neuropsicologica è da lungo tempo considerata strumento fondamentale per quanto riguarda la diagnosi differenziale delle demenze.

Non sono inoltre da escludere da una specifica indagine neuropsicologica neppure le malattie neurologiche di ordine neuromuscolare (ad es. sclerosi multipla, sclerosi laterale amiotrofica) né le cerebrolesioni acquisite (ad es. traumi cranio-encefalici, ictus cerebrali).

La letteratura scientifica di riferimento e l'esperienza clinica hanno tuttavia mostrato, all'interno della patologia neurologica, sempre maggiori evidenze riguardanti duplici complicanze di tipo psicologico.

Mentre da un lato, infatti, si rileva frequente la presenza di chiari disturbi della sfera cognitiva, d'altro canto sempre più spesso si può rilevare un concomitante e talora preponderante disagio emozionale che può essere riferito sia ai deficit cognitivi, sia all'esistenza stessa

Monica
Grobberio*
Psicologa,
esperta in
Neuropsicologia,
Psicoterapeuta cognitiva;
Laboratorio di
Neuropsicologia e
Psicologia Clinica
U.O. Neurologia,
A.O. S.Anna
di Como; AISM
(Associazione Italiana
Sclerosi Multipla) -
sezione di Como

Vanessa
Raimondi**
Psicologa, specializzanda
presso la Scuola
di Psicoterapia Cognitiva
di Como; Laboratorio
di Neuropsicologia e
Psicologia Clinica U.O.
Neurologia,
A.O. S.Anna
di Como; AISM
(Associazione Italiana
Sclerosi Multipla) -
sezione di Como

Miriam
Benin***
Psicologa, specializzanda
presso la Scuola
di Psicoterapia Cognitiva
di Como;
Laboratorio di
Neuropsicologia e
Psicologia Clinica U.O.
Neurologia,
A.O. S.Anna
di Como;
AISM
(Associazione Italiana
Sclerosi Multipla)
- sezione di Como

di malattia. Al fine di occuparsi dell'intero sistema-paziente, inteso come continuum mente-corpo, diventa pertanto fondamentale prendersi cura al contempo del funzionamento dei processi cognitivi e degli aspetti emotivo-affettivi della persona attraverso specifici percorsi terapeutici.

Il contatto con la disciplina neurologica, nel nostro caso, ha reso necessaria una sempre maggiore sensibilizzazione degli altri operatori sanitari (medici, infermieri, fisioterapisti, tecnici) a coinvolgere le figure psicologiche in maniera quanto più allargata. Ciò ha richiesto, peraltro, che si facesse ricorso ad una formazione specifica dello psicologo affinché si definissero chiare competenze sia neuropsicologiche, sia psicoterapeutiche.

2. AMBITI DI INTERVENTO PSICOLOGICO IN NEUROLOGIA

2.1 Neuropsicologia

L'uso del test neuropsicologico permette di classificare vari aspetti del comportamento umano attraverso la trasformazione di particolari fenomeni complessi - come la capacità di memoria, di attenzione o di ragionamento - in una misura.

Il punteggio al test esprime così la quantità in cui è presente una particolare abilità della persona esaminata. L'esame neuropsicologico è, pertanto, una procedura di tipo quantitativo. Al fine di fornire una chiara esplicazione di quanto rileva, l'indagine neuropsicologica non può tuttavia essere costituita da una somministrazione acritica di una serie di prove ma deve mirare a definire un profilo generale ed organico circa lo stato delle funzioni cerebrali superiori del paziente.

Ciò implica l'uso di un ampio ventaglio di compiti diversi ed eterogenei che siano in grado di valutare la funzionalità cognitiva globale (funzioni linguistiche, mnestiche, attentive, esecutive, strumentali).

L'esecuzione di tale esame presuppone che sia conciliata l'esigenza di una rapida attuazione con il raggiungimento di un adeguato grado di completezza.

Affinché inoltre i risultati dell'indagine possano essere considerati validi ed attendibili, devono poter essere confrontati con quelli ottenibili da un campione normale, quindi senza disturbi a carico della funzionalità cognitiva generale.

Di qui la necessità di utilizzare test tarati e standardizzati su un campione di pari età e scolarità.

Tutto ciò rende la valutazione neuropsicologica una metodologia diagnostica oggettiva.

In quanto metodo, però, essa non è da confondersi con l'attività neuropsicologica nel suo insieme, come invece talora accade.

La misurazione del danno cognitivo è certo il principale, ma non l'unico dei molteplici passaggi necessari a fornire un'informazione completa rispetto alla persona che viene valutata.

Prima di tutto essa deve necessariamente passare attraverso la concomitante approfondita conoscenza sia dei processi cognitivi e della loro reciproca interazione, sia delle cause o delle patologie, soprattutto a carico del sistema nervoso centrale, che possono alterare tali processi.

Quanto emerge da tale misurazione deve poi inevitabilmente essere spiegato sulla base di ipotesi e teorie che tengano conto non solo delle evidenze scientifiche rispetto al funzionamento della mente, ma anche della realtà specifica all'interno della quale si inseriscono.

Ciò implica la necessità di indagare quali siano, nell'esperienza soggettiva del paziente e/o del caregiver, le disfunzioni cognitive che determinano in maniera più o meno accentuata una limitazione dell'autonomia quotidiana.

Allo stesso modo, fondamentale è l'analisi di come tali disturbi si siano manifestati e sviluppati nel tempo.

Il danno cognitivo, al pari di ogni disturbo fisico o emotivo, ha infatti una propria storia con un esordio ed un'evoluzione che si collocano all'interno della storia stessa del paziente e, spesso, dell'ambiente relazionale che lo circonda.

Esemplificando, la modificazione cognitivo-comportamentale può avvenire infatti gradualmente nel tempo, con un più o meno lento declino - come ad esempio nel caso delle demenze - oppure in modo improvviso e repentino - come nel caso di un ictus cerebrale o di un trauma cranio-encefalico a seguito di incidente.

Oppure, ancora, il disturbo cognitivo potrebbe non essere una modificazione rispetto al passato, ma una realtà già presente da età molto precoci (ad es., nel caso di ritardo intellettivo conseguente ad ipossia perinatale).

La conoscenza di questa storia, unitamente alle specifiche conoscenze degli strumenti a disposizione, permette allo psicologo-neuropsicologo di orientarsi correttamente nella scelta del mezzo da utilizzare - il test appunto - per fornire una risposta quanto più efficace possibile al quesito posto.

Accanto alla misurazione del deficit ed alle conoscenze oggettive

e soggettive si colloca infine l'osservazione clinica, attraverso la quale si può ottenere un'informazione di prima mano rispetto al comportamento cognitivo del paziente e di supporto all'esplicazione del deficit neuropsicologico.

Uno stesso disturbo cognitivo, infatti, spesso può mostrare varie sfaccettature che possono indirizzare verso ipotesi diagnostiche diversificate.

Basti pensare, a titolo di esempio, che il disturbo di memoria può essere dovuto non solo ad un chiaro deficit nell'apprendimento, nel recupero o nella rievocazione del materiale presentato ma può anche essere secondario ad un generale disturbo strategico (la capacità di pianificare si ripercuote sull'abilità di imparare o rievocare le informazioni stesse), dell'attenzione o dello stato emozionale.

L'attività neuropsicologica volta alla diagnosi differenziale del disturbo cognitivo è pertanto definita dall'insieme coeso di quanto sin qui descritto.

Ciò al fine di evidenziare, in primo luogo, il motivo per cui il disturbo cognitivo si manifesta proprio attraverso un determinato sistema di nessi causali e, allo stesso tempo, il modo in cui tale disturbo influisce sull'esperienza soggettiva del paziente. Secondariamente, per poter ipotizzare quale sarà il decorso di tale disturbo neuropsicologico e quale la possibilità terapeutica specifica, sia essa farmacologica o non farmacologica.

2.2 Riabilitazione cognitiva

La presenza di un danno cognitivo interferisce solitamente, in maniera più o meno marcata, con la normale conduzione delle attività quotidiane della persona, mostrando un notevole impatto psicosociale e personale.

Gli approcci farmacologici oggi disponibili, sebbene innovativi rispetto al passato, sono comunque ancora parziali rispetto all'intera complessità della malattia.

Lo sviluppo di ipotesi terapeutiche che non siano farmacologiche assume pertanto una fondamentale rilevanza per pazienti affetti da deficit neuropsicologici più o meno diffusi, secondari a cerebrolesioni acquisite o a specifiche patologie neurologiche.

In quest'ottica, la precoce identificazione del disturbo neuropsicologico permette di definire programmi di riabilitazione cognitiva il cui scopo è quello di guidare e regolare i fattori perturbanti in grado di modulare la riorganizzazione della funzionalità cerebrale, da un lato favorendo le capacità neuroplastiche e dall'altro

inibendo eventuali cambiamenti disfunzionali. La caratteristica principale di un protocollo di intervento riabilitativo è quella di essere sufficientemente strutturato per poter essere replicato più volte con pazienti diversi ed allo stesso tempo abbastanza duttile da poter essere di volta in volta adattato al paziente in questione.

Nel corso della stesura di un programma riabilitativo, lo psicologo deve infatti tenere conto di molteplici aspetti che non si limitino però soltanto al quadro neuropsicologico generale o alle risorse residue, ma considerino anche la collaborazione del paziente, il quadro premorbo, le differenze individuali, le modalità di interazione relazionale, il comportamento e la combinazione di questi elementi in relazione tra loro.

Ciò permette di operare un'analisi del bisogno che potrà fornire al paziente le strategie necessarie a fronteggiare le proprie difficoltà cognitive, beneficiando di una sempre maggiore autonomia ed una minore necessità di supervisione esterna quali effetti positivi sullo svolgimento delle comuni attività quotidiane.

I metodi generalmente utilizzati possono essere di tipo strutturale, cognitivo o comportamentale.

I primi intervengono sul livello strutturale di una funzione cognitiva compromessa e sono pertanto specifici per la funzione in oggetto (memoria, attenzione, funzioni esecutive); le tecniche cognitive, invece, intervengono su un passaggio o su una componente di una sequenza di elaborazione dell'informazione e sono necessarie ad integrare tra loro le diverse funzioni cognitive.

Le tecniche comportamentali, infine, intervengono su comportamenti inadeguati nell'interazione sociale o ambientale. Tali modalità di intervento possono essere utilizzate singolarmente o in combinazione tra loro al fine di realizzare programmi sia individualizzati sia di gruppo.

La realizzazione di un progetto riabilitativo quindi appare essere, alla luce di quanto sopra descritto, piuttosto complessa.

Proprio tale complessità, unitamente all'esigenza di utilizzare spesso la combinazione di più tecniche allo stesso tempo, rende necessaria l'attuazione di specifiche collaborazioni interprofessionali con le altre figure sanitarie (fisioterapisti, terapisti della riabilitazione, medici) e con l'ambiente socio-affettivo del paziente (parenti, amici, colleghi di lavoro).

La migliore riuscita del trattamento è, in realtà, certo influenzata dalla durata o dalla frequenza con cui lo stesso è messo in opera, come pure dalla possibilità di mantenere un costante monitoraggio sugli effetti dell'intervento terapeutico, al fine di

poterlo progressivamente modificare in considerazione del fluido cambiamento del paziente.

2.3 Psicoterapia e counseling psicologico

L'impatto del sintomo fisico-somatico proprio della patologia neurologica sulla generale autonomia della persona è certamente di enorme e primaria rilevanza.

La frequente e progressiva invalidità che ne può conseguire necessita, infatti, immediatezza e tempestività da parte del clinico nella scelta della cura.

Ciò, tuttavia, tiene conto solo in parte della modificazione che subisce la qualità di vita del paziente, limitandosi a mantenere il focus sulla patologia di per sé e spesso tralasciando quanto si trova al di là del visibile o del misurabile.

In questo senso, si può perciò spesso assistere al negligerare tutti quegli aspetti emozionali e profondamente intimi che vengono qui portati in auge dalla comunicazione della diagnosi di una malattia cronica o dall'aspettativa circa l'evolversi del quadro clinico o, ancora, dalle conseguenze indotte dalla patologia sia sulle dinamiche familiari sia sulla vita relazionale e lavorativa del paziente.

La malattia neurologica è un evento altamente perturbante e si pone, in quanto tale, all'interno della storia di vita dell'individuo, manipolando l'immagine che egli ha di sé.

La superficiale considerazione del mondo interiore della persona e l'esplicitazione di rassicurazioni circa la presa in carico del corpo, spesso evidente in ambienti altamente medicalizzati, può quindi essere fuorviante e confondente per il paziente stesso.

L'improvvisa esperienza di vissuti emotivi correlati all'incapacità di trovare soluzioni efficaci per i nuovi bisogni imposti dalla malattia può talvolta essere per lui di difficile comprensione personale e di scarsa condivisibilità con gli altri significativi.

Il trattamento psicologico del paziente neurologico è pertanto di rilevanza pari alla cura del malessere somatico, ponendosi come mezzo per permettere alla persona di recuperare o ricostruire una propria identità, uscendo dall'isolamento.

Ogni paziente può mostrare, a seconda delle proprie peculiarità di storia di attaccamento ed organizzazione interna, modalità specifiche di reazione emotiva alla malattia neurologica.

Tenendo conto di ciò, il counseling psicologico può in parte coadiuvare la persona nel superamento di un momento di

particolare crisi, accompagnandolo verso un migliore adattamento nell'impatto quotidiano con i disturbi e le limitazioni causati dalla patologia.

La necessità del paziente, tuttavia, va ben al di là della semplice accettazione di malattia. Sempre più spesso la richiesta di cura è per questo, piuttosto, psicoterapeutica e si focalizza in particolare sul bisogno di rielaborare la propria immagine personale a partire dalla continua e duttile integrazione dei costanti cambiamenti a cui la persona stessa è sottoposta proprio perché malata. L'imprevedibilità del decorso e, di conseguenza, l'inesorabile variabilità dell'aspettativa di vita proprie di molte patologie neurologiche inducono il paziente non solo a sperimentarsi, ma anche a pensarsi come in incessante cambiamento.

Egli in tal senso saggia la modificazione reale, direttamente conseguente alle manifestazioni di malattia nel qui ed ora, ipotizzando al contempo molteplici scenari possibili di mutamento, siano essi temuti o soltanto fantastici.

Attraverso la relazione come strumento di cura, il paziente ha la possibilità sia di ri-definire il sistema corpo-mente, sia di riconoscere la continuità di sé tra il prima della diagnosi e il dopo diagnosi, riappropriandosi così della propria identità.

Ciò gli permette di integrare cognizioni ed emozioni in una fluida ri-acquisizione di senso, "rivolta all'obiettivo di raggiungere e mantenere un consapevole equilibrio dinamico" (Bara, 1996).

3. LE COMPETENZE DELLO PSICOLOGO IN NEUROLOGIA

Il lavoro dello psicologo in neurologia è, come abbiamo visto, piuttosto variegato sebbene a tratti possa essere complicato da una duplice tendenza riduzionistica.

Da un lato una sorta di riduzionismo cognitivo, operato spesso attraverso una sempre maggiore attenzione all'aspetto cognitivo con conseguente rinuncia al mondo affettivo del paziente; dall'altro ciò che noi definiamo riduzionismo emotivo, che pone esclusiva importanza a quel mondo interno del paziente senza tenere conto del suo funzionamento cognitivo.

Tale duplice riduzionismo può influire in maniera pressoché negativa sull'indagine e sulla cura dell'intero sistema-mente.

Lavorando in neurologia lo psicologo, proprio per questo, si trova di fronte alla necessità di operare in plurimi ambiti di intervento. Con il termine prendersi cura, infatti, a nostro parere si intende la cura del sistema mente-corpo senza distinzioni: ciò implica la presa

in carico dei processi cognitivi, attraverso una corretta diagnosi neuropsicologica ed efficaci progetti di riabilitazione cognitiva, e la cura del disagio emotivo attraverso l'approccio psicoterapico.

Lo psicologo ha comunque in tal senso la facoltà di scegliere quale aspetto assistere con maggior vigore, ponendo preponderante attenzione all'uno o all'altro dominio.

Secondo noi la competenza focalizzata soltanto al campo neuropsicologico o a quello clinico predispone inevitabilmente alla scelta di cura solo in quello specifico ambito di intervento. Nella nostra esperienza di lavoro abbiamo tuttavia notato quanto tali domini siano tra loro strettamente embricati e difficilmente scindibili.

Da un lato senza dubbio le elettive competenze neuropsicologiche sono di per sé fondamentali per l'operare dello psicologo in neurologia.

La mancata conoscenza di quali siano le specifiche difficoltà cognitive in ambito neurologico e quali le patologie che le possono provocare influisce in maniera significativa sulla possibilità di attuare progetti terapeutici di tipo psicologico o riabilitativo.

D'altro canto, la collaborazione con il neurologo sugli aspetti neuropsicologici permette di coadiuvare lo stesso clinico (medico o psicologo) nel leggere e modulare richieste più esplicitamente riguardanti il disagio emozionale del paziente.

Ciò significa che la neuropsicologia non può essere ridotta, come più sopra descritto, esclusivamente ad una mera esecuzione testistica.

Deve anzi tenere conto anche dell'esperienza dello psicologo nell'interpretazione dei risultati che emergono alla luce delle capacità del paziente di svolgimento autonomo delle attività quotidiane primarie e strumentali, del suo stato emozionale e della sua capacità di interagire con il mondo.

Al contempo tutto ciò permette al paziente di formulare, in modo non sempre consapevole, una richiesta di presa in carico del malessere generato dal proprio cambiamento, riconducibile alla presenza di malattia ed alle aspettative che essa determina più o meno direttamente.

Il compito dello psicologo, talvolta, qui in parte si limita ad aiutare la persona nel superamento di un momento particolarmente difficile ma specifico.

Tale intervento può comunque assumere sempre più spesso chiari connotati di ordine psicoterapeutico.

Ciò al fine di coadiuvare il paziente nel mantenimento della propria coerenza interna e nella gestione autonoma delle perturbazioni

provenienti dall'ambiente, attraverso una sempre più approfondita ricerca di senso all'interno della regolazione continua tra esperienza presente e passata.

4. CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

La cura del paziente neurologico nella sua complessa globalità non può prescindere, secondo noi, dall'affiancare lo psicologo al medico neurologo.

Nella nostra esperienza, peraltro, la contemporanea presenza di competenze neuropsicologiche e psicoterapeutiche ha fornito, e continua a fornire, un ulteriore valore aggiunto all'intervento terapeutico in toto.

Questo modello di lavoro, che determina una presa in carico necessariamente multidisciplinare della persona, permette al paziente da un lato di percepire un maggior senso di sicurezza ed una maggiore affidabilità della struttura, dall'altro di sperimentare che gli sia riconosciuta una molteplicità di aspetti contemporaneamente coinvolti nella sua condizione di malato. Proprio a partire dalla legittimazione della co-esistenza di differenti modalità di cambiamento che concorrono nel generare disagi e difficoltà - da quelle visibili e ben riconoscibili da tutti, a quelle più profonde e difficilmente condivisibili -, i pazienti ed, in alcuni casi, i familiari riescono a ri-costruirsi in un'idea integrata di sé e ad essere in grado di attribuire un significato a quanto sta accadendo.

BIBLIOGRAFIA

Bara BG (a cura di): “*Manuale di psicoterapia cognitiva*” - Bollati Boringhieri ed., 1996

Guidano V: “*La complessità del sé*” - Bollati Boringhieri ed., 1988

Guidano V: “*Il sé nel suo divenire*” - Bollati Boringhieri ed., 1992

Denes G, Pizzamiglio L (a cura di): “*Manuale di neuropsicologia. Normalità e patologia dei processi cognitivi*” - Zanichelli ed., 1990

Mazzucchi A (a cura di): “*La riabilitazione neuropsicologica. Premesse teoriche e applicazioni cliniche*” - Masson ed., 2001

Spinnler H, Tognoni G: “*Standardizzazione e taratura italiana di test neuropsicologici*” - Italian Journal of Neurological Sciences, 1987: suppl 8 no 6

LA DIMENSIONE RELAZIONALE MEDICO PAZIENTE NELLA COMUNICAZIONE DELLA DIAGNOSI: L'IMPORTANZA DI ATTIVARE LE RISORSE DEL PAZIENTE

Aldo Genovese*, Fabio Moser**, Rita Pezzati***

In questo articolo vogliamo proporre alcune riflessioni sulla possibilità e necessità di attivare all'interno della relazione medico paziente, in particolare nel momento della proposta diagnostica in malattie gravi e degenerative, meccanismi di attenzione alla relazione che tengano conto della presenza narrativa complessiva della storia del paziente come persona, per permettere un'integrazione dell'evento malattia all'interno della specifica esperienza del paziente, mobilitandone le risorse adattive.

Anche quando la diagnosi di patologia risulta in qualche modo comune è forte la consapevolezza che non esiste un caso uguale all'altro. Ogni paziente, accanto agli aspetti invariati che costituiscono il nucleo diagnostico, possiede delle peculiarità che lo rendono unico e irripetibile. Peculiarità che riguardano la malattia, ma anche l'organizzazione di significato personale che costituisce la sua identità in tutto l'arco della vita: un nucleo centrale di significato specifico che permette di riconoscere l'immediatezza delle emozioni e trasformarle in un'immagine cosciente di sé che si traduce poi in complesse trame d'identità. (Dodet 2005).

La sfida è confrontarsi con queste invarianze e diversità per promuovere in quel singolo paziente e nei suoi familiari le migliori qualità di vita possibili.

*Aldo Genovese**
medico neurologo e
psicoterapeuta.
Docente di
Neurologia
scuola di formazione
in Medicina
Generale
di Trento,
responsabile dell'am-
bulatorio Parkinson e
disturbi del Movimen-
to APSS di Trento
e psicoterapeuta
presso il Centro
provinciale disturbi
del comportamento
alimentare.

*Fabio Moser***
psicologo,
psicoterapeuta,
Socio Ordinario
S.I.T.C.C.,
coordinatore della
sezione regionale
S.I.T.C.C.
Trentino Alto Adige.
Studio associato "Me-
tafore" Trento.

*Rita Pezzati****
psicologa,
psicoterapeuta, Di-
datta S.I.T.C.C., socio
fondatore
del Centro Terapia
Cognitiva di Como
e docente
nella Scuola
di Formazione
in Psicoterapia
Cognitiva
dello stesso Centro.

In campo medico la gran parte della ricerca e dell'interesse scientifico è stata rivolta al trattamento farmacologico e chirurgico delle malattie; solo da alcuni anni la comunità scientifica ha rivolto maggiore attenzione agli aspetti più strettamente legati all'individuo malato e alla sua partecipazione attiva al trattamento della patologia.

Il coinvolgimento attivo del paziente è in grado di influenzare positivamente le terapie convenzionali, farmacologiche, chirurgiche e riabilitative.

Questo aspetto è particolarmente vero quando si parla di malattie croniche ed evolutive con profonde alterazioni dell'attività e della qualità della vita che richiedono interventi complessi e modificabili nel tempo.

Il momento della diagnosi, in questo contesto, assume particolare rilievo, poiché fin dall'inizio della malattia il medico deve pensare ad un progetto terapeutico complesso, altamente individualizzato, che si dispiega nel corso di molti anni.

Il successo della diagnosi e della terapia intrapresa dipende in gran parte da quanto il paziente e il medico si comprendono e collaborano reciprocamente.

E' importante colmare la distanza esistente tra medico e paziente, non solo per migliorare la compliance del paziente e la sua comprensione della malattia, ma anche e soprattutto per aiutarlo ad adattarsi ed elaborare i profondi cambiamenti fisici e psicologici che si concretizzano nel momento in cui il medico dà un nome all'insieme di sintomi e segni che il paziente porta alla sua osservazione.

Il metro di fondo è quello che ha caratterizzato la medicina di tutti i tempi: il rapporto diretto con il paziente, l'atteggiamento di comprensione e di empatia sono la garanzia che il paziente non è affidato soltanto ad indicazioni fredde, scritte nelle linee guida e nei protocolli e nemmeno è nelle mani di chi fa dell'empirismo il metro del proprio comportamento clinico (M.Trabucchi, 2000).

L'empatia permette di dare significato all'atto sanitario anche nei momenti più difficili e di crisi come è quello della comunicazione della diagnosi dove prendono forma le paure più profonde di ogni individuo: l'inabilità, la solitudine, l'abbandono.

Una diagnosi che cade dall'alto come un macigno rischia di interrompere il fluire dell'esperienza, l'integrazione dell'esperienza attuale con la storia personale.

Talvolta sono necessari alcuni incontri per costruire la trama

relazionale sulla quale poggiare la diagnosi senza rompere delicati equilibri e volgere le risorse personali verso una elaborazione e un adattamento ad una nuova situazione.

Spesso è necessario correggere le rappresentazioni errate che il paziente si è costruito della malattia, solo sulla base di racconti o suggestioni di amici, parenti o conoscenti.

Si tratta di orientare la crisi verso un processo evolutivo di integrazione dell'esperienza nell'identità del Sé in un nuovo equilibrio in cui coesistono e convivono gli aspetti di limitazione legati alla malattia con gli aspetti peculiari della storia individuale. La ricerca e la pratica clinica ci insegnano quanto il momento della comunicazione di una diagnosi di malattia grave attivi inevitabilmente emozioni forti, spesso di ansietà legata alla percezione di pericolo e vulnerabilità.

Sentimenti di paura, ira, colpa, impotenza, potranno attivarsi con diverso grado di intensità e presenza.

La malattia cronica, inoltre, non può essere considerata un corpo estraneo, una parentesi, ma deve collocarsi all'interno della storia personale del paziente, poiché è solo in continuità con essa che la persona riesce ad attribuire nuovi significati all'esperienza e a mantenere la coesione della sua identità.

In questo senso lo strumento più potente che ogni medico ha a disposizione è la relazione.

La relazione diventa il contesto influente attraverso il quale avviene la comunicazione, l'integrazione del passato con il presente (Moser, Pezzati, Luban-Plozza 2002).

IL COLLOQUIO CLINICO E LA RELAZIONE MEDICO-PAZIENTE

Quando medico e paziente si incontrano per la prima volta sono due sconosciuti che entrano in contatto, ciascuno con una serie di aspettative riguardo all'altro.

Il primo obiettivo deve essere sempre quello di stabilire un rapporto e una comprensione condivisa.

Il primo compito del medico è pertanto quello di trasmettere che il paziente viene accolto, valutato e considerato come una persona unica con problemi propri.

Il medico che cercherà di avvicinarsi all'esperienza del paziente favorirà un legame basato sull'evidente tentativo di comprendere il suo punto di vista.

Il tentativo di incontrare il paziente sulle emozioni espresse, talora faticosamente, di tristezza, di paura, di rabbia e anche di vergogna, di aiutarlo a dare un significato alle emozioni senza rimanere schiacciato da esse.

Questo approccio non necessita di commenti rassicuratori come: “non si preoccupi, non è nulla di grave” oppure di oscure diagnosi tipo S. extrapiramidale.

Invece che sedare l'ansia del paziente, queste vuote rassicurazioni sono destinate a fallire in quanto rassomigliano a precedenti commenti di amici e parenti.

Porteranno soltanto il paziente a credere che il medico non sia in grado di riconoscere e comprendere la sua sofferenza.

La maniera stessa nella quale viene raccolta l'anamnesi può avere un profondo significato relazionale e perfino terapeutico. L'approccio è empatico nel senso che prende in considerazione il punto di vista del paziente.

Prevede il coinvolgimento attivo del paziente come collaboratore in un processo esplorativo.

Il paziente è considerato come una persona che ha un notevole contributo da dare alla comprensione diagnostica finale.

La natura collaborativa del contesto è una delle più importanti componenti della terapia (Beck e Freeman, 1990).

La percezione di un accordo sulle mete da raggiungere e di una collaborazione reciproca per il loro raggiungimento costituiscono uno degli aspetti fondamentali di quella dimensione del rapporto terapeutico che oggi viene comunemente designata “**alleanza terapeutica**” (A. Semerari, 2000).

Nato in ambito psicanalitico (Zetzel, 1956; Greenson e Wexler, 1969), il concetto di alleanza terapeutica o di alleanza di lavoro, è stato ridefinito da Bordin (1979) come componente comune ad ogni approccio terapeutico comprensivo di tre elementi fondamentali:

1. l'accordo rispetto agli scopi;
2. l'accordo rispetto ai compiti specifici;
3. lo sviluppo di un legame interpersonale costituito da sentimenti positivi reciproci.

In questo senso alla relazione terapeutica viene attribuito il compito di motivare il paziente ad attivare le sue capacità di adattamento di fronte ad una malattia che può determinare profonde perturbazioni nella visione di Sé, delle sue relazioni significative e delle sue relazioni con il mondo. Molti aspetti dell'empirismo collaborativo

propri della relazione medico-paziente, quali le spiegazioni della malattia, del razionale della terapia, oltre ai vari momenti evolutivi e alla la verifica costante dell'accordo reciproco sembrano strutturati proprio per sollecitare questo tipo di impegno. (Temerari 2000)

Tale prospettiva appare particolarmente importante in un momento, come quello attuale, dove le opzioni terapeutiche, farmacologiche, non farmacologiche, chirurgiche, riabilitative, impongono una valutazione multidimensionale finalizzata ad un progetto terapeutico altamente individualizzato e soggetto a continua verifica e validazione.

L'individuo, per superare positivamente il momento della diagnosi, deve ricorrere ad una delle caratteristiche più antiche della specie umana: la **capacità di adattamento**.

L'adattamento, secondo Cesa-Bianchi (1987), deve essere inteso come una relazione dinamica tra due fattori in continua modificazione: ambiente e individuo.

La persona deve continuamente mantenere un equilibrio tra se stesso, pensieri, emozioni e azioni, e il mutare degli eventi all'interno dei quali è portato a costruire la sua vita (Pezzati, 1996).

La capacità di adattarsi ai cambiamenti che si propongono in una situazione di malattia cronica, è la chiave fondamentale per evitare di rincorrere modalità di essere non più possibili, o, viceversa, di fermarsi nel tentativo di evitare il cambiamento. Vogliamo sottolineare come il paziente si muova in continuità con la propria storia.

Tale ottica implica una concezione dello svolgersi dell'esistenza individuale che vede la vita come un unico processo di sviluppo. La malattia non è allora una soluzione di continuità con quanto ha costituito la persona nel corso della sua vita, bensì una nuova tappa evolutiva.

La malattia non è solo il risultato di trasformazioni biologiche, ma un processo altamente individuale in cui la propria storia, la modalità con cui ci si è costruiti la visione del mondo e di sé stessi nel mondo, influenzano la malattia stessa (Barucci, 1990).

Non sempre, purtroppo, questo auspicabile processo di integrazione si realizza.

Possono comparire, allora, aspetti disadattivi che vanno a sommarsi ai sintomi della malattia: non accettazione della diagnosi, deflessione del tono dell'umore, senso di insoddisfazione, ansia, disturbi nelle interazioni sociali e familiari. (Moser, Pezzati, Luban- Plozza, 2002)

Per non venire travolto psicologicamente dalla realtà che lo circonda e sulla quale teme di non poter più imprimere segni che durino nel tempo, il paziente mette in atto dei meccanismi di difesa. Le risposte maggiormente utilizzate si raggruppano attorno al meccanismo di fuga (negazione, rinuncia, rimozione ecc.) oppure a quanto attiene all'aggressività: verso gli altri o, spesso, verso sé stesso.

Evitare eventi che possono essere visti come potenzialmente stressanti porta, con l'andare del tempo, verso un adattamento sempre più parziale e, soprattutto, non permette un fluire delle emozioni.

Lo stato di malattia si caratterizza inevitabilmente come una accentuazione del sentimento di insufficienza: le limitazioni, anche se solo funzionali, minano profondamente l'integrità personale. Il controllo del mondo si modifica, lo spazio in cui intervenire si restringe, il corpo in quanto strumento di comunicazione e di azione diventa meno manipolabile e lo scambio con il mondo esterno può limitarsi progressivamente a ciò che è immediatamente utile a scapito dell'espressione dei sentimenti (Pazzagli 1990). Ogni persona ha la sua personalità, la sua storia e le sue relazioni che sente minacciate dalla consapevolezza dell'approssimarsi di esperienze di frustrazione.

Quando la malattia diventa un punto di riferimento del percepirsi, "l'essere malati" si trasforma in un aspetto dell'identità.

Ma l'identificarsi totalmente nella malattia, il confondersi con essa, esclude le parti sane, priva la persona della propria storia, delle proprie emozioni, delle strutture di significato personale e della continuità dell'esperienza.

Come uno specchio ci rimanda un'immagine deteriorata e inservibile. Interrompe il processo di adattamento proiettandoci in un vuoto isolamento.

Una risposta adeguata, di presa in carico globale della persona con i suoi significati di sofferenza, può aiutare a riattivare l'energia necessaria per rompere un isolamento fonte di ulteriore malattia. Il medico deve svolgere la funzione di un Io costante, di supporto e ausiliario che spiega e dà significato a quanto sta accadendo al paziente favorendone la ristrutturazione positiva e non la spaccatura.

Il compito del medico in questa fase è di aiutare il paziente a formare una nuova identità facendo dei collegamenti tra le passate esperienze e rappresentazioni di sé e le esperienze e rappresentazioni

attuali. Il medico, talvolta, potrà mettere in dubbio l'idealizzazione che il paziente fa del proprio passato per facilitare l'integrazione del passato con il presente. In questa fase il dolore e la perdita sono i temi centrali.

Lucia Carli (1999), mette in relazione la possibilità di attivare le proprie risorse verso un cambiamento adattivo con la capacità di chiedere aiuto, protezione e vicinanza.

La capacità di elargire cure e attenzioni alle persone alle quali si vuole bene, cioè il comportamento di accudimento, è una caratteristica importante dell'essere umano.

Durante l'età adulta il dare cura e protezione diventa reciproco, come all'interno delle coppie, e i figli scambiano cure e risposte ai bisogni dei loro genitori vicendevolmente.

L'adulto ammalato può divenire lui oggetto di accudimento senza più possibilità di reciprocità, per lo meno a livello materiale, mentre a livello affettivo può consolidarsi e addirittura incrementarsi l'equilibrio raggiunto durante il periodo dei figli adulti.

Si sottolinea come chi, per la sua storia di sviluppo, ha imparato a chiedere aiuto come modalità relazionale possibile e gratificante, fatichi meno, durante la malattia, al momento di dover contare sul sostegno concreto e morale, a vivere l'eventuale dipendenza rispetto a chi, invece, ha sempre vissuto facendo appello unicamente alle proprie forze e capacità.

Ricerca protezione e vicinanza quando ci si sente in pericolo, e il suo opposto, elargirla, cioè accudire, rappresenta un nodo cruciale nelle fasi iniziali e in tutto il decorso della malattia.

Sviluppare fiducia negli altri è uno dei compiti fondamentali per il paziente e un'alleanza di fiducia con il medico può essere un primo passo in questa direzione (Genovese 2005).

Sentirsi amati, accolti, protetti e sicuri, sono esperienze fondamentali per il benessere personale.

Quando una persona si trova a confrontarsi con un andamento di perdita di capacità fisiche o intellettuali che interferisce con la sua autonomia e fatica a ritrovare all'esterno i rimandi che lo ancoravano con la sua identità, deve maggiormente fare capo al significato interno che questi hanno rivestito nella sua storia.

Il concetto fondamentale è ancora quello di adattamento con la necessità di poter contare su una figura significativa.

Adattarsi a un diverso funzionamento del proprio corpo, quando se ne è conosciuto un altro, a una diversa immagine, sia come immagine di Sé che come immagine sociale, necessita di un'elaborazione, di un processo di cambiamento.

La presenza di figure significative che possono fornire appoggio e protezione è un riferimento fondamentale per poter affrontare la ristrutturazione in corso.

Per chi è affetto da una patologia cronica si tratta di rielaborare il lutto del proprio cambiamento e di lavorare in direzione di una nuova attribuzione di significato al proprio essere e, conseguentemente, all'agire.

E' necessario quindi rielaborare le perdite ma soprattutto permettersi di essere accompagnati, di essere vicini .

L'averne un'altra persona, il medico, che non solo ascolta la descrizione dei sintomi ed elabora una strategia terapeutica, ma cerca di aiutare il paziente a ricollegare questo disagio con lui stesso, con la persona intera, risultato della sua storia e del suo modo di averla vissuta, opera in direzione di una armonizzazione del vissuto e di una unificazione dell'esperienza (Pezzati, 1996, Moser, Pezzati, Luban- Plozza, 2002.)

L'alleanza terapeutica rimane uno degli elementi fondamentali.

Il successo dipende dalla qualità dell' incontro tra un paziente in un momento di fragilità e un medico scientificamente e tecnicamente aggiornato, in grado di effettuare scelte terapeutiche informate, fornire spiegazioni sulla malattia e sulla sua evoluzione, di cogliere il tempo giusto dell'intervento senza creare ansia o angosce eccessive, di coordinare e integrare l'intervento di altre figure professionali in un'ottica multidisciplinare.

L'incontro tra i due partecipanti è attivo, nel senso che l'interesse del medico per il paziente ricopre l'intera persona, dal presente al passato, configurandosi come riferimento che fornisce continuità all'esperienza, significato alle emozioni e integrazione agli interventi e alle molteplici opzioni terapeutiche.

La relazione emotiva e affettiva con il terapeuta è sicuramente un aspetto fondamentale per la mobilitazione di un vissuto positivo. Disponendo così di una base affettiva sicura, si apre la possibilità che questa mobilitazione di vissuto positivo contribuisca ad elaborare la fase critica della diagnosi permettendo al paziente di affrontare la malattia in modo attivo, partecipativo e consapevole e di trasferire tale vissuto alle persone appartenenti al suo ambiente o di prendere parte a qualche attività di socializzazione.

Al medico viene chiesto di accettare il carico di divenire persona significativa, come ponte per altri investimenti legati all'ambiente del paziente, permettendogli un bilancio della propria esistenza nei suoi aspetti sia positivi che negativi.

La famiglia, in questo contesto, rappresenta una risorsa fondamentale di supporto affettivo e relazionale e di aiuto concreto e, proprio per questo, spesso è importante offrire un sostegno, dare strumenti per la lettura e la comprensione di quanto sta accadendo al congiunto. In un contesto multidisciplinare riabilitativo che pone l'accento non sul deficit ma sulle risorse del paziente, la partecipazione e condivisione di obiettivi e modalità di percorso da parte dei familiari è di primaria importanza.

BIBLIOGRAFIA

- Barucci, M, (1990), *Trattato di Psicogeriatrica*, USES, Firenze
- Beck, AT, Freman, A, (1990), *Cognitive therapy of personality disorders*, Guilford, New York
- Bordin, ES, (1979), *The generabilizability of psychoanalytic concept of working alliance*, in "Psychoterapy"
- Carli L, (1999), (a Cura di), *Dalla diade alla famiglia*, Raffaello Cortina, Milano
- Cesa-Bianchi M, (1987), *Psicologia dell'invecchiamento*, NIS, Roma
- Dodet M. (2005), in Moser F. Genovese A. (a Cura di), *La dimensione relazionale in psicoterapia cognitiva*, Curcu Genovese editore, Trento
- Genovese A. (2005), *La teoria dell'attaccamento*, in Moser F.
- Genovese A. (a Cura di), *La dimensione relazionale in psicoterapia cognitiva*, Curcu Genovese editore, Trento
- Guidano, VF (1988), *La complessità del Sé*, Bollati Boringhieri, Torino
- Moser F. Genovese A. (2005), (a Cura di), *La dimensione relazionale in psicoterapia cognitiva*, Curcu Genovese editore, Trento
- Moser F. Pezzati R. Luban-Plozza B., *Un'età da abitare identità e narrazione nell'anziano*, Bollati Boringhieri Torino .

Pezzati, R, (1996), in Bara BG (a cura), *Manuale di psicoterapia cognitiva*, Bollati Boringhieri, Torino

Pezzati, R, (1994), Psicoterapia. In Rizzi R, ed., *Principi di farmacologia e terapia geriatrica*, Ambrosiana Editrice, Milano

Pazzagli A, Benvenuti P, (1990), *Trattato di psicogeriatrica*, USES, Milano

Semerari A, (2000), *Storia teoria e tecniche della psicoterapia cognitiva*, Laterza, Bari

Trabucchi M., (2000), *Le Demenze*, UTET, Milano

Zetzel, ER, (1956), *Current concept of trasferrence*, in "Internatinal Journal of Psychoanalysis

IL RUOLO DELLO PSICOLOGO IN AMBITO OSPEDALIERO DALLA PROSPETTIVA DEL TIROCINANTE PSICOTERAPEUTA

Matteo Vicentini*, Alessandra Barbieri**,
Rita Pezzati***

INTRODUZIONE

Il presente lavoro intende contribuire alla riflessione in merito al ruolo dello psicologo in ambito ospedaliero a partire dall'esperienza di due degli autori durante il tirocinio di specializzazione in psicoterapia. Ci riferiamo al reparto di Geriatria dell' "Ospedale della Beata Vergine" di Mendrisio (Canton Ticino). Il tirocinio è stato svolto sotto l'accurata supervisione di una nostra docente, consulente presso l'ospedale.

Lo scopo di questa esposizione presenta quindi una duplice valenza, dal momento in cui convergono considerazioni circa la figura dello psicologo in questa tipologia di contesto ospedaliero e l'esperienza del tirocinio lì situata. Si è cercato di ripercorrere per sommi capi un percorso di apprendimento professionale assai coinvolgente e accrescitivo su un piano personale.

APPRENDIMENTO RELAZIONALE

L'esperienza presso il reparto di Geriatria sin dal principio è stata per noi innovativa. In effetti si è trattato di sperimentare contemporaneamente la dimensione di tirocinanti psicoterapeuti, quella di psicologi nell'ambiente ospedaliero in senso lato ed in quel preciso contesto. Questo ha rappresentato la premessa per un processo conoscitivo particolarmente composito oltre che complesso.

La relazione con la nostra docente ha profondamente impregnato

Matteo Vicentini
Psicologo,
specializzando
in psicoterapia
cognitiva presso
la Scuola di Como,
membro del direttivo
regionale S.I.T.C.C
della Lombardia,
libero professionista
a Bergamo e presso il
centro "Liberamente"
di Villa di Serio
(Bergamo).*

*Alessandra
Barbieri** Psicologa,
specializzando
in psicoterapia
cognitiva presso
la Scuola di Como.
Lavora per la
"Fondazione centro
San Raffaele del
Monte tabor"
di Milano.
Libera professionista
presso il centro
"Liberamente"
di Villa di Serio
(Bergamo).*

*Rita Pezzati***
Psicologa,
psicoterapeuta,
didatta S.I.T.C.C.,
socio fondatore
del Centro Terapia
Cognitiva di Como
e docente nella
Scuola di formazione
in Psicoterapia
Cognitiva
dello stesso centro.*

di sé questa esperienza di crescita formativa, professionale e, prima ancora, umana. La condivisione di un quadro teorico di fondo ha fatto sì che, sin dagli esordi, la comunicazione potesse avvenire con naturalezza ed efficacia.

Durante la prima fase del tirocinio, quella che potremmo considerare dell'inserimento, la nostra attenzione si è in primo luogo orientata al reparto di Geriatria inteso come sistema organizzativo. Era agevolante poter cogliere nelle linee generali la collocazione della figura dello psicologo in quel sistema ed il suo ruolo interattivo con gli altri operatori. A questo scopo abbiamo assunto una prospettiva da osservatori che ci ha permesso di inquadrare la nostra docente nel contesto e di individuare coordinate utili alla nostra futura operatività. Tra i vari aspetti ci pareva rilevante quanto lo psicologo catalizzasse una serie di informazioni circa i pazienti del reparto provenienti dai diversi operatori della Geriatria, in primis medici e infermieri. In effetti un quadro che voglia rappresentare in modo il più possibile esaustivo la persona-paziente si giova dell'attivo contributo di un soggetto che, per forma mentis, sia incline a lavorare sul sistema uomo. Questo processo cooperativo lasciava quantomeno intravedere la presa di decisione, relativamente condivisa pur se in capo ai medici responsabili.

L'approccio ai pazienti ha anch'esso preso le mosse a partire da un'osservazione: quella della docente in interazione con loro. Durante i primi colloqui abbiamo potuto contemporaneamente osservare lei, il paziente e la loro relazione in corso. Il contesto inteso in senso lato tendeva nel frattempo a sfumare progressivamente sullo sfondo, pur rimanendo essenziale per comprendere il razionale di un colloquio architettato ad hoc. Il punto di riferimento prevalente era anzitutto l'aspetto metodologico e teorico, ciò da cui in seguito saremmo partiti espandendo in modo per così dire concentrico la nostra esplorazione emotivamente partecipata. La condivisione del quadro teorico ha senza dubbio svolto un ruolo importante nell'orientarci nel corso dei colloqui, ma ancor più ha favorito la successiva riflessione congiunta su quanto era avvenuto, alimentando uno stimolante senso di continuità con la formazione teorica e tecnica nelle aule del Centro di Terapia Cognitiva.

L'approccio al paziente geriatrico ospedalizzato era un condensato di elementi per noi inconsueti. Vorremmo prendere anzitutto in considerazione la tipologia di colloquio costruita per questo destinatario e in risposta a un insieme di richieste che ne delineano le finalità. Lo psicologo è qui chiamato ad un compito complesso e delicato, la cui descrizione sarebbe pretestuoso esaurire in questa

sede. Ci limiteremo ad indicarne due componenti rilevanti ed utili a comprendere la strutturazione del colloquio. La prima concerne l'equipe e la sua fondamentale esigenza di relazione efficace in senso lato con il paziente. La competenza dello psicologo è chiamata in causa in quanto capace di cogliere le dimensioni relazionali del paziente con particolare riguardo a quelle circa l'aiuto ricevuto in una situazione di vulnerabilità e difficoltà ampiamente intesa. La seconda è orientata al paziente stesso in quanto soggetto che si trova a vivere un'esperienza di ospedalizzazione. Ma soprattutto al paziente come persona. Ciò comporta la disponibilità ad accogliere in modo clinicamente sensibile (e sensato) anche aspetti di sofferenza fino al francamente patologico. Va da sé che queste due componenti interagiscono risultando di fatto discernibili soltanto ad una ricostruzione a posteriori.

Il colloquio tipo esordiva con un'attenzione al presente, all'immediatezza dell'esperienza del ricovero, spesso appena avvenuto. Le domande privilegiavano le emozioni esperite cogliendo al contempo i lineamenti organizzativi del significato personale. Sin dall'inizio è stato possibile cogliere la valenza relazionale di questo incipit. L'aggancio col paziente consente un'interazione emotivamente sollecitante. Un aspetto che ha stupito dappprincipio e che in seguito ha rappresentato uno dei principali cardini del processo di apprendimento riguardava il rapporto tra il tempo a disposizione (spesso poco più di mezz'ora) e la densità e rilevanza di informazioni da ottenere intorno al paziente. Infatti, dopo una valutazione sul presente che include le risorse a disposizione dell'anziano, il colloquio mira a indagare i pattern di attaccamento con le figure genitoriali. Nel primo periodo di tirocinio, quando ancora si è assistiti in diretta dalla docente, trovavamo difficile gestire il passaggio dalla prima a questa seconda fase. La domanda guida su quale fosse il ricordo più bello della propria vita rappresentava un ausilio in grado di introdurre in modo focalizzato ed affettivamente risonante il passato. Da questo punto in avanti si trattava di cogliere gli aspetti salienti dal punto di vista relazionale. A guidare il colloquio sullo sfondo, come si accennava, la teoria dell'attaccamento.

Il contesto entro cui si muove lo psicologo nel reparto di Geriatria richiama dunque l'esigenza dell'equipe di relazionarsi al paziente. Questo ci ha consentito l'apprendimento di modalità di gestione di situazioni di disadattamento comportamentale, motivazionale, relazionale non solo in riferimento alla relazione diadica ma anche al gruppo multidisciplinare di professionisti che hanno in cura

l'anziano, favorendo una continua collaborazione tra le diverse figure professionali.

Il tirocinio ha pertanto rappresentato una palestra privilegiata per l'acquisizione e l'assimilazione del lavoro multidisciplinare, della conduzione e della strutturazione del colloquio con l'anziano nella sua fluidità e dinamicità finalizzata a cogliere il variare intersoggettivo di ogni persona. In questa palestra, così come un ginnasta alle prese con gli attrezzi, attraverso il continuo apprendimento relazionale e sotto attenta supervisione ci siamo sperimentati in un progressivo calarsi nel peculiare mondo di questi pazienti che comporta una messa in gioco sul piano personale assai pregnante. Tutto ciò ha favorito oltre all'affinarsi della pratica anche la consapevolezza dei propri meccanismi che entrano in gioco nella relazione con l'anziano. Nell'avvicinarsi a tematiche specifiche della senescenza (invecchiamento, disagi fisici, malattie, perdita dei propri cari) sono risuonati nella pratica clinica dei propri nuclei emotivi. Grazie al costante accompagnamento e supervisione da parte della docente e attraverso l'esplorazione curiosa, la conoscenza e la consapevolezza di sé abbiamo intrapreso il graduale cammino della messa a fuoco delle nostre modalità peculiari di funzionamento emotivo. Il tirocinio ha pertanto favorito la dimensione del "saper fare" nella nostra esperienza formativa arricchendola anche con la dimensione del "saper essere".

Sarebbe quantomeno riduttivo circoscrivere ciò che possa essere inteso come il cuore di quanto questo tirocinio possa rappresentare per un futuro psicoterapeuta. Crediamo però che il continuo cercare se stessi nel comprendere il paziente sia essenziale e costituisca il cammino appassionante di questa parte della formazione.

IL PROGETTO SULLA PRESA IN CARICO MEDICO PSICOLOGICA DEL PAZIENTE CON TRAUMI DA TRAFFICO STRADALE

Serena Barbieri*, Patrizia Borrelli**, Alessandra Saibene***

PREMESSA

Nel 2004 l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha dedicato al tema della sicurezza stradale la Giornata mondiale della sanità intitolata "World Health Day- Road Safety". In quel giorno, in tutto il mondo, i governi, le istituzioni e le organizzazioni sono state chiamate a realizzare eventi ed iniziative sul territorio nazionale per sensibilizzare la popolazione sul delicato e serio problema degli incidenti stradali, delle gravi conseguenze ad essi legate e dei costi rilevanti per la società in termini di impatto sulla salute fisica e mentale. A tal proposito, la Risoluzione 57/309 del 2003 delle Nazioni Unite ha richiamato l'attenzione della comunità internazionale sull'esistenza di una "crisi globale della sicurezza stradale", precisando come il problema abbia finora ricevuto troppo poca attenzione a causa di un diffuso atteggiamento fatalistico e le risposte mirate ad affrontare la tematica rimangono ancora largamente insufficienti quasi ovunque. L'incidente stradale rappresenta un fenomeno sociale di prima grandezza che può riguardare chiunque: una famiglia su tre in Italia ha l'esperienza diretta di un incidente stradale e di ciò che ne consegue. Oltre un quarto dei decessi complessivi per cause violente è dovuto ad incidenti stradali; nessun'altra causa (a parte gli incidenti domestici, che provocano circa 10.000 morti all'anno) miete tante vittime quanto la strada. I numeri però non sono l'unico aspetto rilevante degno di attenzione. La Federazione Europea delle vittime degli incidenti stradali (FEVR, Federation Europeenne des Victimes de la Route) afferma infatti che il 90% delle famiglie dei morti e l'85% delle famiglie degli invalidi dichiara un significativo, e in metà dei casi drammatico, declino permanente della qualità della vita. Nello specifico si rileva che l'informazione fornita alle vittime di

Serena Barbieri,
psicologa e
psicoterapeuta,
specializzanda in
Sessuologia clinica.
Consulente presso
il "Nucleo per il
trattamento dei
disturbi d'ansia",
U.O di Psicologia,
A.O.S. Carlo
Borromeo di Milano.*

*Patrizia Borrelli**
Psicologa,
educatrice.
Collabora ad un
progetto di ricerca
sulla presa in carico
medico-psicologica di
pazienti con traumi
da traffico stradale
dell' U.O di
Psicologia
dell'Azienda
Ospedaliera
S. Carlo Borromeo di
Milano.*

*Alessandra
Saibene***
Psicologa,
collabora con il
Pronto Soccorso
del S.Carlo
Borromeo
di Milano.
Collabora
al progetto di presa
in carico medico-
psicologica di
pazienti con traumi
da traffico stradale.*

incidenti stradali a proposito dei loro diritti e delle organizzazioni che li tutelano è del tutto inadeguata; la maggior parte di coloro che subiscono il danno, comprese le loro famiglie, ha bisogno di un notevole aiuto psicologico, pratico e legale; si dichiara insoddisfatto dei sistemi di giustizia civile e penale del proprio paese; il danno fisico e mentale causato da incidenti stradali può avere effetti di lungo termine, a volte irreversibili, che negano alle persone colpite la capacità di mantenere il proprio livello di vita. Tali invalidità, non sempre visibili, possono compromettere la capacità professionale delle persone colpite, sino a determinare la perdita del lavoro, con serie conseguenze economiche per il nucleo familiare e per l'intera società. La ricerca in esame focalizza inoltre l'attenzione sui dati relativi all'impatto psicologico e fisiologico di un sinistro stradale, mettendo in evidenza come questi non riguardino solamente le vittime, ma si estendano, talvolta drammaticamente, alle famiglie; le quali non solo non possono godere di un risarcimento civile (economico-assicurativo, giuridico), ma non vengono neanche identificate come vittime secondarie e di conseguenza sono impossibilitate a godere di un riconoscimento sociale e a fruire di possibili "percorsi di sostegno".

LE CONSEGUENZE PSICOLOGICHE

I sintomi psicosomatici che possono insorgere in seguito a un sinistro stradale spesso degenerano in vere e proprie psicopatologie (disturbi del comportamento alimentare, depressione, fobie, attacchi d'ansia, tentativi di suicidio, problemi sessuali, etc.), non sempre tempestivamente diagnosticate, innescando da un lato probabili comportamenti di abuso di sostanze psicotrope (tranquillanti, sonniferi, tabacco, alcool, droghe), dall'altro una serie di risposte a livello sanitario non mirate e di conseguenza non efficaci dal punto di vista della diagnosi e del trattamento. Queste ultime, oltre a non essere di aiuto, gravano sulla spesa pubblica in termini di esami diagnostici, prescrizione di farmaci palliativi, visite specialistiche, invii presso i servizi di salute mentale e rischiano di cronicizzare i sintomi, favorendo una degenerazione verso quadri patologici ascrivibili, per esempio, al Disturbo Post Traumatico da Stress (PTSD), che compromettono la dimensione relazionale, sociale e lavorativa della vittima. Il PTSD è un disordine che incide fortemente non solo sulla qualità di vita, ma anche sulla predisposizione alle recidive, in quanto causa sintomi marcati di ansia o di aumentata attivazione che può produrre difficoltà a dormire, irritabilità, scarsa capacità di concentrazione, ipervigilanza, risposte di allarme

esagerate, irrequietezza motoria, abbassamento della soglia di percezione del rischio. A tal proposito, pur essendo riconosciuta da tutti l'importanza del problema e della necessità di integrazione di un trattamento medico e psicologico, l'enorme frammentazione di competenze e ruoli non ha ancora trovato una composizione in termini istituzionali e operativi se non in iniziative locali e talvolta episodiche. Da un punto di vista sanitario, intervenire sugli incidenti stradali significa soprattutto gestire il fenomeno in termini operativi, superando la tendenza del sistema sanitario tradizionale, che rischia di parcellizzare e iperspecializzare gli interventi. Sulla base di quanto emerso anche dai risultati della ricerca sopra riportata, l'intento è da una parte evidenziare la complessità del fenomeno incidenti stradali e dall'altra soprattutto stimolare un tipo di approccio complesso, mirante all'integrazione fra gli attori coinvolti e ad una programmazione trasversale degli interventi, che riteniamo si possano definire su tre livelli: prevenzione, gestione emergenze, intervento sanitario.

LE INIZIATIVE DI UN OSPEDALE

In occasione della Giornata Mondiale della Sicurezza Stradale il 7 Aprile 2004 l'Unità Operativa di Psicologia dell'A.O. Ospedale San Carlo Borromeo di Milano (già impegnata nel progetto di miglioramento dell'accoglienza degli utenti del pronto soccorso) con la collaborazione del dipartimento emergenza urgenza, ha organizzato un convegno sul tema: "L'incidente stradale: aspetti preventivi e di gestione integrata dell'emergenza in pronto soccorso", con particolare attenzione al confronto scientifico sui diversi aspetti del trauma e del suo trattamento. Esperienza, quest'ultima, che ha creato un terreno fertile per l'avvio di un progetto di ricerca dal titolo: "La presa in carico medico-psicologica dei pazienti con traumi da traffico stradale: analisi dei dati e sviluppo di un modello di intervento integrato", per il quale l'u.o. di psicologia ha ottenuto il finanziamento dalla Fondazione Cariplo¹, i cui obiettivi originali si proponevano di:

- accrescere la consapevolezza circa l'impatto sulla salute, i costi sociali ed economici dei danni da traffico stradale
- evidenziare la particolare vulnerabilità di alcune categorie di utilizzatori della strada.
- acquisire una metodologia di intervento integrato medico-psicologico dei pazienti con traumi da incidente stradale

¹ Il progetto si realizza con il contributo degli autori di questo articolo e con quello del dott. Andrea Bonanomi che si occupa della parte statistica

(dall'accesso al pronto soccorso all'avvio della riabilitazione)

- diffondere linee guida derivanti da una metodologia di intervento multidisciplinare
- conoscere e avviare l'utilizzo di strumenti in grado di restituire al paziente e ai suoi familiari il livello più elevato possibile di qualità della vita e la consapevolezza dei comportamenti a rischio.

A partire da questi obiettivi le successive elaborazioni hanno, inoltre, evidenziato la necessità di:

- soffermarsi sulla prevenzione dei disturbi psicologici post-trauma e della loro cronicizzazione, attraverso la cultura del riconoscere e del chiedere aiuto
- massimizzare il rapporto costo - efficacia degli interventi sanitari sugli effetti traumatici a livello psicologico dell'incidente e valutare gli effetti iatrogeni delle cure mediche su vittime, familiari ed operatori ai vari settori/livelli
- diffondere un testo di orientamento che raccolga una panoramica pluridimensionale sul fenomeno "Incidenti Stradali" e indicazioni per un trattamento multidisciplinare dei pazienti incidentati, da un punto di vista medico e psicologico, di facile fruibilità per chi opera nel settore, che consenta di stimolare la riflessione e la futura produzione di linee guida.

Il progetto nasce proprio dall'esperienza riportata dall'Ospedale San Carlo Borromeo di Milano, che mette in evidenza la grande affluenza di pazienti con traumi da traffico stradale e la necessità di potenziare un approccio integrato, finalizzato al confronto dei diversi soggetti che direttamente e indirettamente operano nel campo della sicurezza stradale. L'intenzione che ha guidato il lavoro si articola su due piani: da una parte comprendere il modello di trattamento sanitario vigente, dall'altra proporre interventi che superino una visione del trauma talvolta frammentata in direzione di un approccio globale all'individuo, sia dal punto di vista medico che psicologico, livelli questi ultimi che in ambito sanitario possono davvero trovare la loro corretta e possibile integrazione e di cui la presa in carico delle vittime della strada deve costituire solo una delle possibili applicazioni. A tal fine gli esperti, chiamati ad interagire tra loro e a confrontarsi scientificamente sui diversi aspetti del trauma e del suo trattamento, hanno avuto modo di evidenziare la sottovalutazione odierna del trauma psicologico negli Incidenti Stradali e la necessità di un approccio concreto da parte della psicotraumatologia sanitaria pubblica che faccia leva su una visione olistica del fenomeno e si ponga come sfida per affrontare un problema così diffuso ma ancora molto sottovalutato dalla popolazione.

RECENSIONI

A cura di Fabio Moser* e Silvia Rinaldi**

DOTTORE IN CARNE ED OSSA

Libretto d'istruzioni emotive per aspiranti psicoterapeuti

Fabrizio Rizzi

Clinamen Editrice 2006 Firenze

Fabrizio Rizzi è uno psicoterapeuta ed uno scrittore.

Il piacere per la scrittura emerge in questo gradevolissimo saggio-racconto immaginato come una lettera ad una giovane aspirante psicoterapeuta.

Generosamente e coraggiosamente autobiografico, Rizzi, partendo dai suoi 25 anni di esperienza professionale, ci accompagna in modo semplice, ma mai banale, attraverso i principali nodi che si trova ad affrontare chi decide di intraprendere e praticare questa professione.

Ricco di esempi ed aneddoti legati alla personale esperienza dell'autore, il testo si appoggia ad attenti e precisi riferimenti teorici raccolti trasversalmente tra autori di correnti teoriche diverse ma che condividono l'attenzione alla centralità della relazione terapeutica e “... il fatto di avere un rispetto vero, e non solo formale per il paziente.

Il considerarlo un essere pensante e desiderante, per quanto più o meno distorto e condizionato dal suo malessere, dalle sue paure e dalle sue difese contro il dolore.

Il trattarlo come persona responsabile e capace di scegliere, nonostante la sofferenza.”

Una lettura utile ed interessante per chi è curioso di vedere la terapia dalla poltrona di un (bravo) psicoterapeuta .

*Fabio
Moser *
psicologo,
psicoterapeuta dello
studio associato
“Metafore” Trento,
coordinatore
della sezione
regionale Sitcc
Trentino Alto Adige.*

*Silvia
Rinaldi **
medico specialista in
Psicologia
Clinica,
Psicoterapeuta.
Dottoranda
in Scienze
della Comunicazione,
Università
della Svizzera
Italiana, Lugano.
Studio di Psicologia
Clinica e Psicoterapia
Cognitiva di Varese.*

Finito di stampare nel mese di Gennaio 2007
da Larioprint - Como

