

**AREA SOCIO-  
PSICO-  
PEDAGOGICA**

## **INTRODUZIONE**

### **Descrizione dell'area e obiettivo della formazione**

La psicologia è la scienza che studia il comportamento umano sia sano sia patologico e i processi mentali che determinano tale comportamento.

L'importanza di questi studi sta nel fatto che essi chiariscono quali sono i meccanismi psicologici che sono messi in atto in determinate situazioni e ciò consente di leggere gli eventi con consapevolezza.

La conoscenza di questi meccanismi fornisce una chiave di lettura più obiettiva degli eventi, cosa molto importante perché la capacità di capire, cioè di essere consapevoli di ciò che accade, consente di entrare positivamente nelle relazioni.

Riferendosi allo studio dell'essere umano la psicologia riguarda tutti, sia come individui isolati sia come esseri sociali in relazione con altri.

In particolare, però, tocca più da vicino chi sceglie come professione un lavoro che comporta una relazione stretta con altri esseri umani soprattutto se si tratta di una relazione d'aiuto, ossia, un rapporto che presuppone l'accudimento di qualcuno in stato di bisogno.

In questo caso saper entrare positivamente ed empaticamente nelle relazioni è condizione essenziale per lo svolgimento di un buon lavoro (per "empatia" si intende la capacità di mettersi nei panni dell'altro)

Inoltre la maggiore conoscenza di sé e la più disinvolta padronanza delle relazioni conseguenti alle conoscenze teoriche ed alla crescita personale, permetteranno all'operatore di gestire al meglio i momenti di difficoltà legati a relazioni conflittuali sia con gli assistiti che con i parenti di questi, o con colleghi e membri dell'equipe di lavoro.

**CAPITOLO I  
ELEMENTI DI PSICOLOGIA  
PARTE GENERALE**

**ALLARGARE GLI ORIZZONTI**

**CONSAPEVOLEZZA E APERTURA MENTALE**

Uno dei requisiti caratteriali che deve possedere un operatore addetto all'assistenza è l'apertura mentale, intesa come la capacità di entrare in rapporto con gli utenti senza pregiudizi e con una visione libera e ampia degli eventi.

Per arrivare a ciò bisogna lavorare su di sé perché ognuno di noi, a causa delle sue esperienze personali, ha delle limitazioni.

Facciamo l'esempio di un operatore che abbia sofferto nella sua infanzia perché il padre era un alcolista, con tutte le conseguenze che ne derivano. Se nel suo lavoro da adulto assiste un alcolista, certamente sentirà smuoversi dentro di sé un insieme di sensazioni legate alla sua storia personale. È quindi importante affrontare la situazione nel seguente modo:

**1)** avendo lavorato a sufficienza su di sé per limitare il più possibile l'identificazione con la propria storia

**2)** accettando i propri limiti e quindi una minima ingerenza del proprio passato nella situazione attuale. È, infatti, quasi impossibile restare completamente neutrali e sarebbe inutile e frustrante pretendere da se stessi di non avere alcuna reazione.

Oltre alla nostra storia passata, anche le nostre convinzioni ed i nostri valori potrebbero influenzare negativamente i rapporti con gli utenti. È importante, quindi, eliminare i giudizi legati alle proprie esperienze passate.

Ciò non è assolutamente facile, in quanto ognuno di noi basa la propria esistenza su una serie di regole interiori che guidano la propria vita e queste norme non devono essere messe in discussione perché continueranno ad essere un punto di riferimento per noi, ma dobbiamo accantonarle temporaneamente per metterci a disposizione degli utenti senza pregiudizi di sorta.

Queste regole sono radicate in noi perché fanno parte della nostra educazione, siamo cresciuti con esse e accantonarle non è assolutamente facile, soprattutto se rappresentano per noi dei valori giusti ed importanti. Però rischiano di interferire nelle relazioni, limitando il rispetto delle scelte altrui e come conseguenza si ha una forma di chiusura mentale.

Avere un'apertura mentale significa allargare i propri orizzonti, cercare di guardare la vita e le scelte dei nostri utenti (e anche le nostre) con più ampio respiro. Un altro aspetto molto importante di autoconsapevolezza che permette una crescita personale e quindi una migliore attitudine al lavoro di cura, è la capacità di riconoscere la propria parte di responsabilità negli eventi della propria vita. Invece di buttare i problemi fuori di noi (è colpa degli altri), dobbiamo cercare la nostra parte di responsabilità in quello che accade (cosa faccio io perché le cose vadano così?). In questo modo si diventa consapevoli dei propri limiti e si possono gestire meglio, sapendo che gestirli non significa necessariamente neutralizzarli, ma conoscerli. Poi si può scegliere di accettarli o modificarli.

**FEEDBACK E SISTEMA CHE SI AUTOCORREGGE**

Per entrare efficacemente nelle relazioni è importante imparare a "leggere la realtà circostante". Ciò è possibile sviluppando una particolare sensibilità a cogliere tutti i segnali, soprattutto non verbali, che ci arrivano dalle persone e dagli ambienti con cui entriamo in relazione. Qualunque nostra azione o verbalizzazione ha un effetto sulla situazione in cui siamo inseriti. È l'ambiente ci rimanda un segnale che ci comunica importanti informazioni su ciò che si sta verificando. Questo segnale si chiama *feedback* o *retroazione*. È un'informazione di ritorno che ci segnala quale effetto

ha avuto sull'ambiente la nostra azione. Saper riconoscere e decodificare questi segnali non basta: bisogna anche saper intervenire sulla situazione.

L'utilità del feedback sta nel fatto che ci consente di capire se l'interazione sta procedendo correttamente o meno. Se il feedback ci dice che tutto procede come desiderato ci dà la conferma a proseguire, se ci dice che qualcosa non sta funzionando, dobbiamo essere capaci di modificare qualche elemento dell'interazione. L'interazione corretta consta di continui aggiustamenti derivanti dai feedback ottenuti.

### I PROCESSI ATTRIBUZIONALI

E' importante rendersi conto che quando attribuiamo significato agli eventi, siamo soggetti a una serie di distorsioni dovute alle nostre conoscenze precedenti, alle nostre esperienze, alle nostre attitudini, ecc., anche quando siamo convinti, di essere obiettivi.

La conoscenza dei "*processi attribuzionali*" ci aiuterà a capire ulteriormente i nostri orizzonti.

Il processo attribuzionale è quell'insieme di operazioni mentali con cui siamo soliti attribuire significato agli eventi esterni. Tale processo può essere di tipo "predisposizionale" o "situazionale". E' predisposizionale quando, nel dare significato agli eventi, poniamo l'accento sulle predisposizioni dei soggetti interessati.

E' di tipo situazionale quando invece poniamo l'attenzione sulle circostanze. Utilizzare un tipo di processo piuttosto che l'altro, cambia il significato della realtà. Esempio: un automobilista è fermo al semaforo in seconda fila. Quando scatta il verde il veicolo in prima fila suona il clacson. Invitato a dare una spiegazione di questo suo comportamento scorretto, lo spiega in termini situazionali: ha fretta, è in ritardo e non può perdere tempo. Quindi la situazione richiede che lui si comporti in tale modo.

L'automobilista in prima fila, invitato a dare una lettura degli eventi, li spiega in termini predisposizionali: l'autista che sta dietro di lui è un nevrotico maleducato. Il suo carattere, cioè la sua predisposizione, spiega il suo modo di agire.

Le persone tendono a dare la spiegazione situazionale o predisposizionale secondo il proprio interesse.

Per esempio: se sono io alla guida dell'auto in prima fila e l'auto dietro suona il clacson, dirò che l'autista è un maleducato nevrotico. Se sono alla guida dell'auto in seconda fila e sono in ritardo, suono il clacson giustificandomi con il fatto che, avendo fretta, sollecito l'autista davanti a partire.

### REALTÀ OGGETTIVA E SOGGETTIVA

Si può affermare, alla luce di quanto esposto sopra, che la realtà a volte non possiede un significato oggettivo, ma assume quello che noi diamo.

Prendiamo il famoso esempio del bicchiere mezzo pieno o mezzo vuoto. Immaginiamo di avere tra le mani un bicchiere della capacità di mezzo litro e che qualcuno versi in questo bicchiere un quarto di birra e supponiamo che questa bevanda sia molto gradita. Se sappiamo goderci la vita e abbiamo una predisposizione a guardare il lato buono delle cose, definiremo questo bicchiere mezzo pieno, ossia, saremo capaci di focalizzare la nostra attenzione sul piacere che ci dà avere un quarto di birra.

Se tendiamo di più alla critica ed al pessimismo, diremo di avere fra le mani un bicchiere mezzo vuoto, focalizzando la nostra attenzione su quello che non abbiamo.

Nel primo caso ci godremo un buon bicchiere di birra, nel secondo caso berremo la birra pensando con rammarico alla parte mancante. La realtà fisica è identica, si tratta di un quarto di birra. La percezione che si può avere della realtà è totalmente diversa. Pensate ora di estendere questo concetto agli eventi più significativi della vita e riflettete su quanto può cambiare la nostra visione degli eventi, e di conseguenza il nostro stato d'animo, se impariamo a leggerli in modi differenti. Imparare a porre l'attenzione sugli aspetti positivi delle situazioni migliora senz'altro il nostro modo di affrontare la vita.

## **LA RELAZIONE DI AIUTO**

### **LA CAPACITÀ DI AIUTARE**

Molte persone sentono il bisogno di aiutare chi si trova in difficoltà. Alcune però lo fanno fare bene e altre, purtroppo, talmente male che a volte, con la loro intenzione di aiutare, creano ulteriori problemi. Questo perché alcuni hanno una specie d'istinto per cui "sentono" ciò che è bene o non è bene fare. Chi riesce ad aiutare in modo efficace, generalmente non sa quali siano i motivi del successo del suo intervento (così come chi non vi riesce) semplicemente si rende conto di essere (o non essere) capace di farlo. Ma una comprensione consapevole della dinamica legata al processo di aiuto è importante per fare in modo che tale processo diventi un comportamento intenzionale. Questo aiuta chi è già capace ad organizzare meglio il proprio intervento e chi non lo è ad imparare a diventarlo. Le abilità necessarie per mettere in atto un processo di aiuto efficace sono abilità umane semplici, potenzialmente in possesso di chiunque o comunque suscettibili di apprendimento (per esempio: ascoltare, osservare, stimolare). Si tratta di metterle in atto nel modo giusto al momento giusto. Mentre per i piccoli aiuti materiali è sufficiente la buona volontà per dare un aiuto concreto ed efficace, per quel tipo di aiuto che potremmo definire "psicologico", nascono maggiori difficoltà.

### **L' AIUTO MATERIALE**

Nel lavoro dell'operatore che si occupa di assistenza, l'aiuto materiale è forse l'aspetto prevalente o, comunque, quello che è maggiormente richiesto.

Nel prestare aiuto materiale l'operatore sensibile e qualificato non dimenticherà mai di orientare il proprio lavoro in modo da privilegiare la relazione che si instaura con l'assistito.

Rifare un letto, aiutare a vestirsi, accompagnare, ecc., possono essere semplici atti o diventare preziose occasioni per intrecciare una relazione positiva con l'assistito, in un'ottica non più di pura assistenza (*"ti accompagno perché non sei in grado di camminare da solo"*), ma di recupero, in quanto mentre si accompagna l'assistito lo si può stimolare a fare da solo ciò che è ancora in grado di fare, facendo comunque sentire la propria presenza disponibile e affettuosa (*"ti accompagno per aiutarti a riscoprire il piacere di spostarti affinché tu possa recuperare, un po' alla volta, la capacità di farlo da solo"*).

### **L' AIUTO PSICOLOGICO**

Dare aiuto psicologico significa saper entrare in contatto emozionale con l'altro ed aiutarlo a produrre cambiamenti costruttivi e permanenti.

L'aiuto psicologico non è soltanto un processo tramite il quale un "problema interno" è risolto. 'aiuto psicologico "efficace" deve lasciare una traccia in profondità, sviluppando nell'altro una capacità o una risorsa permanente, che prima non era posseduta.

Però va premesso che l'aiuto psicologico vero e proprio è compito dello psicologo. Nonostante ciò non si deve dimenticare che ogni attimo trascorso con gli assistiti può diventare una preziosa occasione per andare oltre il semplice lavoro di aiuto materiale, instaurando una relazione empatica in cui inserire atteggiamenti finalizzati anche al recupero psicologico dell'utente.

Secondo Robert Carkhuff, studioso contemporaneo di relazioni umane, il processo di aiuto psicologico si può scomporre nelle seguenti componenti:

#### **auto esplorazione:**

affinché un individuo possa apprendere un comportamento nuovo, deve prima essere in grado di esplorare la sua condizione attuale

#### **auto comprensione:**

tentando l'auto esplorazione, la persona che cerca aiuto comprende meglio i propri problemi, così si può decidere cosa modificare;

#### **azione costruttiva :**

ora che il soggetto ha compreso la sua situazione attuale, può gettare le basi per un'azione costruttiva finalizzata al cambiamento.

Il processo di esplorazione, comprensione, azione, costituisce un ciclo che si "ripete" su se stesso. Quando la persona agisce ottiene un feedback dalla sua azione. Questo feedback stimola un'ulteriore fase di autoesplorazione che porta ad un'autocomprensione più completa ed a nuove azioni costruttive. Questo ciclo si ripete in continuazione promuovendo un processo di continua crescita.

Ovviamente le possibilità di evoluzione sono determinate dalla gravità delle funzioni compromesse e dal tipo di utente cui sono rivolte le cure. Ad esempio se consideriamo un anziano non autosufficiente, con il progredire dell'età tenderà ad aggravarsi e non a migliorare. Nonostante questo, anche una persona gravemente compromessa e senza una prognosi favorevole, può essere aiutata nel recupero di abilità minime.

### IMPARARE AD AIUTARE

Secondo l'autore sopra menzionato, le abilità di base necessarie da parte di chi offre aiuto, sono le seguenti:

#### **Mostrare disponibilità :**

all'inizio si offrirà un'attenzione incondizionata, indipendentemente dal comportamento della persona che si sta aiutando. Così facendo si fa sentire che ci vogliamo occupare dell'assistito qualsiasi cosa egli faccia. Senza imporre condizioni lo rassicuriamo circa l'importanza che ha per noi come persona.

#### **Rispondere ai bisogni:**

questo si ottiene adeguando i propri comportamenti ai bisogni dell'altro, attraverso un atteggiamento di empatia, cioè riuscendo a mettersi nei panni dell'altro. Così facendo l'assistito si sentirà capito e accolto.

Queste due fasi non devono essere protratte a lungo perchè hanno essenzialmente lo scopo di permettere di instaurare una relazione di fiducia, per poter passare alla fase successiva.

#### **Iniziare:**

procedendo nella relazione, l'operatore dovrà fare in modo di promuovere comportamenti autonomi facendo fare all'assistito, un po' alla volta, le cose che fino a quel momento ha fatto per lui, compatibilmente con l'età e la patologia. Così l'utente dovrebbe lentamente andare verso il "cambiamento".

È importante che l'operatore sappia seguire l'assistito nel suo cammino evolutivo con un'attenzione costante e sensibile, calibrando di volta in volta il proprio intervento, in vista dell'obiettivo che desidera raggiungere.

### IL CAMBIAMENTO

Il nostro organismo, attraverso un meccanismo chiamato "equilibrio omeostatico", tende a mantenere costanti certi valori di base, indispensabili per il suo funzionamento e per la sopravvivenza.

Ogni variazione significativa mette in stato di allarme tutto il sistema, perchè può rappresentare un pericolo per la nostra salute.

Il corpo ci invia dei segnali affinché si possa rimediare, ripristinando l'equilibrio preesistente.

Così come si accende la spia dell'olio per segnalare che bisogna riportare il lubrificante ai livelli ottimali altrimenti il motore rischia di fondere, allo stesso modo un rialzo della temperatura corporea ci avverte che l'organismo è stato attaccato da qualche corpo estraneo che bisogna debellare. Apportando le dovute correzioni, si riportano i valori entro i limiti necessari e l'organismo ritrova il suo equilibrio.

Tutto questo ci aiuta a mantenerci in uno stato di buona salute, senza dover ricorrere quotidianamente ad esami approfonditi.

Anche la psiche segue questa tendenza all'omeostasi, cioè la tendenza a mantenere costanti le situazioni della nostra esistenza (nel bene e nel male). Ne deriva un meccanismo chiamato "resistenza al cambiamento".

Da una parte questo ci protegge dal rischio di avviare ogni giorno situazioni avventate, rimettendo continuamente in discussione le nostre scelte, ma alle volte diventa un ostacolo alla crescita, può tenerci intrappolati in situazioni insoddisfacenti, perchè le riteniamo acquisite e non riusciamo a modificare nulla.

Paura di esprimere l'ignoto, paura di cambiare. E se va male? Chi lascia la strada vecchia per la nuova? Un po' di cautela è d'obbligo ma, alle volte, diventiamo letteralmente schiavi delle nostre abitudini, delle situazioni consolidate, delle sicurezze acquisite, anche quando queste situazioni non ci soddisfano più e succede che ci lasciamo sfuggire occasioni interessanti e importanti, solo perchè la paura di sperimentare qualcosa di diverso ci blocca.

Il pericolo maggiore è la scarsa riflessione che spesso dedichiamo alla nostra condizione di vita. Un po' per le resistenze che viene dall'idea di cambiare, un po' per pigrizia, un po' perche presi nel vortice quotidiano dei ritmi lavorativi.

Inoltre certi comportamenti appresi, ci sembrano facciano parte di noi da ritenerli tratti distintivi del nostro carattere: irrinunciabili e incorreggibili perche "fanno parte di noi". Non è sempre così. Spesso mettiamo in atto comportamenti, definiti "adattivi", perchè ci aiutano ad adattarci a situazioni difficili che diversamente non sapremmo come superare e ci salvano da mali peggiori. Il problema nasce quando, superata la situazione che ha richiesto la risposta adattiva, questa diventa un comportamento automatizzato, come se facesse parte della nostra personalità e si continua a utilizzare quella determinata risposta che ci ha protetto in passato e che ormai è diventata per noi un automatismo, anche quando non ci serve più, anzi ci danneggia. Ma non ce ne accorgiamo. Pensiamo di essere fatti così e di non poter fare nulla di diverso.

### LA PERCEZIONE

Essere a conoscenza dei meccanismi attraverso i quali percepiscono ciò che ci circonda, può aiutare l'operatore a formarsi una visione più ampia della realtà.

La percezione del mondo ci arriva attraverso i cinque sensi. I nostri recettori sensoriali ricevono l'informazione dall'esterno e la trasmettono al cervello attraverso le sinapsi (i collegamenti) fra le cellule nervose, cioè i neuroni. Si tratta di un messaggio chimico-elettrico.

Al cervello arriva uno stimolo che, decodificato, ci fa vivere l'esperienza della percezione.

Le cose non sono così semplici come sembra perchè, alla fine, accade che la nostra esperienza percettiva, chiamata percezione fenomenica, può differire dalla realtà oggettiva, cioè dalla realtà fisica, per diversi motivi. Innanzitutto il cervello filtra le informazioni in arrivo e le seleziona scegliendo principalmente quelle che ci possono essere utili nella situazione che stiamo vivendo. Questo perchè siamo continuamente investiti da una quantità innumerevole di stimoli e il cervello non può accoglierli tutti e così una parte di questi è completamente ignorata e quindi persa. Ciò significa che i nostri sensi non registrano degli eventi che sono comunque presenti nella realtà fisica. Un secondo fenomeno che accade consiste nella distorsione degli stimoli che il cervello prende in considerazione, avente come risultato una differenza fra la realtà fisica e la realtà fenomenica. Questo accade perche il cervello non si limita a decodificare il messaggio in arrivo: nel dare un significato allo stimolo in entrata utilizza le conoscenze che possiede e, in base a queste, dà un senso ai dati che analizza.

Inoltre procede all'analisi dei dati in modo *logico ed economico*. Ciò significa che di fronte a varie possibilità di decodificazione, sceglie quella più semplice e coerente.

Se ci rendiamo conto che anche la realtà fisica, che crediamo di percepire può essere soggetta a distorsioni impariamo a porci in modo più umile e aperto di fronte a tutti i fenomeni della vita, a maggior ragione rispetto a quelli che riguardano le interazioni fra individui.

Abbandonare le certezze è l'unico modo che ci consente di entrare in relazione con persone molto diverse da noi con la mente libera e serena, senza pregiudizi.

## **L' ANALISI TRANSAZIONALE**

Un grande aiuto nella comprensione e gestione delle relazioni, ci viene dalla conoscenza dell'*Analisi Transazionale* che è una forma di psicoterapia ideata agli inizi degli anni 60 da Eric Berne. Agli operatori non interessa in quanto psicoterapia, ma come strumento teorico che ci aiuta a migliorare le relazioni che si realizzano fra gli individui.

Berne ipotizza che le relazioni che le persone instaurano con gli altri (transazioni) si fonderebbero su parti frammentarie della personalità, rappresentate dai vari stati che l'**io** può assumere.

Le tre parti presenti in ciascuno di noi sono:

### **Il Genitore - l'Adulto - il Bambino**

**Il Genitore:** riguarda la registrazione dentro di noi di eventi esterni assorbiti durante l'infanzia, soprattutto nelle relazioni con persone dotate di autorità (genitori, insegnanti, fratelli, ecc...).

Le informazioni presenti nel Genitore, sono state assorbite e registrate direttamente dal bambino, poiché non essendo ancora dotato di facoltà critiche, non ha avuto la possibilità di filtrarle. Nel Genitore sono contenute tutte le ammonizioni, le regole, le leggi che il bambino ha raccolto dai propri genitori o da figure simili. Il Genitore può esprimersi con diverse facce secondo l'esperienza passata: una faccia critica (severa, che proibisce), una faccia consolatoria (protettiva, affettuosa), ed una faccia contraddittoria (gli adulti spesso dicono una cosa e ne fanno un'altra).

Quindi si struttura nella persona uno stato che ha queste caratteristiche:

- proibizione
- protezione
- contraddittorietà

**Il Bambino:** contemporaneamente alla registrazione del Genitore, se ne verifica un'altra che fissa gli avvenimenti interni, le reazioni a ciò che il piccolo vede e sente direttamente.

Anche il Bambino ha più facce compresenti, con la prevalenza di una o dell'altra, secondo gli eventi:

- il Bambino spontaneo, egoista, centro dell'universo
- il Bambino che ha assimilato le proibizioni ed i divieti e si comporta di conseguenza
- il Bambino saggio, creativo, intuitivo, con capacità manipolatorie.

Quindi le caratteristiche che si struttureranno nel Bambino saranno :

- naturalezza
- adattamento
- saggezza
- creatività

**L'Adulto:** crescendo l'essere umano non registra più passivamente, ma è in grado di intervenire sui dati esterni, interpretandoli e classificandoli. Ciò rappresenta un'autonomia sia dai dati provenienti dall'esterno (Genitore), che dall'interno (Bambino).

L'Adulto presenta le seguenti caratteristiche:

- razionalità
- indipendenza
- capacità decisionale
- capacità di valutare le probabilità

Questi stati dell'**io** agiscono inconsapevolmente nella nostra vita quotidiana e sono sempre compresenti nelle persone. Non sono elementi fissi ma dinamici e mobili, che dipendono dalle caratteristiche delle situazioni e dal tipo di relazioni instaurate. Negli individui e nei gruppi si possono verificare infinite transazioni. A volte portano a risultati positivi e adeguati, altre volte a risultati negativi. Quando le transazioni avvengono in relazioni alla pari, si dicono "*simmetriche*", come avviene ad es. nella relazione Adulto -Adulto o Bambino -Bambino. Se le transazioni si



verificano fra due parti diverse, si dicono "*complementari*" come ad es. nella relazione Genitore - Bambino, Genitore -Adulto o Adulto -Bambino.

Le transazioni migliori dovrebbero essere quelle: Adulto -Adulto; perché sono chiare, precise e non si prestano ad equivoci.

Non sempre è possibile questo tipo di comunicazione, per il particolare stato in cui si trova una delle persone inserite nel processo. Se ad esempio un individuo si trova in una situazione di frustrazione o disagio e chiede aiuto a un altro (situazione Bambino), la risposta Adulto non è adeguata poiché la richiesta riguarda una risposta Genitore e quindi la transazione migliore è espressa dal rapporto Genitore -Bambino. Anche questa transazione potrebbe non essere adatta se a rispondere non fosse il Genitore protettivo, ma il Genitore critico che rimprovera.

Naturalmente la condizione migliore è quella di assumere la posizione Adulto, o di passarvi non appena possibile.

Va anche tenuto presente che la vita dell'uomo è caratterizzata non solo dalla razionalità, ma anche dall'evasione, dal divertimento, per cui è necessario avere anche rapporti ludici, gioiosi, come nel rapporto Bambino -Bambino.

In genere, nel rapporto con gli assistiti è necessario tenere un atteggiamento Adulto, con una grande sensibilità per le situazioni e gli stati soggettivi. Infatti, se è necessario sostenere, è adeguato un comportamento da "Genitore comprensivo", se è necessario far progredire è più adatto l'atteggiamento del "Genitore proibitivo" e così via. Il fine è quello di portare la relazione ad uno stadio di maturità ed indipendenza (per quanto possibile), come è il rapporto Adulto -Adulto.

Uno degli obiettivi dell'intervento dell'operatore che assiste è infatti aiutare a riconquistare autonomia, dove è possibile e fin dove è realizzabile.

CAPITOLO II

**ELEMENTI DI PSICOLOGIA  
PARTE SPECIFICA**

**ETA'EVOLUTIVA**

La psicologia dell'età evolutiva ha per oggetto lo studio dell'evoluzione psicologica dell'individuo, cioè dei cambiamenti che avvengono dal concepimento fino alla maturità, passando attraverso specifiche fasi: infanzia, preadolescenza e adolescenza.

Questi particolari periodi della vita corrispondono a specifiche tappe, caratterizzate da cambiamenti fisici, psicologici e cognitivi.

**Fasi evolutive**

<b>Vita prenatale</b>	dal concepimento alla nascita
<b>Infanzia</b>	dalla nascita ai 6/7 anni
<b>Preadolescenza</b>	dai 6/7 anni agli 11/14 anni (a seconda della cultura di appartenenza)
<b>Adolescenza</b>	dagli 11/14 anni fino all'età adulta

Durante la **vita prenatale**, sono molto rilevanti le influenze ambientali che si riflettono in, modo indiretto sul nascituro. Alcuni fattori come età, stato emozionale, qualità della dieta alimentare della madre, sono determinanti per un sano sviluppo prenatale del bambino.

Nel periodo dell'**infanzia** il bambino attraversa alcune tappe importanti per la formazione dei tratti fondamentali della personalità. Dal punto di vista fisico subisce evidenti trasformazioni. La maturazione delle facoltà mentali è in continuo sviluppo, così come gli aspetti riguardanti la sfera affettiva. Con la nascita il bambino si separa fisiologicamente dalla madre. Tale distacco determina un passaggio dalla sfera fisiologica a quella psicologica, poiché nello stadio fisiologico

( nell'utero), i rapporti sono quelli propri di un parassitismo totale da parte del bambino. Durante il primo anno il piccolo passa da uno stato di simbiosi a un altro in cui si sviluppano rapporti di dipendenza, a partire da quello con la mamma o con chi si prende cura di lui. La qualità di questo primo rapporto determina nel bambino le basi per il successivo sviluppo dei rapporti sociali.

Da questo stato il bambino può maturare progressivamente la propria personalità, passando attraverso varie fasi (assoluta dipendenza, dipendenza relativa, tendenza all'autonomia).

Il periodo della **preadolescenza** caratterizzato da una crescita fisica brusca e disomogenea. Assumono un particolare rilievo i rapporti con i coetanei. All'interno del gruppo di pari i ragazzi si sentono più forti e sicuri e si viene a sviluppare il "senso-sociale"

Da tale fase si sviluppa un periodo anch'esso caratterizzato da forti cambiamenti, detto **adolescenza**. Tale periodo avvia l'individuo verso l'età adulta. Spesso, come conseguenza della crescita, si determinano negli adolescenti, problematiche relative all'identità corporea, anche in relazione allo sviluppo sessuale. La rapida trasformazione del corpo impone una ristrutturazione dei meccanismi psicologici di adattamento che, fino ad allora validi, non sono ora più utilizzabili. Il giovane deve sviluppare una nuova capacità d'integrazione con un corpo che è vissuto, soprattutto all'inizio come estraneo e non familiare.

In questo periodo si assiste anche al risveglio della sessualità e alla ribellione verso la famiglia. Come il bambino nei primi mesi di vita deve emergere dalla simbiosi con la madre, così l'adolescente per individuarsi deve separarsi dall'ambito familiare. Anche qui si manifestano comportamenti oppositori nei confronti dei genitori come: critica ai valori degli adulti, comportamenti bizzarri, atteggiamenti antisociali. Questo processo di distacco dai legami familiari spinge il giovane a cimentarsi nel mondo, avviando così un processo di affermazione individuale, che va alla ricerca di una nuova identità, di costituzione di nuovi valori.

Un ruolo decisivo è svolto dalla partecipazione *al gruppo di coetanei e dal senso di appartenenza a esso*. Nel gruppo l'adolescente può provare nuovi legami, può assumere nuovi valori e può introiettare modelli con cui può identificarsi; inoltre può esprimere comportamenti non accettabili (antisociali).

Il modo in cui le crisi adolescenziali si risolveranno dipende molto dalle risposte che l'ambiente (genitori, insegnanti e altri con cui l'individuo entra in contatto) saprà dare al bisogno di crescere e diventare adulto, che l'adolescente porta in sé in modo mascherato.

### **LO SVILUPPO COGNITIVO**

Lo sviluppo cognitivo riguarda i modi di apprendimento, le abilità di ragionamento, quelle numeriche, quelle riguardanti il linguaggio, ecc.

La teoria di maggior riferimento sullo sviluppo cognitivo è quella di Jean Piaget, che ha studiato come i bambini apprendono a pensare logicamente e astrattamente, formulando una teoria centrata sulla progressione dello sviluppo attraverso una serie di stadi cognitivi.

#### **Stadio sensomotorio (0-2 anni)**

Il bambino sviluppa la conoscenza di se stesso e del mondo che lo circonda basandosi sulla percezione. Ad esempio per il bambino in questa fase le cose esistono giacché sono percepite e manipolate.

#### **Stadio preoperatorio (2-7 anni)**

Il pensiero del bambino è caratterizzato dall'egocentrismo, cioè il piccolo riesce a vedere e percepire le cose solo ed esclusivamente dal proprio punto di vista. I bambini nello stadio preoperatorio tendono anche a concentrare l'attenzione su un solo aspetto della situazione.

#### **Stadio delle operazioni concrete (7-11 anni)**

Nel bambino si sviluppa la comprensione del principio di conservazione. È ora in grado di considerare contemporaneamente più di un aspetto della realtà.

#### **Stadio operatorio formale (a partire da 11-12 anni)**

Caratterizzato dalla presenza del pensiero logico e dall'acquisita capacità di formulare ragionamenti astratti. Questo stadio, che si verifica durante l'adolescenza, costituisce secondo Piaget la parte finale dello sviluppo cognitivo. Il passaggio da uno stadio all'altro dipende da due importanti meccanismi del sistema cognitivo: l'assimilazione e l'accomodamento.

Le cose che risultano differenti da ciò che è noto sono *assimilate* alle conoscenze già acquisite, quindi si ricorre al processo di assimilazione quando s'interpreta qualcosa di nuovo alla luce della sua somiglianza con ciò che è familiare. Quando ci si imbatte in concetti differenti da quelli familiari, questi vengono o totalmente ignorati oppure ci costringono a cambiare il nostro modo di pensare, quindi ad *accomodare* ciò che già conosciamo in base a qualcosa di nuovo.

Alla maggior parte degli adulti capita raramente di dover aggiungere nuove forme di comprensione o dover modificare i concetti fondamentali. Nel caso di bambini piccoli sono usuali gli eventi e le situazioni che richiedono tali operazioni. Quindi i bambini eseguono costantemente accomodamenti ed assimilazioni, man mano che vivono nuove esperienze.

### **LO SVILUPPO AFFETTIVO**

Le teorie riguardanti lo sviluppo affettivo enfatizzano l'importanza delle prime fasi dello sviluppo. Durante la prima parte della vita, il piccolo ha un rapporto simbiotico con la madre e non riesce a distinguere né da se stesso né dalle altre persone o cose che lo circondano. All'inizio il neonato ha un bisogno assoluto dalla madre per la sua sopravvivenza e da questo rapporto di dipendenza si struttura l'io del bambino e il suo adattamento all'ambiente.

La madre con le sue cure e la sua identificazione con il bambino impara a riconoscere e a rispondere ai suoi bisogni, e gli permette il passaggio da uno stato di dipendenza assoluta a una dipendenza relativa in cui inizia ad avere una graduale consapevolezza dell'ambiente esterno. Così la madre assumerà quel ruolo unico e insostituibile che farà di lei il riferimento affettivo principale. Questa evoluzione è legata all'elaborazione di un mondo esterno stabile, formato da oggetti sostanziali e duraturi, ossia distinti dall'io del bambino.

S'instaura fra la madre e il piccolo un legame che permette alla madre di cogliere le emozioni e le tensioni del suo bambino, che sono codificate dal piccolo con norme primordiali che la madre impara a comprendere. Contemporaneamente il piccolo coglie i movimenti affettivi consci ed inconsci della madre, così come i suoi possibili rifiuti.

Questi comportamenti determineranno la specificità delle sue esperienze e delle sue risposte che influenzeranno a loro volta le reazioni della madre, in un processo circolare. La qualità di queste interazioni precoci costituisce la base delle future modalità affettive del piccolo. Gli studi Spitz hanno dimostrato l'importanza vitale dei primissimi legami emozionali ed il relativo sviluppo dell'insicurezza generata dalla privazione dell'affetto materno.

### **LO SVILUPPO PSICOSESSUALE E PSICOSOCIALE**

Una delle teorie più influenti riguardo lo sviluppo della personalità è stata la teoria psicoanalitica di Freud, il quale ha dato molta importanza nei suoi studi alla sessualità (libido). Per Freud la libido è un'energia di origine sessuale che interessa le diverse parti del corpo. Durante lo sviluppo del bambino ciascuna di queste parti (zone erogene) diventa potenzialmente fonte di piacere. Secondo Freud, lo sviluppo del bambino avviene attraverso delle *fasi*, caratterizzate ciascuna dalla prevalenza di una determinata zona esogena:

- **fase orale:** questo periodo va dalla nascita a un anno circa ed è la bocca la fonte di piacere. Il bambino in questo periodo, succhia, morde, mette in bocca tutto ciò che trova
- **fase anale:** Va dal primo al secondo anno di vita. La fonte del piacere non è più la bocca, ma l'ano. Il bambino inizia a controllare gli sfinteri. In questa fase, la ritenzione o l'espulsione delle feci, potendo provocare sia piacere che dolore
- **fase fallica:** in questa fase, che va dai tre ai cinque anni, il bambino trasferisce la sua attenzione sui genitali, si accorge che, se stimolati, producono piacere e che tra i due sessi ci sono delle differenze. Verso il terzo anno di vita, il bambino vive un periodo chiamato "complesso di Edipo", in cui il bambino si innamora della mamma e vede il padre come un rivale. Successivamente, si identifica con il padre riuscendo così, nella sua fantasia, ad amare la mamma. La bambina, invece, vive questo periodo staccandosi dalla madre, perché la ritiene la causa della sua "diversità sessuale" (le manca il pene) e trasferendo la sua attenzione sul padre per compensare questa mancanza. In seguito, la bambina s'identifica con la mamma per avere (nella sua fantasia) dal padre ciò che a lei manca
- **fase di latenza:** in questa fase, che va dai sei ai dodici anni circa, gli impulsi sessuali scemano e il bambino trasferisce la sua attenzione ad altre attività (scuola, sport, gioco) e cerca la compagnia di persone dello stesso sesso
- **fase genitale:** in questo periodo adolescenziale si "risvegliano" gli impulsi sessuali che sono indirizzati a persone del sesso opposto

Successivamente E. Erikson ha apportato alcune modifiche a tale teoria, sottolineando l'importanza delle influenze sociali sullo sviluppo, in alternativa a quelle più psicosessuali trattate da Freud.

Entrambe le teorie sostengono che lo sviluppo avviene attraverso stadi distinti, ognuno dei quali prevede una serie di conflitti e crisi che possono essere risolti con successo o meno.

I problemi, che un individuo presenta da adulto, possono essere messi in relazione con la mancata risoluzione dei conflitti presenti in uno di tali stadi.

Sia per Freud che per Erikson un fattore centrale nel processo di sviluppo è l'identificazione con il genitore dello stesso sesso. Le conseguenze di tale identificazione si ripercuotono sullo sviluppo dell'apparato psichico e del ruolo sessuale.

In particolare la teoria psicosessuale sostiene che le pulsioni di un individuo durante i vari stadi dello sviluppo siano focalizzate su parti differenti del corpo.

Le transazioni da uno stadio all'altro sono il risultato di un processo di maturazione. La teoria psicosociale focalizza l'attenzione sull'influenza dell'ambiente sociale.

La seguente tabella riporta le tappe principali ipotizzate dalle due teorie in relazione alle varie fasce di età.

<b>Età approssimativa</b>	<b>Stadi secondo Freud</b>	<b>Stati psicosociali (Erikson)</b>
Dalla nascita a un anno e mezzo	Orale	Atteggiamento di fiducia verso il mondo
Da un anno e mezzo a tre anni	Anale	Sviluppo del senso d'indipendenza e di autocontrollo
Da tre anni a cinque anni e mezzo	Fallico	Sviluppo delle capacità di intraprendere attività
Da cinque anni e mezzo a dodici anni	Di latenza	Atteggiamento di operosità
Adolescenza	Genitale	Sviluppo dell'identità attraverso la confusione dei ruoli
Giovinezza		Sviluppo di relazioni di amicizia, impegno nella carriera
Mezza età		Senso produttivo (famiglia e lavoro)
Vecchiaia		Integrità dell'io

**IL PAZIENTE PSICHIATRICO**

È difficile dare una definizione di malattia mentale, considerata la varietà di patologie che è possibile far rientrare in questa categoria, dalle più leggere a quelle gravi.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità distingue fra "disagio" e "disturbo" e fa rientrare in questo ultimo quelle che possiamo definire le vere e proprie patologie, che richiedono specifiche risposte.

Rientrano in questa categoria, per esempio, le depressioni gravi, le schizofrenie, e altro.

La frequenza del malessere psichico dimostra quanto la nostra società sia impregnata di malessere, legato in parte ad alcune questioni esistenziali e sociali che riguardano tutti e che fanno parte della difficoltà del vivere. Va sottolineato quanto sia difficile definire cosa sia "sano" e cosa "malato" e quanto sia precario il confine tra salute e malattia. Infatti, si può ritenere la patologia in generale un fatto *quantitativo* e non *qualitativo*, nel senso che la qualità del disturbo può essere presente in più individui, ma è la quantità che ne fa una patologia.

Esistono oggi varie teorie e punti di vista sulla eziologia (cause) e sulla prognosi (esito) dei disturbi mentali. L'ipotesi attuale e più ampiamente condivisa è quella della "multifattorialità", cioè la ricerca delle cause in fattori diversi. Si presuma che esista in alcune persone un certo grado di vulnerabilità che costituisce un terreno su cui può svilupparsi la malattia, cioè una specie di predisposizione che non produce per se stessa necessariamente la patologia, ma che rende una persona più sensibile rispetto ad eventi stressanti di varia natura, che possono diventare cause scatenanti.

In alcuni casi questi stress possono essere effettivamente molto gravi ed allora si può affermare che le cause ambientali risultano preponderanti rispetto alla vulnerabilità, nella produzione della malattia. Esistono, però, fattori di rischio (momenti critici del ciclo vitale, eventi particolari, condizioni stabili di stress, ecc.) e fattori protettivi (le capacità individuali del soggetto, la possibilità di contare su persone o su reti sociali di riferimento, ecc.).

In conclusione:

- lo stato psichico è il risultato del concorso di molti fattori che possono valere come fattori di rischio o come fattori protettivi
- la vita mentale sana è tale non perchè indenne dalle sofferenze, dagli stati di disagio e di disturbo, ma perchè sostenuta da fattori protettivi che costituiscono le risorse in grado di ricondurre costantemente all'equilibrio
- i fattori protettivi sono il frutto di una pratica e possono essere acquisiti o potenziati: essi concorrono a rafforzare l'atteggiamento positivo che un individuo ha verso se stesso e la sua capacità di realizzare una solida rete di relazioni sociali

La classificazione dei disturbi psichiatrici sarà presentata nella parte di psichiatria. Possiamo ricordare che nei disturbi del carattere, nelle nevrosi e nelle depressioni leggere o medie, il paziente, pur soffrendo, è in grado di continuare a badare a se stesso e spesso di continuare a svolgere normalmente la propria attività, di occuparsi adeguatamente delle incombenze familiari e di avere una vita sociale soddisfacente.

L'intervento dell'operatore è invece necessario nei casi in cui la patologia è così grave tale da impedire al paziente di vivere un'esistenza autonoma e di potersi occupare adeguatamente di sé. Questo si verifica nel caso di pazienti affetti da forme gravi di depressione, psicosi e demenze.

La depressione è caratterizzata soprattutto da una caduta del tono dell'umore più o meno grave accompagnata spesso da sentimenti di auto svalutazione. Il paziente non ha entusiasmo per la vita e si sente in colpa e incapace. È inutile e dannoso cercare di stimolarlo dicendogli di cercare di reagire, questo lo farebbe sentire ulteriormente incapace e responsabile del suo stato. La depressione è una patologia che non dipende né dalla volontà né dalla forza del soggetto. Si può, aiutarlo cercando di fargli sentire che comprendiamo la sua sofferenza e gli siamo vicini, mettendoci in una situazione di empatia. Anche i parenti vanno aiutati capire che la sofferenza è reale e non basta cercare di reagire per risolvere il problema. Le psicosi e le demenze, anche se in modo molto diverso, sono caratterizzate da un distacco dalla realtà e da vaneggiamenti o deliri. Anche in questo caso si farà sentire al paziente la propria presenza affettiva e si mostrerà comprensione per i suoi disagi e limiti. È inutile cercare di convincere un individuo soggetto ad allucinazioni o deliri di persecuzione, che certe percezioni sono solo frutto della sua fantasia. Per lui sono reali. È altrettanto inutile far notare ad un paziente affetto da demenza che una cosa che sta chiedendo l'aveva chiesta già qualche minuto prima. Servirebbe solo ad umiliarlo. È ovvio che sia necessaria da parte dell'operatore una grande dose di pazienza e di calma, ma queste caratteristiche devono necessariamente far parte del bagaglio di qualità di un operatore addetto all'assistenza di soggetti in difficoltà. È inoltre opportuno sottolineare la necessità di instaurare una relazione empatica.

## **IL MALATO DI AIDS**

L'AIDS appare come un fenomeno complesso sotto tutti i punti di vista (medico, psicologico, sociologico). È una malattia che emargina, suscita sensi di colpa, rappresenta la diversità e l'impurità.

## **LA PERCEZIONE PSICOLOGICA DELLA MALATTIA NEL PAZIENTE**

Il decorso della malattia provoca reazioni psicologiche nei pazienti, nei familiari e negli operatori. Spesso, tra l'altro, gli operatori giovani mettono in atto meccanismi d'identificazione con i pazienti, dato che l'età dei malati è generalmente bassa. È, comunque, importante distinguere le reazioni alla notizia di sieropositività da quelle riguardanti la malattia conclamata.

Elenchiamo le tipiche reazioni che generalmente si verificano alla diagnosi di sieropositività:

### **Stato di crisi iniziale**

Il paziente sperimenta uno choc con ansia, sensi di colpa, confusione mentale, incubi, insonnia. Può scattare il meccanismo psicologico della negazione del problema, cui seguono angoscia e depressione caratterizzate da ritiro autistico con chiusura delle relazioni e ripetizione coatta del test di sieropositività.

### **Fase di transizione**

Il paziente accetta la diagnosi e l'aiuto che può derivargli da un supporto psico- sociale. È in grado solitamente di contenere l'angoscia e manifesta rabbia, depressione e sentimento di perdita di se.

### **Risoluzione della crisi**

In questa fase scatta l'apertura verso gli altri e la richiesta di aiuto. Il paziente cerca di riorganizzare la sua vita e impara solitamente a convivere con il proprio stato di sieropositività. Va tenuto conto che non necessariamente la sieropositività evolve verso la fase di malattia conclamata e che, quindi, la qualità della vita dell'individuo sieropositivo può essere comunque salvaguardata ed orientata al futuro.

Vediamo ora il percorso che riguarda il passaggio alla malattia conclamata:

### **Stato di crisi iniziale**

Sono presenti sensi di colpa, depressione ed un acuto senso di angoscia.

### **Fase di transizione**

Il soggetto impara a contenere l'angoscia e l'espressione delle proprie emozioni, sente il bisogno di supporto esterno non solo da un punto di vista emotivo, ma soprattutto, dato l'esito fatale della malattia, per prepararsi all'accettazione della fase conclusiva della propria vita.

### **Fase di adattamento e preparazione alla morte**

Questa fase si sviluppa in modo direttamente proporzionale al peggioramento delle condizioni di salute. S'instaura inoltre un'inevitabile dipendenza nei confronti di chi presta l'assistenza. È opportuno in questa fase attivare un buon sostegno di tipo psicologico da parte del personale che si occupa del malato. Ovviamente, è necessario anche l'intervento dello psicologo perché non si può pensare di delegare questo tipo di sostegno unicamente all'operatore addetto all'assistenza.

## **LA PERCEZIONE PSICOLOGICA DELLA MALATTIA NEL PERSONALE CHE PRESTA ASSISTENZA**

La relazione con la malattia non consiste solo nel dare un sollievo fisico, ma coinvolge esigenze e significati più profondi.

Il malato necessita di fiducia e sicurezza per continuare a vivere.

Il personale medico è consapevole del fatto che il virus è più forte dell'organismo colpito e ciò può instaurare un senso di frustrazione. Nel rapporto con le altre figure professionali il paziente esprime solitamente bisogni di accadimento e complicità che talvolta provocano negli operatori alti livelli di ansia. Per gestire e superare questi momenti, è opportuno attuare programmi di formazione e gruppi di discussione. Assistere un malato in fase terminale, evoca le angosce legate al pensiero della morte ed il problema è anche amplificato dal timore di essere contagiati.

### **LA PERCEZIONE DELLA MALATTIA NEI FAMILIARI**

I parenti del malato sanno che la prognosi di questa malattia è infausta.

Il dolore si associa alla paura del contagio ed al timore di non essere in grado di aiutare il proprio congiunto. Questo porta solitamente all'istituzionalizzazione del paziente.

In una prima fase i parenti sono poco solidali con il paziente a causa dei conflitti profondi e della vergogna che accompagna questa malattia, a livello sociale.

Spesso i parenti vengono a conoscenza della malattia e dei trascorsi del proprio congiunto attraverso i medici.

La comunicazione provoca, oltre all'immane dolore, sentimenti di umiliazione e di preoccupazione per ciò che penseranno gli altri. Questo è purtroppo determinato dal nostro pensiero intriso di pregiudizi e sensi di colpa, che ostacola un intervento efficace e completo dal punto di vista psicologico e assistenziale.

### **L'ASCOLTO ATTIVO**

L'ascolto attivo consiste nel porsi in uno stato d'animo in cui l'interlocutore percepisce di essere compreso e accolto.

Ovviamente la relazione deve essere accogliente e non giudicante.

E' opportuno focalizzare l'attenzione sui lati positivi della personalità del malato, rispettando comunque anche le caratteristiche considerate negative. Nel dialogo, se il malato racconta la propria storia e il decorso della propria malattia, l'operatore deve essere attento ai contenuti ed alle emozioni, astenendosi dal mettere in atto interpretazioni personali. Una caratteristica importante da sviluppare è inoltre la capacità di tollerare i silenzi degli assistiti, se questi mostrano di non voler parlare.

### **LA DIVERSITA'**

L'operatore che si occupa di assistenza può trovarsi a interagire con le utenze più svariate e non è possibile, per ragioni di spazio, elencarle e dettagliarle tutte. Ci limiteremo, qui, a delineare il concetto di diversità e ad elencare le principali categorie che ci sembra possano entrare a far parte del lavoro di un operatore socio assistenziale. Per "diverso" s'intende chiunque non rientri nei parametri che caratterizzano gli individui normali, sani, integrati, adattati. Anche in questo senso potremmo sostenere una lunga dissertazione sul concetto di normalità. Cosa è normale e cosa non lo è? E poi, ci chiediamo, normale per chi? Come già fatto in precedenza, ci poniamo delle domande che non hanno risposta, se non delle considerazioni esplicitate nella prima parte del libro, dove l'accento è stato posto spesso sull'apertura mentale. Pertanto, fatta questa premessa, ci occuperemo di "diversi" sottolineando che in questa connotazione non ci sono giudizi che riguardano il valore dell'individuo, ma solo la constatazione di una particolare situazione esistenziale che lo pone in condizione di svantaggio e, alle volte, nell'impossibilità di condurre un'esistenza autonoma.

Le principali fonti di diversità che possono interessare un operatore riguardano:

- Disabilità o malattie invalidanti
- Condotte devianti
- Tossicodipendenza
- Alcoolismo



## **DISABILITÀ E MALATTIE INVALIDANTI**

Il soggetto interessato e la sua cerchia di familiari possono reagire alla situazione in diversi modi, per esempio negando il problema o enfatizzandolo troppo.

Nella mia esperienza personale di formazione ho avuto modo di incontrare familiari che si ostinavano a ritenere normale il proprio figlio portatore di handicap. È un atteggiamento che, nel tentativo di integrare il disabile cercando di non farlo sentire diverso, lo sottopone invece a continue frustrazioni misurandolo con compiti che, per ragioni oggettive, spesso non è in grado di svolgere. Ugualmente deleterio è l'atteggiamento di enfaticizzazione del problema. L'abbattimento totale e la rinuncia alla vita fanno parte di un atteggiamento che tende a considerare solo la condizione di disagio dell'individuo, dimenticando tutte le capacità residue che comunque possiede. Un non vedente, per esempio, avrà senz'altro dei problemi pratici e dei limiti circa la facoltà di vivere l'esistenza in tutte le sue sfaccettature, ma ha pur sempre la possibilità di condurre una vita gratificante e ricca di relazioni. Com'è facilmente intuibile, l'atteggiamento corretto è quello di chi è consapevole del proprio limite ma capace di convivere con il suo problema, facendo affidamento sulle rimanenti abilità. Spesso l'ostacolo principale allo svolgimento di un'esistenza il più possibile normale, nasce dal rifiuto o dalle reazioni negative delle persone con cui si entra in contatto e della struttura della società in cui viviamo, pensata e realizzata essenzialmente per individui sani ed efficienti. Pensiamo solo, ad esempio, a quanto può diventare complicato salire o scendere dal treno per chi abbia difficoltà di deambulazione o problemi di tipo sensoriale. Ciò crea delle grosse limitazioni nella vita sociale e lavorativa. È necessario un grosso lavoro di accettazione e di sensibilizzazione sociale per venire incontro alle persone disagiate.

Fortunatamente negli ultimi anni le cose hanno iniziato a muoversi, ma è evidente che resta ancora molto da fare.

## **CONDOTTE DEVIANTI (DELINQUENZA, TOSSICODIPENDENZA, ALCOLISMO)**

In questi casi si può trattare, come ci si augura, di episodi transitori. Sono condizioni da cui ci si può riabilitare.

È importante poter chiudere con il passato e reimposta la propria vita su basi diverse. Spesso è necessario l'aiuto di medici e psicologi.

L'operatore socio assistenziale non ha il compito di occuparsi della riabilitazione che compete ad altre figure professionali, può però accompagnare l'assistito in questo difficile cammino con la sua presenza empatica e affettiva, sostenendolo nei momenti di ricaduta o di debolezza.

Inutile, dire a questo punto, che l'operatore avrà abbandonato tutti i possibili giudizi morali sulla scelta di vita dell'assistito.

Esistono due possibilità radicali di spiegare la scelta di un individuo di mettere in atto condotte devianti definite innatismo e ambientalismo. L'innatismo sostiene l'aspetto genetico, cioè ereditario, per cui ritiene che il soggetto deviante porti in se la tendenza a mettere in atto questo comportamento, come fatto ereditario e quindi praticamente inevitabile. L'ambientalismo ritiene la storia di vita del soggetto e l'ambiente in cui è cresciuto responsabili delle sue scelte attuali. È evidente, come spesso accade, che la verità stia nel mezzo. È possibile che dal punto di vista genetico un individuo possieda un certo "terreno" che lo predispone verso determinate scelte, ma sarà poi la sua storia personale e le esperienze della sua vita che determinano l'andamento della sua esistenza. Le due teorie sono quindi compresenti, anche se la forza dell'ambiente è superiore alla genetica. Questo giustifica la messa in atto di interventi riabilitativi e correttivi. Il punto di vista prettamente innatista presenta invece un grosso pericolo, quello di abbandonare a se stessi gli individui, giacché ritenuti irrecuperabili. Come già visto per le patologie psichiatriche, anche qui è opportuno fare riferimento alle teorie multifattoriali, cioè punti di vista che prendono in considerazione una grande varietà di fattori che concorrono a creare la situazione che predispone l'individuo a mettere in atto un determinato comportamento.

## **IL MALATO TERMINALE**

Il malato terminale è un paziente che si trova in una situazione patologica tale da indurre nella mente dei curanti, dei familiari e del soggetto stesso, l'aspettativa dell'esito fatale della malattia a breve termine.

Gli ammalati morenti vengono a trovarsi in una condizione particolare a causa della prognosi che non dà adito a successivi interventi terapeutici e cui consegue spesso la dimissione dalle strutture sanitarie, il cui intervento non può più essere di alcuna utilità, con il conseguente "abbandono" del paziente al suo infausto destino tutto ciò comporta un'agonia costellata da estrema sofferenza sia fisica sia psichica:

- Dal punto di vista fisico il malessere del paziente raggiunge spesso un livello d'intensità non più aggredibile con le medicine abituali.
- Dal punto di vista psichico il paziente è in balia della propria angoscia, relativa alla consapevolezza, in parte espressa, della morte imminente.

## **IL TABÙ DELLA MORTE**

L'arte del nostro secolo ha ampiamente trattato il tema della morte. Anche l'antropologia fornisce ricchi resoconti. Disinteressate, invece, almeno fino agli inizi degli anni '70, psicologia, sociologia e medicina. Rilevante il significato immediato del diverso atteggiamento di queste discipline nei riguardi della morte. Nei racconti, nei film, si parla della morte di personaggi di fantasia; gli antropologi ci raccontano la morte di primitivi o di soggetti ambientati di culture comunque lontane dagli stadi raggiunti dalla società occidentale. Si tratta di morti diverse, lontane. Per la psicologia, la sociologia e la medicina si sarebbe trattato di studiare soprattutto la nostra morte e il nostro pensiero della propria morte il più delle volte genera una forte angoscia che comporta rifiuto e negazione dell'argomento. La nostra cultura e la direzionalità dei nostri interessi, non offrono alcuna base per la costituzione di un atteggiamento costruttivo nei riguardi della morte. Inoltre si riscontra un forte controllo sociale tendente a frenare la presa di coscienza sul tema in questione.

Da tutto ciò deriva un atteggiamento di negazione e rimozione rispetto al tema della morte e, di conseguenza, una capacità di fronteggiare l'evento, sia da parte del soggetto colpito, che dei familiari e dell'equipe che si occupa del soggetto morente.

L'incapacità della società di fornire un'immagine culturale conscia della morte e del morire e la dissimulazione operata dalla medicina, creano un insieme di rapporti tra medico, morente e familiari, che aumenta la complessità e l'angoscia ed ostacola la ricerca personale della verità.

I sanitari, inoltre, non sono molto preparati rispetto alla morte, che è vista come la massima sconfitta intellettuale ed emotiva del medico.

Così, a causa di tutte queste reticenze, sia da parte di soggetti interessati che da parte di chi si prende cura del malato, il tema della morte è rimasto per molto tempo pressoché inesplorato.

## **LA SITUAZIONE ATTUALE**

Negli ultimi 30 anni si è andata sviluppando la tanatologia, grazie soprattutto al lavoro di Elisabeth Kubler-Ross, iniziato verso la metà degli anni '60.

Questa scienza si occupa dell'atteggiamento dei pazienti verso la propria morte e delle reazioni dei familiari e del personale che si occupano del paziente.

In questi anni, in varie parti del mondo, sono stati tenuti numerosi seminari su questo argomento e, fortunatamente, il tabù della morte è andato indebolendosi e le cose, rispetto a quanto esposto precedentemente, stanno lentamente e gradualmente cambiando. Si tratta di un cambiamento recente e, di conseguenza, in via di maturazione. Pertanto sarà necessario il trascorrere di altro tempo e lo sviluppo di altri studi e ricerche sul tema, prima di poter giungere ad una soddisfacente padronanza dell'argomento. Il lavoro della Kubler-Ross ha dato un impulso notevole a tale cambiamento, insegnando un modo nuovo di affrontare la morte e di assistere il morente.

Secondo la sua esperienza, la persona che si avvicina alla morte attraversa alcuni stadi psicologici in sequenza, anche se non tutti passano attraverso l'intero processo.

Gli stadi principali sono:

- *Negazione e rifiuto*: all'inizio sia il paziente interessato che i familiari negano l'evidenza, rifiutano l'idea della morte imminente, pensano a possibili errori e si rifugiano nella negazione.
- *Collera e rivolta*: segue una fase di presa di coscienza caratterizzata dalla rabbia contro l'inafausto destino incombente.
- *Compromesso*: in questa fase si patteggia con Dio o con il destino: "dammi ancora qualche mese", "dammi il tempo di vedere realizzato un certo evento".
- *Depressione*: questa è la fase della piena presa di coscienza e della costernazione conseguente. Il paziente può diventare irritabile e scontroso, chiuso in se stesso e rinunciatario.
- *Accettazione*: dopo essere passato attraverso le fasi precedenti, il paziente, e i suoi familiari, dovrebbero arrivare alla fase dell'accettazione, che consente di non ribellarsi più rispetto al destino e di aspettare serenamente il momento del trapasso, cui, nel frattempo, si è avuto il tempo di adattarsi.

Solo arrivando alla fase finale dell'accettazione si riesce ad accettare l'evento. La Kubler-Ross sollecita sempre il personale che si occupa del paziente a fare in modo che lo stesso sappia che si è disponibili a parlare con lui della morte, anche se è bene non forzare il paziente che mostra di non volerne parlare. Sarà lo stesso malato, quando non avrà più bisogno di negare la propria morte, a prendere l'iniziativa a parlarne.

Un periodo di negazione iniziale è probabilmente necessario per avere il tempo di metabolizzare l'evento, ma quando persiste toglie al malato ed ai suoi familiari la possibilità di accettare questa nuova condizione e di fronteggiarla.

Certamente non si potrà fare nulla per aiutare un malato terminale che non accetta di dover morire. Gli studi di Kubler-Ross, oltre ad infrangere il tabù che ha impedito per anni di trattare questo tema con pari dignità scientifica rispetto ad altri argomenti, hanno avuto il grande merito di rivalorizzare gli ultimi momenti della vita del malato, promuovendo di conseguenza la ricerca di metodiche atte a consentirgli di percorrere il cammino verso il trapasso nelle migliori condizioni fisiche e psichiche possibili, rendendo dignità e significato anche a questa parte finale della esistenza.

Se si riuscirà a rendere gli ultimi momenti di vita e gli stessi trapassi accettabili e sopportabili, la morte potrà perdere in parte la connotazione così molto drammatica che la contraddistingue, potendo invece essere considerata un evento che, anche se non auspicabile, fa parte della vita stessa.

### **ASSISTENZA AL MALATO TERMINALE**

L'operatore, per potersi avvicinare serenamente al malato terminale, deve avere, per quanto possibile, elaborato il tema della propria morte. Se l'idea della morte è fonte di angoscia insopportabile, sarà quasi impossibile assistere un morente.

Un ulteriore problema si presenta quando il malato segnala di voler parlare della propria morte e, pur essendo l'operatore disponibile e pronto a farlo, la famiglia o l'equipe medica hanno deciso di nascondere al malato la sua reale condizione. In questo caso è consigliabile che l'operatore segnali a costoro la sua impressione derivante dal desiderio del malato di poter parlare liberamente del proprio stato. Un altro ordine di problemi può nascere dal fatto che, quando qualcuno ci chiede aiuto o conforto, il modo migliore di aiutare, quello che ci fa sentire utili, è poter dare delle risposte rassicuranti o consigli intelligenti. Nel caso del morente questo non è possibile e, anziché impegnarsi in argomentazioni consolatorie, ci si deve accontentare di dare aiuto semplicemente prestando ascolto e facendo sentire la propria presenza, permettendo al malato di esprimere i suoi sentimenti di angoscia. Il coinvolgimento da parte dell'operatore è bene che sia caldo ed empatico, ma controllato, per evitare i pericoli del burnout.

### **CAPITOLO III**

#### **ELEMENTI DI SOCIOLOGIA**

La *sociologia* studia i comportamenti degli individui in quanto esseri sociali, cioè inseriti in gruppi sociali con le loro regole e consuetudini.

Infatti, il fatto di essere membri di una comunità comporta l'adattamento alle regole del gruppo di appartenenza e modifica quindi parzialmente i nostri comportamenti.

Il gruppo è fondamentale perché l'uomo è un essere sociale, portato allo scambio con gli altri e poco incline all'isolamento. Per questa ragione l'individuo tende a crearsi situazioni sociali attraverso la costituzione di gruppi di amici, colleghi, parenti.

Per la convivenza in gruppo sono necessarie però regole sociali che orientano il comportamento, al fine di ottenere il consenso del gruppo di appartenenza. Se ciò non avviene si ha emarginazione sociale.

La socializzazione è quindi:

- adattamento all'ambiente
- interiorizzazione della cultura dell'ambiente

#### **COMPORTEMENTO SOCIALE E ASPETTATIVE RECIPROCHE**

Il principio di fondo del comportamento sociale umano è la convergenza di aspettative reciproche. Lo sviluppo di aspettative sul comportamento degli altri ha inizio con l'inizio stesso della vita e l'abilità a rispondere in modo reciproco si sviluppa attraverso l'interazione con gli altri. Anche l'apprendimento di nuove abilità è influenzato dalle conseguenze di ogni risposta data.

Il bambino piccolo impara subito che certi suoi comportamenti sono gratificati e altri puniti. In questo modo si crea delle regole che gli consentono di sapere quali atteggiamenti saranno accettati dall'altro con cui è in interazione e quali respinti.

Se, ad esempio, giocando con i compagni è violento e aggressivo, presto imparerà che il gruppo lo respinge. Quando proverà ad essere gentile ed amabile scoprirà di essere cercato e benvoluto. Registrerà pertanto il secondo comportamento come necessario per ottenere l'accettazione degli altri. Imparerà presto anche a prevedere le risposte degli altri bambini: se sorride probabilmente arriverà un sorriso di risposta, se tira calci vedrà sfumare la possibilità di una buona amicizia.

Dunque lo svolgimento di atti fra esseri umani fa parte di un modello che non può esistere senza qualche tipo di rappresentazione o immagine su ciò che l'altra persona è, o sta facendo, o è probabile che faccia.

#### **CATEGORIZZAZIONE E PREGIUDIZI**

La conoscenza del mondo passa, quindi, attraverso la costruzione di categorie mentali che ci permettono di riconoscere oggetti ed eventi riducendo il numero delle conoscenze necessarie per individuare e catalogare ciò che ci circonda.

Con l'uso della categorizzazione si possono prevedere gli eventi e la loro successione.

Tutto ciò facilita l'esistenza e riduce la complessità dell'ambiente.

Conseguenza della categorizzazione è il pregiudizio (pre-giudizio): cioè giudizio emesso prima, prima quindi di conoscere nel dettaglio la situazione.

Trattiamo qui il senso più psicologico nel termine "pregiudizio" e non l'uso corrente che se ne fa, che esprime un atteggiamento di chiusura e comunque una considerazione negativa verso qualcosa. Vediamo l'utilità del pregiudizio.

Se si deve tenere una lezione a ragazzi di prima media sulla psicologia sociale, possedere un pregiudizio su questa categoria di persone, orienta nella preparazione dei contenuti e del linguaggio più adatti. Se la stessa lezione è indirizzata a un corso per manager, sia il linguaggio sia i contenuti varieranno notevolmente. Non si deve prima effettuare un'accurata analisi dell'utente cui è destinata la lezione basta sapere a grandi linee a quale categoria appartengono per costruire un intervento adatto a loro. Questo è un esempio positivo di categorizzazione e conseguente pregiudizio. Il pregiudizio su quella categoria di persone mi dà l'informazione necessaria per *effettuare* un intervento mirato. Non sempre però queste informazioni ricavate dalla conoscenza generalizzata della categoria cui un individuo appartiene, sono utilizzate al meglio. A volte ci si lascia *offuscare* la mente da queste conoscenze e si trascurava di considerare che ci si trovi comunque di fronte ad individui unici che fanno parte sì di un certo gruppo a cui ricondurli, ma che hanno caratteristiche personali che variano enormemente da un individuo all'altro.

L'utilizzo di categorizzazioni e pregiudizi può essere utile in una prima fase, in un primo grossolano approccio alle persone con cui si deve interagire, ma è comunque necessaria una buona elasticità mentale per accorgersi successivamente di tutte le sfumature presenti e rapportarsi in base a quanto osservato, sapendo modificare, dove necessario il giudizio iniziale.

Torniamo all'esempio della lezione. Se una volta iniziata la discussione nella classe media ci si rende conto che il livello generale e la maturità dei corsisti sono molto più elevati del previsto, per effettuare un buon lavoro si abbandonerà il pregiudizio su questi giovani e si alzerà il livello del mio intervento. Allo stesso modo l'operatore che si occupa di assistenza, nella sua formazione imparerà una serie di nozioni e di caratteristiche relative alle utenze con cui potrà incontrarsi e alle loro possibili patologie. È consigliabile utilizzare queste conoscenze per orientarsi e far rientrare l'assistito in una certa categoria, in modo da conoscere, a grandi linee, le peculiarità che la caratterizzano. Bisogna assolutamente evitare di fossilizzarsi all'interno della descrizione nosografica per non correre il pericolo di usare male questa possibile categorizzazione. Possiamo dunque concludere che la capacità di generalizzare ci è utile per orientarci inizialmente ma che una buona relazione presuppone l'abbandono di qualunque categoria mentale e la capacità di mettersi nella relazione senza preconcetti di alcun tipo, semplicemente con la disponibilità a conoscere l'utente che ci viene affidato, come individuo unico e irripetibile.

### **EFFETTO ALONE E PROFEZIA CHE SI AUTODETERMINA**

Vediamo ora di descrivere due meccanismi psicologici che influenzano il nostro modo di interpretare la realtà: l'effetto alone e la profezia che si autodetermina.

**L'effetto alone** è quel meccanismo per cui si attribuiscono ad una persona delle caratteristiche presunte, sulla base di caratteristiche effettivamente visibili. Facciamo un esempio: conosco una persona carina, ordinata, gentile nei modi, nel complesso positiva. Da queste caratteristiche che ho potuto osservare, desumo per coerenza che si tratta di una persona buona e generosa. La bontà e la generosità nulla hanno a che vedere con le caratteristiche che ho, precedentemente osservato, ma scatta questo "effetto alone" che mi fa aggiungere queste caratteristiche che, per logica, suppongo che la persona posseda. Si tratta di un meccanismo inconscio, per cui non sono consapevole della differenza, fra le caratteristiche osservate e quelle presunte. Entrano tutte a far parte degli elementi che credo di avere a disposizione per farmi un'idea della situazione. È evidente che questo modo di interpretare la realtà può creare problemi sulla nostra capacità di valutare le situazioni con obiettività. Anche l'operatore che assiste i suoi utenti si farà un'idea degli stessi, della situazione in cui sono inseriti, dei loro parenti e conoscenti e dell'equipe di lavoro l con cui collabora. Il meccanismo sopra descritto potrebbe interferire con una corretta e obiettiva analisi della situazione.

È opportuno quindi cercare di analizzare i dati in proprio possesso tenendo conto del funzionamento dell'effetto alone.

Occupiamoci ora del secondo meccanismo menzionato all'inizio:

La profezia che si autodetermina.

Proviamo a delinearlo attraverso la descrizione di un raccontino tratto da P. Watzlawick, studioso di comunicazione.

Un tale deve appendere un quadro ma non ha il martello, così pensa di chiederlo in prestito al vicino di casa. Mentre si appresta ad uscire gli sorge il dubbio che il vicino possa non volergli prestare il suo martello. Inizia un dialogo interno sulle probabilità di essere esaudito o meno nella sua richiesta: "E perchè mai non dovrebbe prestarmelo? lo gli ho sempre fatto volentieri i piaceri che mi ha chiesto. Sì, però, a pensarci bene, lui non è di indole generosa. Però si tratta di un martello, perchè dovrebbe dirmi di no? Per dispetto, per puro dispetto, ho sempre sospettato di essergli antipatico. E poi, a pensarci bene, ultimamente quando ci incontriamo mi guarda male, adesso basta, è proprio un maleducato!". Così attraversa il ballatoio, suona alla porta del vicino e, quando questo apre gli urla: "se lo può tenere il suo martello, villano, vada al diavolo lei e i suoi attrezzi!". Nella testa del nostro protagonista, è nata la convinzione che il vicino gli fosse ostile e, che per questo, non avrebbe ottenuto il favore che intendeva chiedergli. Il suo stesso comportamento basato su tale presupposto ha fatto in modo che ciò si avverasse non ha ottenuto il martello e ha rovinato i rapporti col vicino.

Probabilmente se avesse chiesto il martello gentilmente lo avrebbe ottenuto, ma la sua stessa convinzione ha portato all'esito che temeva. È evidente l'implicazione di questo meccanismo in tutti gli eventi che intraprendiamo, ma la sua forza (e pericolosità, se usato in senso negativo) sta soprattutto nel fatto che è inconscio e la persona che costata l'esito infausto di un'azione intrapresa spesso non riconosce la sua parte di responsabilità ma si limita a dire "lo sapevo, l'avevo detto!".

In tutto questo l'importante è rendersi conto della responsabilità che abbiamo noi negli eventi che ci accadono, senza creder né al destino infausto, né alla fortuna sfacciata: spesso quello che otteniamo dipende in gran parte da ciò che facciamo per averlo e da come ci poniamo. Non stiamo negando ovviamente il peso che hanno i dati reali esterni negli eventi che ci accadono. Se partecipo ad un concorso per un posto di lavoro e siamo in tremila alla selezione, non posso pretendere di avere il destino completamente nelle mie mani. Ma, al di là dei dati relativi alla situazione in cui mi trovo inserita, il mio atteggiamento può avere un peso, a volte minimo ma a volte notevole, nel delineare la piega successiva degli eventi.

## **I GRUPPI**

La normale conseguenza del vivere sociale è la formazione di gruppi.

Il gruppo è un insieme organizzato di persone che si influenzano reciprocamente.

Nei gruppi è necessario che sia presente il coordinamento degli sforzi dei membri verso un obiettivo comune e condiviso. L'esistenza del gruppo è importante perchè l'appartenenza allo stesso modifica il comportamento dei partecipanti. Spesso, infatti, gli individui inseriti in un gruppo, alterano alcune loro caratteristiche personali e adeguano il loro comportamento in base a ciò che il gruppo si aspetta da loro.

*Caratteristiche dei gruppi*

Lo studio dei gruppi è estremamente articolato e molti sono gli aspetti che intervengono ad influenzare il gruppo in azione.

Vediamo alcune delle caratteristiche che possiedono normalmente i gruppi. Possiamo classificare i gruppi in primari e secondari. Nel primo caso l'appartenenza al gruppo deriva dal fatto che l'interazione avviene faccia a faccia, cioè i membri sono fisicamente presenti. Nel secondo caso si è membri del gruppo in quanto accomunati dalla medesima ideologia, ma ci si può non conoscere o non incontrare mai. Ad esempio gli iscritti ad un partito di Milano e di Roma rappresentano un gruppo secondario. Gli iscritti di una sede che si riunisce a discutere problemi e programmi compongono un primario.

Un'altra suddivisione possibile divide i gruppi in formali ed informali. Sono formali i gruppi i cui rappresentanti non si sono scelti spontaneamente ma che si ritrovano insieme in quanto accomunati da un obiettivo, ad esempio una classe di corsisti. Sono informali i gruppi che si formano per precisa scelta dei membri, come un insieme di amici che si incontra per andare al cinema. Un gruppo al lavoro può essere centrato sul compito o sulla relazione. Nel primo caso l'obiettivo su cui è focalizzata l'attenzione dei partecipanti è la produzione del risultato per cui il gruppo si è incontrato, come si può verificare in una riunione di lavoro che deve trovare la soluzione a un problema e l'attenzione è centrata sul problema e sulla proposta da produrre per la fine della riunione. Nel gruppo centrato sulla relazione c'è molta attenzione per gli stati d'animo dei partecipanti e le loro reciproche interazioni. A seconda dell'obiettivo da raggiungere può essere più opportuna l'una o l'altra modalità, anche se il mio parere è che un buon gruppo al lavoro dovrà tenere presenti entrambi le variabili concentrandosi sul risultato da produrre e, contemporaneamente, sulle relazioni esistenti fra i soggetti al lavoro, in una percentuale che dipende da una serie di fattori variabile e che riguarda le dinamiche presenti in quel determinato gruppo, le modalità di lavoro, le relazioni intercorrenti fra i membri e gli obiettivi da raggiungere.

### **Ruoli e leadership**

Il ruolo riguarda la posizione che si assume all'interno del gruppo ed il comportamento che, di conseguenza, ci si attende dagli individui.

I ruoli costituiscono una parte fondamentale della vita delle persone, che imparano sin dall'infanzia, nel rapporto con gli altri, ad assumere gli atteggiamenti voluti dal ruolo ricoperto. Lo stesso individuo, infatti, metterà in atto modi di essere completamente diversi, a seconda che si trovi in famiglia, sul lavoro, a un convegno. Spesso accade nei gruppi che ad un componente venga assegnato un ruolo che concerne sue caratteristiche reali o, viceversa, che lo stesso potrebbe anche non riconoscersi. Questo avviene perché in qualche occasione quell'individuo ha mostrato delle caratteristiche che hanno portato i membri del gruppo ad affibbiargli un'"etichetta" che poi diventa difficile togliersi, se si desidera liberarsene. Può accadere, ad esempio, che in un'occasione un certo individuo abbia mostrato doti di intraprendenza. In seguito sarà connotato come l'elemento attivo del gruppo da mandare in avanscoperta in situazioni difficili. Allo stesso modo un altro elemento, timido inizialmente, può diventare nella fantasia del gruppo, il passivo da trascinare. Avviene, così, che nei gruppi ogni elemento sia connotato da qualche sua caratteristica e gli altri membri si rapportano a lui per quella sua peculiarità. In questi casi scattano alcuni dei meccanismi visti in precedenza, ad esempio l'effetto alone e la profezia che si auto avvera.

Se il soggetto si riconosce nel ruolo assegnatogli dal gruppo non sussistono problemi. Se desidera liberarsi da un ruolo che non si riconosce, deve percorrere una serie di tappe che passano prima attraverso la consapevolezza, cioè la definizione chiara nella sua mente della dinamica che si è instaurata nel gruppo e che ha fatto in modo che gli altri elementi gli riconoscessero quella determinata caratteristica. Il secondo passo consiste nel modificare il proprio comportamento mostrando - più in sintonia con il ruolo che desidero acquisire all'interno del gruppo, rifiutando nello stesso tempo tutte le implicazioni che riguardano il ruolo che desidera abbandonare. Fra i vari ruoli che sono ricoperti nei gruppi, meritano una particolare attenzione quello del "capro espiatorio" e quello del "leader".

Quasi in tutti i gruppi, a un certo momento, è individuato un soggetto su cui sono scaricate tutte le tensioni del gruppo, come se la responsabilità di ciò che accade fosse sua. Questo avviene per una serie di variabili difficili da elencare ma che si possono analizzare volta per volta studiando il comportamento dei vari componenti. L'altro ruolo importante è quello del leader, cioè del "capo" che può essere istituzionale o carismatico. È istituzionale quando la leadership (cioè la posizione di leader) deriva dall'organizzazione che si è data il gruppo, come può essere ad esempio il capo di un partito, l'insegnante di una classe.

È carismatica quando dipende da doti naturali dell'individuo che è scelto dal gruppo spontaneamente, con le modalità di cui si diceva sopra.

Ovviamente un buon leader, essendo il conduttore del gruppo, deve possedere notevoli caratteristiche personali, ben equilibrate fra la capacità di condurre e l'attenzione a non prevaricare ed ad accogliere le richieste del gruppo, tenendo conto sia dei compiti da eseguire che delle esigenze relazionali del gruppo.

Fra i componenti dei gruppi nascono interazioni che possono comportare a volte una buona collaborazione, ma anche conflitti, che vanno tenuti costantemente sotto controllo, dando il giusto spazio sia alla razionalità che all'emotività, che sono complementari.

In conclusione il lavoro di gruppo implica:

- Elevata condivisione degli obiettivi
- Valorizzazione delle differenze individuali
- Relazioni preferibilmente simmetriche e flessibili
- Gestione dei conflitti attraverso il confronto
- Decisione prevalente per consenso

### LA FAMIGLIA

La famiglia è sempre stata per la sociologia oggetto di grande interesse. Gli studi recenti non lo considerano più solo come istituzione primaria che assorbe i conflitti sociali esterni, ma anche come nucleo attivo che, a sua volta, è in grado di reagire e influenzare i fenomeni sociali. L'impostazione della moderna sociologia è quindi quella di considerare la famiglia come attore attivo dei mutamenti sociali. Nelle varie ricerche sociologiche condotte su questo istituto ha sempre pesato il punto di vista ideologico del ricercatore.

Fondamentalmente si possono identificare due impostazioni:

- La *famiglia come gruppo sociale primario insostituibile*, sede privilegiata dell'individuale, dove il soggetto può esprimersi liberamente ed imparare, in condizione protetta, a rapportarsi con il mondo, sviluppando le proprie potenzialità.
- La *famiglia come espressione emblematica dell'individualismo*, chiusura, egocentrismo, rispetto alle esigenze e possibilità di sviluppo della società.

Incontestabilmente negli ultimi anni la famiglia si è trasformata così come la sua funzione. È sufficiente ricordare la famiglia patriarcale che evocava a se le seguenti funzioni:

- **Economia:** la famiglia contadina si sviluppava in una struttura statale che tendeva verso l'autosufficienza economica, una sorte di autarchia, dove inoltre si assicurava occupazione ai membri, assistenza economica e non solo alloggio.
- **Educativa:** attraverso il riferimento a schemi, valori saldi e difficilmente discutibili.
- **Politica:** la famiglia aveva una struttura organizzativa in cui erano chiari i differenti ruoli e veniva riconosciuta la funzione di guida del patriarca attraverso il quale il gruppo si confrontava con il mondo esterno.

Il confronto tra il modello descritto e l'attuale ci porta a evidenziare una radicale trasformazione, con una perdita di molte funzioni un tempo proprie, se non esclusive, della famiglia. Da gruppo autosufficiente si è passati a una condizione di piccoli gruppi strutturalmente legati alla società per soddisfare molteplici bisogni che prima trovavano riscontro in seno alla famiglia stessa. Da quanto illustrato possiamo così sintetizzare le funzioni che, nell'attuale contesto sociale, sono esercitate ancora dalla famiglia:

- **riproduttiva:** con trasmissione e conservazione dei caratteri ereditari
- **di sviluppo:** nei confronti del nuovo nato a cui concorrono sia il padre sia la madre con la creazione di un ambiente positivo e stimolativo
- **educativa:** non è sufficiente assicurare il soddisfacimento dei bisogni fondamentali dell'individuo; è necessario creare le condizioni per lo sviluppo della sua personalità, e fondamentale appare il meccanismo dell'identificazione



## **CAPITOLO IV**

### **ELEMENTI DI PSICHIATRIA**

#### **LE MALATTIE MENTALI**

Le malattie mentali si possono presentare in forma acuta o cronica. Nel primo caso hanno un carattere episodico che si manifesta con crisi o accessi che interrompono in modo transitorio lo stato abituale del paziente mentre nel secondo si tratta di disturbi duraturi, ma non necessariamente irreversibili o incurabili, che modificano la personalità del soggetto.

Nell'ambito delle malattie mentali in genere si opera una distinzione tra:

- **Nevrosi** - nelle quali il disturbo si manifesta attraverso forme (angoscia, riti, coazioni) di cui il soggetto è cosciente, benché non riesca a cogliere il loro significato inconscio.
- **Psicosi** - nelle quali l'individuo non è in grado di percepire i propri disturbi come patologici e l'intera vita psichica (affettività, giudizio, consapevolezza di se, valutazione del mondo esterno) risulta compromessa.

#### **LE NEVROSI**

Le nevrosi sono caratterizzate da uno stato d'ansia, fluttuante o collegato a situazioni particolari, da forme di comportamento che sfuggono al controllo del soggetto. Egli conserva la capacità di riconoscere l'anormalità dei propri comportamenti e non ne ignora il carattere inutile o assurdo, ma essi sfuggono alla sua volontà.

I nevrotici possiedono un io fragile che non riesce a instaurare relazioni positive con gli altri, poiché immerso in una situazione costante di malessere, sebbene non si giunga a una rottura con l'ambiente esterno.

Non bisogna inoltre dimenticare la storia psicologica dell'individuo, perché la nevrosi spesso esprime un conflitto psichico la cui origine è da collocarsi in epoca lontana, ma che è riattivato da un avvenimento attuale.

Esistono diverse forme di nevrosi.

#### **NEVROSI D'ANGOSCIA**

L'angoscia si configura come il risultato di un processo interno d'attribuzione di pericolo a determinati stimoli che acquistano, per l'individuo, un particolare significato. Il termine angoscia può essere usato come sinonimo d'ansia, ma deve essere distinto dalla *paura*, nella quale lo stato d'animo è collegato a una situazione realistica o a un oggetto riconosciuto dalla *fobia*, che conserva il legame della paura con l'oggetto o con la situazione, ma questi assumono per la persona un particolare valore dallo *stress*, che è una reazione a stimoli esterni d'intensità e durata variabili. Mentre un grado normale d'angoscia non ha alcun effetto disgregante sull'individuo, l'angoscia patologica comporta una condizione di disagio che interferisce con il comportamento quotidiano, sino a diventare la situazione preminente dello stato d'animo.

S'instaura un "circolo ansioso" provocato sia dalla convinzione dell'insufficienza delle proprie capacità, sia dalla preoccupazione di qualcosa che potrà accadere, ma non si sa quando. Questa costante vaghezza pone il paziente in una situazione d'aspettativa di pericolo che lo condurrà alla messa in atto di comportamenti inefficaci e contraddittori, che a loro volta permetteranno il perpetuarsi del circolo ansioso stesso.

Dal punto di vista clinico il fenomeno più caratteristico di queste nevrosi è la **crisi**, che generalmente si presenta in collegamento con avvenimenti particolari (esami scolastici, difficoltà professionali, problemi familiari, malattie.) e nella quale all'angoscia si accompagnano sintomi a livello somatico.

Nell'intervallo tra le crisi, però il paziente è inquieto e preoccupato dalla possibilità che i disturbi si ripresentino.

I sintomi si possono riscontrare a livello psichico e a livelli fisico. I sintomi psichici sono: sentimenti di tipo pessimistico, rammarico, dubbio, presentimenti minacciosi, difficoltà di concentrazione, sensazioni d'affaticamento, labilità mnemonica, psicoastenia (stanchezza mentale).

I sintomi fisici si presentano più frequentemente a carico dell'apparato cardiovascolare (tachicardia, palpitazioni, sbalzi pressori, dolore precordiale) e dell'apparato respiratorio (dispnea, singhiozzo, dolore toracico, tosse stizzosa). Tuttavia i soggetti possono lamentare anche nausea, vomito, spasmi, cefalea, dolori vaganti, crisi di prurito, lipotimia, disturbi del sonno ed altri equivalenti.

*L'effetto* disturbante di questi sintomi provoca una riduzione della capacità di tollerare la sofferenza da essi provocata e contribuisce ad amplificarli.

### **NEVROSI FOBICA**

Il sintomo principale è la **fobia**, ovvero un misto di paura sino al terrore e di ripugnanza sino all'orrore, nei confronti d'oggetti, persone, animali, situazioni o atti che normalmente, di per sé, non provocano questi sentimenti.

L'angoscia è sistematizzata attraverso il meccanismo di difesa dello spostamento per farla uscire da sé e distaccarsene; l'angoscia per un pericolo interno diventa così fobia di un pericolo esterno, perché ciò permette al soggetto di attuare una reazione appropriata.

Le fobie possono riguardare lo spazio (**agorafobia** - paura degli spazi aperti; **claustrofobia** - paura degli spazi chiusi); l'ambiente sociale (**ereutofobia** - paura di arrossire in pubblico); animali oggetti, scuola, sporcizia.

Da sottolineare l'importanza della vista, perché tutti i sintomi sono in rapporto con situazioni visive.

Il soggetto, per scongiurare l'angoscia, mette in atto tutta una serie di comportamenti che possono essere di evitamento o di assicurazione (presenza di una persona o di un oggetto particolare).

Nella personalità del fobico sono rintracciabili due caratteristiche fondamentali, cioè un costante stato d'allarme verso le situazioni poco chiare e un atteggiamento di fuga, sia come ripiegamento in sé (passività, negazione, rifiuto), sia come sfida aggressività e simili.

### **NEVROSI OSSESSIVA**

In questa forma di nevrosi si ha l'irruzione nel pensiero di sentimenti, idee o atti che s'impongono al soggetto in modo forzato e dei quali egli non riesce a liberarsi, nonostante i suoi sforzi.

Le idee ossessive variano secondo gli individui e possono riguardare immagini, problemi, dubbi, comandi, parole, numeri, calcoli, fobie relative a oggetti o situazioni che nella realtà non si sono verificate (es. malattie, morte); fobie relative ad impulsi, cioè atti che il soggetto ha il timore ossessivo di compiere. Queste idee si presentano in modo ossessivo e incontrollabile sconvolgendo l'equilibrio del paziente.

Contro tali fenomeni egli escogita trucchi e stratagemmi che lo portano ad instaurare una sorta di relazione magica con il mondo, fatta di rituali, procedimenti, tecniche di scongiuro. Possono essere gesti da compiere, parole da pronunciare, bisogno di contare, cifre da ripetere, abitudini o altro, ma quando diventano molto frequenti si arriva alla paralisi di ogni attività.

Dal punto di vista della personalità l'ossessivo manifesta: tendenza alla depressione, stanchezza, difficoltà di concentrazione, mancanza di attenzione, assenza di capacità decisionale, esitazione, incertezza e disturbi nell'adattamento sociale.

### **NEVROSI ISTERICA**

Nella nevrosi isterica, più caratteristica del sesso femminile, i conflitti inconsci vengono convertiti sul piano somatico ed espressi con manifestazioni sensoriali, vegetative o psicomotorie.

La manifestazione più tipica, peraltro ormai divenuta rara, è la **grande crisi alla Charcot**, in cui si riconoscono diverse fasi: il fenomeno iniziale è *l'aura*, ovvero un malessere che si presenta con dolori ovarici, bolo a livello del collo con sensazione di soffocamento, palpitazione; all'aura seguono la *crisi* di tipo epilettico, le *convulsioni*, con assunzione di pose grottesche, ed infine il risveglio. Più frequentemente si osservano, però, delle crisi che conservano solo alcuni aspetti della precedente. Talora i soggetti manifestano disturbi a livello mentale, quali stati di trance o di sonnambulismo, stati crepuscolari che vanno dal declino della coscienza sino alle amnesie, esperienze di depersonalizzazione (perdita della padronanza delle proprie azioni) con misconoscimento della realtà circostante.

A volte i sintomi si presentano a livello somatico e si tratta di pseudo-paralisi non confermate da segni neurologici obiettivi, afonia isterica, cecità isterica, anestesi, contratture, spasmi, algie. La cui caratteristica comune è il non avere una base anatomica riconoscibile. I disturbi propri della nevrosi isterica, infatti, possono essere riprodotti per suggestione i sintomi isterici imitano i sintomi organici, anche se ciò non avviene in modo volontario.

Resta da ricordare il fatto che non esiste una predisposizione all'isteria, in quanto essa dipende da condizioni proprie della persona, tuttavia le manifestazioni sono psichiche.

### **LA PSICOSI**

Le psicosi sono dei disordini mentali caratterizzati dalla disorganizzazione della personalità, da una valutazione distorta della realtà e da un mancato adattamento al mondo esterno, con conseguente ritiro e ripiegamento in sé.

### **PSICOSI MANIACO-DEPRESSIVA**

Sono contraddistinte dalla successione di accessi di mania e di malinconia. Compaiono generalmente prima dei 40 anni e più frequentemente nelle donne. La durata delle crisi e del ritmo con cui si presentano è molto variabile e non prevedibile, tuttavia vi possono essere dei fattori esogeni (esterni) scatenanti e dei fattori endogeni (interni) predisponenti.

#### ▪ **Crisi di Mania**

L'accesso maniacale ha un esordio nella maggior parte dei casi brutale ed improvviso. Il malato è invaso da un'agitazione diurna e notturna (insonnia totale) è iperattivo, parla senza posa, ma le parole fluiscono in modo disorganico riflettendo la fuga delle idee sintomatica di uno stato di eccitamento intellettuale; l'abbigliamento diventa stravagante e lo stato affettivo ed emotivo evidenzia euforia, sentimento di onnipotenza ed ottimismo, aumentano l'eccitamento erotico, la fame e la sete. Tale accesso dura in media 4/5 mesi e poi si estingue, anche se spesso si hanno delle recidive. Vi sono delle varianti che vanno dall'ipomania, in cui il paziente manifesta uno stato emotivo euforico e iperattività senza che la vita sociale risulta impedita, alle forme con deliri, allucinazioni e furore.

#### ▪ **Crisi di Malinconia**

L'accesso si verifica spesso in seguito ad un avvenimento traumatizzante o ad una situazione di conflitto. Compare lentamente ed è preceduto da sintomi quali astenia, insonnia, difficoltà nel lavorare.

Dopo questa fase iniziale si manifestano alcuni sintomi caratteristici: profonda tristezza, evidente anche nel modo in cui il soggetto si presenta; lentezza nell'ideazione; rallentamento motorio; anoressia; pessimismo, sentimenti di insicurezza, impotenza, autoaccusa, consapevolezza; ricerca costante della morte con elevato rischio di suicidio.

La crisi dura in media 6/7 mesi e poi finisce, lentamente com'è iniziata. Anche qui vi sono delle varianti che vanno dalla forma più semplice, in cui prevale l'inibizione, alla forma delirante.

## **SCHIZOFRENIA**

È un disturbo caratterizzato dalla dissociazione della personalità e dalla costruzione di una vita autistica nella quale il soggetto perde il contatto con il mondo esterno e si rinchioda in un mondo interiore. Colpisce più frequentemente individui tra i 15 e i 35 anni, sebbene vi siano anche forme infantili e tardive. In molti casi è stata accertata la predisposizione genetica e un fattore di predisposizione caratterologico corrispondente allo schizotimico (introversione, inibizione, impulsività, ipersensibilità).

L'inizio può avvenire in modi diversi.

- Inizio acuto, con crisi atipiche di malinconia, deliri, allucinazioni, accessi maniacali.
- Inizio insidioso: si notano in primo luogo cambiamenti nel comportamento (stranezza, trascuratezza) e nel carattere (inibizione, ritiro, isolamento, malumore, ribellione, e ostilità verso la famiglia) che sorprendono i conoscenti. A volte si ha un calo o una rottura nell'attività condotta fino a quel momento. Progressivamente intervengono i temi deliranti (avvelenamento, possessione, ipocondria) che possono essere improvvisi o insorgere più lentamente.
- Alcune forme, infine iniziano con tragici comportamenti impulsivi che sfociano in un delitto, al quale l'individuo non riesce a dare una motivazione.

I sintomi della malattia interessano ogni ambito della vita dell'individuo:

- Affettività (indifferenza, disinteresse, appiattimento)
- Comportamento ( bruschi cambiamenti, stereotipie, impulsività, rigidità, eccitamento).
- Linguaggio (mutismo, invenzione di nuove parole, cambiamenti di significato, insalata di parole)
- Percezione (allucinazioni soprattutto uditive, come voci che parlano tra loro o che commentano il comportamento del soggetto)
- Relazioni sociali (distacco, ritiro)
- Attività psicomotoria (deambulazione continua, dondolamento)
- Pensiero, sia a livello di forma (perdita dei nessi associativi con idee scollegate tra loro, incoerenza, blocco, ruminazione, che a livello di contenuto. In quest' ultimo caso la manifestazione tipica sono i deliri, che possono essere vissuti dal soggetto con esperienze di influenzamento, estraneità, trasformazione, o con prodotti, con temi di persecuzione, metamorfosi, furto, sostituzione o imposizione del pensiero da parte di persone, onde magnetiche, radar esemili.

Tutto ciò porta lo schizofrenico alla perdita di contatto con la realtà ed alla costruzione di un proprio mondo impenetrabile agli altri, cioè ad un mondo autistico nel quale l'individuo si ripiega e si chiude.

Generalmente la malattia prosegue con alternanza di fasi acute e di momenti di remissione. Le ricadute si presentano con maggiore frequenza in seguito ad avvenimenti stressanti che determinano uno scempenso in soggetti fragili dal punto di vista psicologico.

Esistono diverse forme di schizofrenia.

- *Semplice*. Ha un'evoluzione molto lenta. Il soggetto manifesta isolamento sociale, introversione, instabilità, ambivalenza nei rapporti, bizzarria nel comportamento, disinteresse verso le attività e inerzia.
- *Ebefrenia*. È la forma più grave ed ha inizio insidioso e precoce. Il quadro sintomatologico è costituito da: incoerenza, disorganizzazione del comportamento, perdita dei nessi associativi, appiattimento dell'affettività, ritiro sociale, manierismi (gesti ed atteggiamenti eccessivi ed innaturali), alterazione del linguaggio.
- *Catatonia*. Sono predominanti i disturbi psicomotori, che possono essere: stupore, negativismo, stereotipie (ripetizione continua di gesti, di movimenti o di parole), agitazione.
- *Delirante paranoie*. A esordio più tardivo, i sintomi caratteristici sono i deliri e le allucinazioni uditive.

## AUTISMO

L'autismo è una delle forme di psicosi dell'età evolutiva, che si può manifestare fin dai primi mesi di vita ma che trova la sua maggiore incidenza tra i 2 e i 3 anni di vita.

L'autismo esprime l'incapacità del bambino a stabilire un adeguato sistema di comunicazione col suo ambiente.

Nell'autismo precoce di Kanner, l'isolamento può presentarsi fin dalla più tenera età.

Durante il **primo anno**, i bambini autistici sono descritti dalla loro madre come bambini particolarmente calmi, non chiedono nulla a nessuno, sembrano felici quando sono soli. In presenza di un adulto sono indifferenti. Si è notata l'assenza di ogni attitudine anticipatoria: non girano la testa verso la madre che rientra nella stanza, non si agitano allorché stanno per essere presi in braccio, non tendono le braccia. Il tono dinamico è modificato, non esiste "dialogo tonico": impressione di un peso morto o di un sacco di farina quando li si prende in braccio. Anche alcuni aspetti dello sviluppo psicomotorio del primo anno sono alterati: mancanza del sorriso (3° mese), assenza della reazione di angoscia di fronte all'estraneo (8° mese).

Durante il **secondo e il terzo anno** l'autismo diventa evidente. Non esistono contatti con l'ambiente neppure con la madre che ha spesso la sensazione di non essere riconosciuta come tale dal proprio bambino. Lo sguardo è vuoto, assente. Talvolta all'opposto si nota un'estrema vigilanza, ma con uno sguardo periferico cioè il bambino autistico osserva l'adulto "dall'angolo", soprattutto quando non si sente osservato.

Il contatto fisico è rifiutato o, quando si stabilisce, è di tipo bizzarro il bambino apparentemente s'interessa solo a una parte del corpo dell'adulto (capelli, ginocchi, piedi) o si serve dell'adulto come di un semplice strumento (gli prende la mano e la dirige verso l'oggetto desiderato).

Non reagiscono all'allontanamento dei genitori (non piange) e neppure alla presenza di estranei.

Il bambino autistico utilizza gli oggetti come le persone in modo parziale, bizzarro, non simbolico, con manipolazioni ripetitive e stereotipie (movimenti di trottola). Il bambino può attaccarsi a un oggetto esclusivo che però non ha nulla a che vedere con l'abituale animale di peluche che il bambino normale stringe a sé per dormire.

I rapporti con gli altri bambini sono nulli o puramente manipolatori come con l'adulto. Il bambino autistico è indifferente ai giochi. La sua assenza di partecipazione, la sua indifferenza lo rendono un bambino saggio che viene facilmente dimenticato nel suo angolo. Non è raro, almeno inizialmente, che qualsiasi tentativo di contatto umano può suscitare reazioni violente di collera, etroaggressive o autoaggressive. Spesso l'ansia del bambino, le sue paure che sfociano in forme d'autismo, sono dovute al fatto che la madre o entrambi i genitori non sono disponibili o non sanno riconoscere i suoi desideri o peggio ancora lo soffocano, imponendogli comportamenti a lui del tutto estranei. Molti bambini sono allevati da genitori che non sono in grado di instaurare rapporti affettivi positivi, per cui possono insorgere schemi devianti nel comportamento, quali ansia, depressione, fobie.

Nel bambino artistico l'impatto con l'io è vissuto in modo drammatico, è evitato ossessivamente: la fuga dalla realtà e la negazione sono elementi caratteristici di tale patologia.

È fondamentale lasciare a questi bambini la possibilità di esprimersi attraverso forme che vadano al di là della loro capacità di comunicare direttamente con le persone, soprattutto quando rivelano doti particolari ecco allora il ricorso a rappresentazioni drammatiche, alla pittura, al disegno e alla musica in particolare.

## **DISTURBI DELIRANTI (PARANOIA)**

Il principale sintomo di tale disturbo è rappresentato dai deliri: è la presenza di un delirio stabile, non provocato da altri disturbi mentali, o da cause organiche, che lo caratterizza.

Il delirio è un'idea fissa, che seppure assurda, riveste enorme importanza per il soggetto, che ci crede fermamente. Solitamente queste persone hanno un tema delirante prevalente, sulla base del quale è diagnosticata la tipologia di Disturbo Delirante, in altri casi si verifica invece la concomitanza di più tipologie di delirio. Nel caso in cui nessun tema predomini si è in presenza di un "Disturbo Delirante non specificato".

Generalmente, anche nei casi di cronicità, il comportamento delle persone con disturbo delirante appare normale, anche le soluzioni intellettive e professionali sono conservate, purché non si affrontino temi che facciano riferimento alla forma di delirio. A risentirne principalmente sono le relazioni affettive e sociali.

Le tipologie di disturbo delirante più frequenti sono le seguenti:

- **Deliri di persecuzione**

Sono i più comuni e caratterizzano quelle persone che vivono nella convinzione che qualcuno voglia fare del male a loro o ai propri cari.

- **Deliri erotici (erotomania)**

I soggetti che presentano deliri erotici hanno la convinzione che una persona, solitamente di rango più elevato o famosa sia innamorata di loro.

- **Deliri di grandezza**

Caratterizzano quelle persone che credono di essere molto potenti, di possedere un gran talento o capacità non riconosciute socialmente.

- **Deliri di gelosia**

Gli uomini e le donne che presentano deliri di gelosia hanno l'assoluta convinzione che il loro partner li tradisca. Questa ipotetica infedeltà li spinge a cercare le prove e prendere provvedimenti. Non è raro, che in condizioni del genere, che il soggetto in preda al proprio delirio, metta in atto comportamenti violenti verso il proprio partner.

- **Deliri somatici**

In questa tipologia di delirio i soggetti hanno la convinzione di avere un determinato difetto fisico o di essere affetti da una patologia medica particolare.

*Anche nei deliri vi sono forme tipiche:*

- Nella *psicosi allucinatoria* sono tipiche le allucinazioni, a causa delle quali il paziente sente voci minacciose, strani odori, fluidi o correnti elettriche all'interno del, proprio corpo, sapori diversi nel cibo. A parte i momenti in cui tali fenomeni si presentano, per il resto il comportamento è normale.
- Nel *delirio fantastico*, infine, il pensiero perde ogni logicità ed emergono temi magici, di persecuzione, benché l'individuo conservi l'adattamento alla realtà e sia inserito nella vita quotidiana.

## **DEPRESSIONE**

La depressione comprende un insieme di sintomi diversi dall'abituale reazione che gli individui hanno di fronte alle difficoltà della vita. Fattori di rischio sono: episodi depressivi precedenti, predisposizione familiare, sesso femminile, età di comparsa prima dei 40 anni, periodo post-partum, patologia medica associata (neoplasie, ictus, diabete, ...), eventi vitali stressanti, abuso di farmaci o di altre sostanze (alcool).

I sintomi depressivi possono essere così suddivisi:

- Disturbi dell'umore (umore depresso e perdita di interessi)
- Disturbi cognitivi (idee di perdita, bassa autostima, autoaccusa, delirio di colpa, pessimismo, pensieri di morte, e di suicidio)
- Disturbi vegetativi (anoressia e perdita di peso / sovra-alimentazione e aumento di peso, insonnia / ipersonnia, amenorrea, riduzione della funzionalità sessuale)
- Disturbi somatici (cefalee, palpitazioni cardiache, dolori vertebrali o articolari). E' possibile che questi ultimi acquistino tale importanza da mascherare lo stato depressivo

Quando i sintomi causano disagio o compromissione del funzionamento sociale e lavorativo, non sono giustificati da un episodio traumatizzante (es. lutto) e persistono per più di due mesi è possibile che ci si trovi di fronte ad un episodio di depressione maggiore.

Altri disturbi depressivi osservati frequentemente sono:

- *Depressione reattiva*: è la risultante di specifici eventi vitali (emozioni, conflitti, strapazzi) o di esperienze frustranti (abbandono, delusione, lutto,) che ripropongono un sentimento di insicurezza rimosso e fino a quel momento compensato (abbandono avvenuto nell'infanzia). In questi casi la depressione è sì legata ad un avvenimento doloroso, ma sono sproporzionate l'intensità e la durata della reazione.
- *Depressione nevrotica*: è simile alla precedente, ma si innesta in una personalità nevrotica.

A volte, infine, gli stati depressivi possono mascherare altre patologie, quali la schizofrenia o malattie organiche (tumori, epilessia, arteriosclerosi) e ciò evidenzia la necessità di un attento esame generale.

## **CAPITOLO V**

### **ELEMENTI DI GERIATRIA**

#### **L'ANZIANO**

Abbiamo visto nel capitolo sull'età evolutiva come sia stato possibile delineare una serie di tappe con le loro caratteristiche peculiari relativamente al processo di crescita, pur con le dovute osservazioni riguardo alle caratteristiche individuali.

Non è altrettanto agevole illustrare un quadro che rispecchi le caratteristiche psicologiche dell'anziano, in quanto esiste una notevole variabilità nel modo di invecchiare.

Cercheremo pertanto di focalizzare l'attenzione su alcune variabili, sempre ricordando che ogni anziano che avremo occasione di incontrare è un individuo unico ed irripetibile e che il modo migliore per entrare in relazione con qualsiasi tipo di utenza è sempre quello di cercare di mettere in atto una relazione empatica facendo uso delle nozioni riferite nella prima parte.

#### **LA POPOLAZIONE ANZIANA**

Occuparsi di vecchiaia è diventato negli ultimi anni assolutamente indispensabile in quanto l'aumento della popolazione anziana e la prospettiva di un incremento in tale direzione, porta verso la costituzione di una popolazione rappresentata per la maggioranza da individui anziani.

Questo avviene perché sono scesi gli indici di natalità e contemporaneamente i progressi della medicina hanno allungato le prospettive di vita.

Pertanto il problema relativo alla gestione della popolazione anziana è di assoluta attualità.

È mio parere che non sarebbe necessaria l'urgenza dovuta alla crescita numerica degli anziani per porre l'attenzione su questa categoria di persone. Ma, purtroppo, le nostre politiche sociali spesso attivano interventi sulla base di eventi quotidianamente rilevanti. D'altro canto, al di là delle motivazioni che spingono all'interesse verso una certa categoria, il dato attuale è che da più fonti ci si sta occupando in modo massiccio del "problema anziani" proponendo anche tutta una serie di iniziative di tipo sanitario, assistenziale e sociale volte al loro maggior benessere e ad una loro migliore integrazione in una società studiata per adulti sani ed efficienti.

#### **L'INVECCHIAMENTO**

L'invecchiamento è un processo naturale, che riguarda tutte le specie viventi.

Come detto all'inizio però si tratta di un fenomeno estremamente variabile e questa differenziazione, è dovuta alla concomitanza di una serie di fattori che concorrono a definire la specificità di invecchiare di ogni individuo.

Vediamo di elencare i fattori che più influenzano la qualità del processo di invecchiamento:

**1) Fattori biologici.** Da un punto di vista genetico può esistere una predisposizione alla longevità. Inoltre, le malattie avute nel corso della vita, il funzionamento o meno di organo e apparati e la presenza di malattie croniche, incidono sullo stato di salute attuale, che nell'anziano va comunque considerato come elemento delicato in quanto, anche l'anziano sano, va incontro ad una serie di acciacchi legati all'età.

Questo non significa che vecchiaia sia sinonimo di patologia. È opportuno rifiutare lo stereotipo che vede l'anziano necessariamente come un malato. D'altro canto è innegabile la presenza del rallentamento o diminuzione di alcune funzioni od effettive perdite di altre. La presenza di patologie od difetti sensoriali (visivi, uditivi, motori) possono comportare una ridotta stimolazione e una difficoltà di partecipazione alla vita sociale, con il conseguente isolamento dell'individuo.



## **2) Fattori ambientali**

La buona qualità della vita in età avanzata è determinata anche da fattori che sono del tutto indipendenti dalla buona volontà o capacità dell'anziano e che riguardano l'ambiente in cui si vive e le risorse materiali di cui dispone. È evidente che la presenza di problemi economici limita le possibilità di vita sociale, di cure adeguate, di alimentazione corretta.

Anche un'abitazione adeguata dal punto di vista igienico, degli spazi disponibili, del clima e della vicinanza a negozi e servizi vari, incide sul modo di vivere.

## **3) Fattori cognitivi**

La dimensione mentale è la meno soggetta all'invecchiamento biologico.

Una buona attività mentale garantisce un adeguato mantenimento psichico e previene il senso di disadattamento solitamente conseguente all'abbandono dell'attività lavorativa.

L'esercizio mantiene e migliora le abilità mentali.

Il decadimento effettivo è presente solo come conseguenza di alcune patologie specifiche.

Nell'anziano sano le perdite riguardano solo alcune funzioni (memoria, velocità di risposta) e sono comunque parziali e di modesta entità e assolutamente non impediscono una buona attività mentale.

## **4) Fattori psicologici**

L'età avanzata comporta una crisi d'identità che richiede una necessaria ridefinizione di sé. Il corpo cambia sia dal punto di vista estetico che funzionale. Con l'abbandono dell'attività lavorativa si perde il ruolo che si aveva in precedenza e, di conseguenza, cambiano le relazioni affettive e sociali. La possibilità di riadattarsi con successo alla nuova condizione dipende dal livello di elasticità presente nell'individuo, dalla capacità di ristrutturarsi in ruoli nuovi e di accettare il cambiamento. Queste abilità dipendono dal quadro precedente non s'improvvisano in età avanzata, vanno coltivate nel corso della vita.

È necessario anche abituarsi ad accettare il vuoto che deriva dalla mancanza di obiettivi importanti da raggiungere.

In età giovanile si è protesi verso il futuro sostenuti da mete da raggiungere.

In età avanzata questa spinta non è più presente, ma ci si può focalizzare comunque su obiettivi a breve termine. Anche questo cambiamento richiede un adattamento importante. Inoltre una buona rete di relazioni affettive è senz'altro un indicatore di buona qualità della vita. Anche questa dimensione dipende dal quadro precedente, ma pure dalla capacità di reinvestire emotivamente. In età avanzata è anche spesso presente una certa inquietudine e incertezza per il futuro, accompagnate dalla preoccupazione per il pensiero della morte.

## **5) Fattori sociali**

I fattori sopra elencati concorrono a definire la qualità della vita sociale dell'anziano. Una buona salute fisica e psichica, una florida situazione finanziaria, la possibilità di condurre una vita sana dal punto di vista igienico e profilattico, permettono all'anziano di raggiungere quella serenità mentale necessaria per cercare occasioni di socializzazione ed accedervi con interesse e soddisfazione.

Si tratta di un processo che si autoalimenta più l'anziano vive una soddisfacente dimensione sociale, più si mantengono integre e vitali le sue funzioni, e di conseguenza aumenta il suo benessere e la sua capacità di socializzazione e così via.

Al contrario, si può assistere ad un processo di chiusura e di ripiegamento dell'anziano su se stesso, con abbandono dell'interesse per ciò che accade all'esterno.

Questo atteggiamento peggiora la sua condizione fisica e mentale ed incrementare

## LO STEREOTIPO DELL 'ANZIANO

A differenza del periodo di crescita e di maturazione, considerati momenti della vita in cui l'individuo è proteso verso il futuro e pieno di possibilità, l'invecchiamento è visto spesso solo in chiave discendente e involutiva. E' innegabile la presenza di modificazioni, che si caratterizzano per la loro connotazione negativa, di rallentamento o perdita, dal punto di vista sia dell'attività fisica che mentale, ma ciò non implica necessariamente un decadimento totale ed assoluto.

A parte la considerazione, già vista, che l'attività cognitiva non si deteriora in modo significativo, le modificazioni generali che avvengono andrebbero definite, più che perdite, come cambiamenti dovuti ad un nuovo modo di essere. Sarebbe possibile vivere così questa fase della vita come una tappa naturale, godendo dei benefici e tollerando le limitazioni che ogni età comporta.

Purtroppo esiste uno stereotipo di anziano socialmente diffuso, che ostacola questo processo di ridefinizione e di accettazione. Si tratta della comune convinzione che vede l'età anziana come un'involuzione carica di perdite che toglie ogni ruolo significativo, una specie di limbo fatto di noia in attesa della morte.

Anche la sessualità è messa da parte, ritenendo che l'anziano non abbia più né spinte né la capacità fisiologica di farvi fronte. Da un punto di vista fisico la possibilità di continuare a vivere la sessualità in modo soddisfacente è mantenuta molto avanti negli anni, con delle modificazioni che sono minori a quelle comunemente ritenute presenti. L'anziano è in grado di continuare ad avere un'attività sessuale. È il senso comune che gli nega questa possibilità e spesso molti anziani sospendono la loro vita sessuale più per aderire a questa idea stereotipa che non per effettivo bisogno.

Secondo lo stereotipo diffuso l'anziano si spegne e torna ad essere come un bambino bisognoso, capriccioso, dipendente, dispettoso, lunatico, pesante. Abbiamo visto nel capitolo sulla sociologia l'utilità e il pericolo delle categorizzazioni.

L'anziano così connotato entra nel meccanismo della profezia che si auto avvera e risponde al modello di inutilità che gli propone la società sentendosi inutile e comportandosi come tale.

Fortunatamente in questi ultimi anni si sta assistendo ad un'inversione di tendenza. Nascono molte iniziative dedicate agli anziani e gli stessi mezzi di comunicazione, per esempio attraverso la pubblicità, ci trasmette l'immagine di un anziano spesso attivo, vitale e partecipe alla vita.

A tale proposito, descriviamo due possibili modalità che sono state proposte sul modo di vivere l'età avanzata.

- La teoria del disimpegno, che descrive un anziano che mette in atto una rinuncia spontanea verso una vita attiva, rinunciando all'impegno sociale. È l'anziano che investe sempre meno sull'esterno e si ripiega su di sé.
- La teoria dell'attività o dell'impiego che, al contrario vede l'anziano vivere con soddisfazione la propria età, godendo del meritato riposo dopo una vita di lavoro e sapendo partecipare attivamente alla vita sociale.

È evidente che l'adesione ad un tipo di modello piuttosto che all'altro cambia totalmente la qualità della vita dell'anziano.

L'operatore che assiste gli anziani e la rete di relazioni che si intreccia intorno allo stesso, potrebbero stimolarlo verso la presa di coscienza della propria condizione, orientandolo verso possibili e auspicabili cambiamenti, senza il delirio di realizzare risultati a volte vani, ma tenendo conto della realtà di ogni singolo individuo e delle effettive possibilità di cambiamento.