

**UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI TORINO**

**FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA**

**SAN LUIGI GONZAGA**

**TESI DI LAUREA**

**DANIELE D'URSI**



**UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI TORINO**

**TESI DI LAUREA IN**

**TECNICA DELLA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA**

***"CI VORREBBE UN AMICO"***

**LA RELAZIONE INTERPERSONALE COME STRUMENTO TERAPEUTICO E  
RIABILITATIVO IN PSICHIATRIA**

***"WE WOULD ALL NEED A FRIEND"***

**INTERPERSONAL RELATIONSHIPS AS THERAPEUTIC AND  
REHABILITATIVE TOOLS IN PSYCHIATRY**

Relatore:

Prof. Rocco Luigi Picci

Candidato:

Daniele D'Ursi

**ANNO ACCADEMICO 2009/2010**

**INDICE**

**Abstract** .....

**Introduzione** .....

*Parte prima: aspetti teorici*

**Capitolo I- L'uomo, la relazione e comunicazione**

- 1.1 Premesse e riferimenti .....
- 1.2 La relazione interpersonale .....
- 1.3 La comunicazione .....
- 1.4 Gli assiomi della comunicazione umana .....
- 1.5 La comunicazione anomala .....

**Capitolo II- Il ruolo della relazione nella riabilitazione psichiatrica**

- 2.1 La psichiatria e il modello biopsicosociale .....
- 2.2 La relazione nel modello biopsicosociale .....
- 2.3 La riabilitazione psichiatrica .....
- 2.4 Il tecnico della riabilitazione psichiatrica .....
- 2.5 La relazione e la riabilitazione psichiatrica .....

**Capitolo III- La relazione terapeutica come strumento riabilitativo**

- 3.1 La relazione terapeutica .....
- 3.2 Il nursing psicodinamico .....
- 3.3 La relazione d'aiuto nella patologia psichiatrica .....
- 3.4 Il concetto di rete .....
- 3.5 La riabilitazione delle capacità relazionali .....

*Parte seconda: l'esperienza pratica*

**Capitolo IV- La relazione nei servizi di salute mentale**

4.1 I fondamenti legislativi e l'organizzazione dipartimentale .....

4.2 Il D.S.M. e i centri di salute mentale.....

4.3 L' assistenza residenziale .....

4.4 I centri semi-residenziali .....

4.5 L'Emergenza Psichiatrica. ....

**Capitolo V- Il progetto pilota: “Ci vorrebbe un amico”**

5.1 Il “*facilitatore della relazione*” .....

5.2 La strutturazione .....

5.3 Lo svolgimento .....

5.4 Analisi dei dati e considerazioni pratiche .....

5.5 Conclusioni e riflessioni .....

**Conclusioni**

.....

**Bibliografia** .....

**Allegati** .....

**ABSTRACT**

This thesis aims at studying, delving into and revising the topic of interpersonal relationships and how they can be expressed considering the different communication contexts, backgrounds and cultures which comprise psychiatric rehabilitation and the current organization implemented within the mental health facilities.

The aim is to investigate and study the relationship on a general basis and later as a therapeutic tool for those working in this setting, focusing on the various techniques adopted in psychiatric rehabilitation which cannot exclude the relational and communicative dimension specificities.

The closing down of mental health hospitals in Italy in 1978 and the end of the guardianship era which has always characterized mental illness, led psychiatry to become an integral part of the National Health Services, as warrantor for the prevention, treatment and psychiatric rehabilitation through a complex structure of local services and, minimally, hospitalization. Such a process would have not been desirable and it is still unthinkable without profound and practical reconsideration for social, interpersonal and communication aspects surrounding psychiatric patients, as well as all human beings. In fact, an interpersonal relationship must be considered in its entirety as a possible bond, means or resource, as well as the objective and the ultimate goal to structure successful individual rehabilitation plans but also in the planning of the psychiatric service structures.

In practice, the course of my practical training within the hospital and territorial structures of the Department of Mental Health ASL TO3 and the organization and implementation of the training pilot project for volunteers called: "We would all need a Friend", which I have attended, was underway. The project consisted of a group of volunteers who, after being trained, were sent to two ASL TO3 Mental Health Centers to do voluntary activity conducted by the team in order to facilitate their relationship with the psychiatric service clients.

This project was so successful, added to the experience of three years of training takes place in contexts in which it implements the psychiatric rehabilitation, as to testify that relationships and communication often represents an essentials tools for

the rehabilitation projects, therefore they should be established as a mainstay for theoretical and practical training for all staff working in mental health services.

## INTRODUZIONE

In quale misura relazione e comunicazione incidono nei processi di recupero e riabilitazione psichiatrica?

Che ruolo hanno le relazioni interpersonali nel comprendere ed approcciarsi alla malattia, nell'affascinante mondo della psichiatria?

In che modo la riabilitazione psichiatrica può essere considerata come processo per il recupero di abilità sociali, relazionali e comunicative?

Quale rapporto sussiste tra comunicazione/relazione e tecniche riabilitative in campo psichiatrico?

Quale scopo ha trattare il tema della relazione/comunicazione in campo psichiatrico secondo una prospettiva medica, sociale e riabilitativa?

Le precedenti domande rappresentano i motivi d'interesse fondamentali dai quali sono partito nell'osservazione del nutrito argomento delle relazioni interpersonali e della comunicazione umana nell'ambito della riabilitazione in campo psichiatrico che ho deciso di portare come tema fondamentale della mia tesi di laurea. L'interesse per tali ragionamenti è maturato nel corso dell'intero percorso di studi da me effettuato: in qualità di studente del Corso di Laurea triennale in Tecnica della Riabilitazione Psichiatrica nella Facoltà di Medicina e Chirurgia San Luigi Gonzaga (presso l'AOU San Luigi Gonzaga di Orbassano (TO) dell'Università degli Studi di Torino).

Questa tesi ha l'obiettivo di osservare, studiare e riportare in maniera personalmente rivisitata gli argomenti e gli studi di autori significativi nel campo della riabilitazione psichiatrica per quanto riguarda il campo della relazione, in generale, e del modo in cui essa si concretizza, ovvero la comunicazione, quindi analizzare le conseguenze teoriche e pratiche, di cui fa parte il comportamento, che essa implica negli individui e, di conseguenza, nei sistemi umani e collettivi in cui essi sono inseriti, ma soprattutto come possa "abbracciare" in maniera avvedutamente provata il campo d'intervento medico e sociale che la materia sanitaria, in particolare psichiatrica, comprende.

La tematica della relazione non dovrebbe mai essere dimenticata o tralasciata poiché coinvolge la persona che soffre per un disagio psichico sin dalle più precoci fasi dello sviluppo: il contesto di vita e la famiglia di cui fa parte sin dai primi istanti di vita, la società che la circonda, i servizi collettivi, sociali e sanitari, con cui entra in contatto prima e dopo l'avvento della malattia; quindi, le relazioni che instaura con il personale, gli operatori sanitari, gli assistenti sociali. Sono questi elementi che vale la pena considerare per poi renderli parte integrante di un progetto terapeutico e riabilitativo di successo.

Pertanto, ritengo l'argomento che verrà affrontato un tema di importanza basilare in ambito psichiatrico, in particolare perché, per sua natura, esso si svincola in maniera evidente dall'illusione oggettiva e razionale della scienza medica empirica, rendendo le dimostrazioni scientifiche lunghe, laboriose e comunque non sempre dirimenti se isolate dal contesto sociale e relazionale in cui si manifestano.



Penso, inoltre, che esso si debba imporre, in particolar modo, in campo riabilitativo come caposaldo nella nuova, eterogenea ed emergente professionalità del Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica (T.R.P.). Le professionalità specifiche in ambito riabilitativo, nelle quali è inclusa la figura del T.R.P., si possono considerare uno dei ruoli in campo sanitario ritenuti fondamentali nella società contemporanea per garantire i processi di cura e riabilitazione. Le competenze spaziano dalla “cura di Sé” a quella del corpo, dell’anima, a quella familiare e quindi medica, sociale e politica. Lo sviluppo della funzione di cura è un criterio per testare lo sviluppo antropologico e sociale dell’essere umano a cui questa tesi vorrebbe dare un piccolo contributo.

Il Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica potrà dare il suo contributo per incrementare teorie, esperienze e tecniche riabilitative specifiche e complesse, realmente incentrate sull’individuo sofferente come persona costantemente in una relazione unica, irripetibile ed originale. Qualunque sia la storia, la Persona è degna di essere protagonista di un rapporto relazionale e di comunicazione efficace, pena il fallimento del trattamento.

Esposti i presupposti e le motivazioni a questo elaborato si veda come verrà articolata nel corso dello svolgimento.

Il *titolo* della tesi rappresenta l’obiettivo fondamentale che mi sono posto durante la sua stesura: argomentare e dimostrare come la relazione interpersonale rappresenti un vero e proprio strumento di terapia e riabilitazione, fondamentale ad un processo di cura e guarigione. Per spiegare come il pensiero di autori importanti siano fondate e a tutt’oggi valide, ho cercato di argomentarne le teorie e poi applicarle nel pratico alle esperienze che ho avuto modo di sperimentare personalmente. Nella sua composizione, quindi, il lavoro di tesi si suddivide fondamentalmente in due parti: una di tipo maggiormente osservativa e teorica, l’altra di tipo esperienziale e sperimentale.

In particolare, una parte osservativa, di ricerca bibliografica e sitografica, di riflessione degli argomenti trattati e delle esperienze pratiche di tirocinio che ho effettuato nel corso dei tre anni di studio a lezione, nella quale ho cercato di

descrivere, analizzare, rivisitare personalmente e sviluppare in linea parallela due temi, che ritengo fondamentali.

1. La **relazione** e la **comunicazione** in quanto tali e come strumento terapeutico (*capitoli 1 e 3*).

Nel *primo capitolo* si introduce l'argomento in esame riprendendo ed accostando più temi ed autori con lo scopo di confrontare più teorie, provenienti anche da ambiti diversi da quello prettamente medico, al fine di fornire una panoramica ampia del tema e poterlo dunque approfondire focalizzandosi quindi sull'ambito prettamente riabilitativo e psichiatrico.

Nel *terzo capitolo*, invece, le teorie "di base", comuni verranno approfondite per permettere di capire come possano essere applicate specificatamente ad un approccio riabilitativo in senso ampio, quale reale influenza esse abbiano e come possano essere utilizzate in ambito psichiatrico. La relazione può essere considerata come strumento di valutazione nel porre diagnosi, come fattore facilitante (qualora siano possedute abilità o competenze relazionali, la persona sia inserita in contesti sociali che favoriscano le possibilità di guarigione) o contrario (nel caso che le competenze siano poco o per nulla possedute e la persona si trovi inserita in una rete sociale priva di stimoli al miglioramento delle condizioni) alla progettazione di un buon intervento riabilitativo. Si cercherà di dimostrare come relazione e comunicazione rappresentino, insomma, la base per costruire quel modello strutturale di cui qualsivoglia progetto di riabilitazione in ambito psichiatrico.

2. Il **ruolo** che comunicazione e relazione assumono nella Psichiatria moderna e nella riabilitazione psichiatrica, nonché nella attuale **organizzazione** in cui questi due campi operano (*capitoli 2 e 4*).

I capitoli che approfondiscono le teorie non troverebbero compimento e perderebbero valore pratico senza una descrizione delle normative, nonché della situazione giuridica, politica e sociale attuale e concreta in cui opera la psichiatria, la riabilitazione psichiatrica e dunque la professione del Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica. Entrambi i capitoli riflettono la mia personale esperienza nei servizi del Dipartimento di Salute Mentale dell'ASL TO3 e AOU San Luigi Gonzaga di Orbassano (TO) a cui fa riferimento il Corso di Laurea in Tecnica della Riabilitazione Psichiatrica di Torino. Oltre che alla letteratura scientifica, spesso si fa

riferimento alle normative vigenti poiché esse stesse danno un contributo importante nel descrivere la funzionalità dei servizi psichiatrici oggi, come sono intesi (e come io personalmente li ho vissuti), perché funzionano e con quali peculiari caratteristiche, quindi che ruolo assumono le tematiche relazione e comunicazione al loro interno. In particolare il *secondo capitolo* risulta maggiormente teorico, il *quarto capitolo* realmente incentrato sulle esperienze pratiche.

Una parte sperimentale, che comprende il *quinto capitolo*, descrive l'osservazione di un progetto di volontariato "Ci Vorrebbe un Amico" (il nome di questa esperienza fornisce il titolo "artistico" alla tesi, in quanto ha rappresentato la dimostrazione alle teorie elaborate nei capitoli precedenti) a cui ho avuto modo di partecipare in qualità di organizzatore e tutor, all'interno del San Luigi Gonzaga di Orbassano, in collaborazione con l'Università degli Studi di Torino, il Dipartimento di Salute mentale dell'ASL TO3 e il Rotary Torino Club negli anni 2009- 2010, il quale vuole essere esempio di come le teorie esposte possano trovare ampi consensi nella realtà di tutti i giorni anche tramite esperimenti innovativi e moderni nel difficile e vasto campo della riabilitazione psichiatrica. Nel corso di tale progetto si sono formati ed inseriti in alcuni Centri di Salute mentale del territorio di competenza dei volontari i quali hanno messo in pratica competenze relazionali personali innate e apprese durante il corso, ponendosi così come strumento aggiuntivo, in più per le équipe dei centri di riferimento. Durante il loro percorso sono state raccolte esperienze, informazioni, dati e risultati a test che hanno permesso una valutazione globale dell'esperienza, oltre che dal punto di vista emotivo anche da un punto di vista pratico e concreto. Tale esperienza si presenta come ulteriore dimostrazione del fatto che l'apprendimento di capacità relazionali quando ci si avvicina alla malattia mentale risultano assolutamente efficaci.

Si cercherà dunque di trarre sommarie linee guida di come in futuro potesse riproporsi e svilupparsi l'esperienza alla luce dell'esperienza appena conclusa.

Infine, nelle *Conclusioni*, ho ritenuto di dover elaborare una riflessione che riguardasse entrambe le parti di cui è composta la tesi e nello stesso tempo riflettesse quello che è stato il percorso di studi in Tecnica della Riabilitazione Psichiatrica, specialmente come mi abbia permesso di sviluppare, potenziare e riflettere su l'acquisizione di generiche e specifiche competenze, oltre che mediche, psicologiche

e pedagogiche, soprattutto relazionali e comunicative indiscutibilmente utili, se non necessarie per potersi approcciare alla professione di operatore in ambito psichiatrico.

Tutto ciò che verrà esposto, infine, non vuole essere un tentativo di tracciare linee guida su cui fossilizzarsi nella professione di Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica, proprio perché le competenze relazionali, per essere tali devono prevedere qualità come l'eterogeneità e la disponibilità al cambiamento, in quanto possono e devono modificarsi a seconda dei contesti e delle persone coinvolte con estrema flessibilità e massima propensione alla critica costruttiva. Tali caratteristiche dovrebbero, infatti, caratterizzare tutti coloro che lavorano in ambito riabilitativo e psichiatrico, il quale richiede costantemente capacità di revisione, rinnovamento, trasformazione, messa in discussione e creatività quando si progettano interventi riabilitativi di lunga veduta, siano essi incentrati sulla persona o nella formulazione e progettazione di nuovi e sempre più efficaci servizi per la salute e riabilitazione. Non è, infatti, una novità che la scienza psichiatrica subisca continui e sostanziali mutamenti derivabili dalla differenziazione dell'utenza che afferisce ai servizi di salute mentale, sia delle patologie che essi manifestano le quali, a tutt'uno con lo sviluppo dei sistemi sociali, sono in rapido mutamento e mettono in discussione molte precedenti organizzazioni di prestazioni riabilitative precedenti. Un esempio tra tutti di questo fenomeno è rappresentato dal notevole bisogno di cambiamento nella progettazione di servizi e programmi riabilitativi che in questi ultimi anni vedono un sostanziale cambiamento della popolazione che affluisce ai servizi psichiatrici: non più una popolazione di provenienza dall'Ospedale Psichiatrico, ma già nata e cresciuta senza la presenza di tale struttura totalizzante, quindi sempre seguita tramite strutture prevalentemente territoriali e sotto l'influenza di teorie innovative per l'epoca in cui sono state formulate, ma che andrebbero riadattate ai nuovi contesti in cui il disagio psichico si manifesta.

Trovo corretto scrivere fin da subito che le argomentazioni che verranno sviluppate, pur comprendendo una notevole quantità di informazioni estrapolate da materiale didattico che ho avuto modo di studiare ed approfondire nel corso degli anni, si

basano fondamentalmente su quello che sono i miei personali giudizi, motivati da una grande dose di curiosità ed interesse verso il campo medico psichiatrico. Molte affermazioni potranno apparire eccessive o mal interpretate, ma vanno intese come il frutto di una grande passione per la teoria e la pratica che l'elaborazione di questa tesi mi ha permesso di mettere per iscritto.

## **Capitolo I**

### **L'UOMO, LA RELAZIONE E LA COMUNICAZIONE**

#### **1.1 Premesse e riferimenti**

In questo primo capitolo, si chiarirà come l'essere umano non possa non essere in relazione, ovvero non esprimersi tramite la comunicazione, non rapportarsi all'altro da sé poiché questo non concernerebbe la propria natura, che lo vede costantemente un essere in relazione, dal momento in cui prende vita da altri esseri viventi, con i quali non si possono non instaurare dei rapporti relazionali, di qualsivoglia significato. Inoltre le relazioni che gli esseri viventi instaurano con l'ambiente circostante e gli altri esseri viventi che li circondano rappresentano il comportamento, ovvero come l'individuo risponde a stimoli ambientali ed è il mezzo tramite cui è possibile la conoscenza, nonché la valutazione dello stato di salute psichica.

#### **La natura della relazione**

Se analizziamo lo sviluppo della relazione in termini evolucionistici e storici, possiamo senza dubbio affermare che dalla nascita della vita sulla terra, circa quattro miliardi di anni fa, il rapporto tra elementi chimici, inizialmente, ed esseri viventi, poi, e ambiente abbia posto le basi per lo sviluppo della vita in generale e che si sia andato a specificare sugli aspetti di rapporto interindividuale circa due miliardi di anni fa con l'inizio della riproduzione di tipo sessuale e della comunicazione.

Con l'evoluzione delle specie, poi, la nascita di organismi sempre più complessi (cinquantamila anni or sono compare *l'homo sapiens sapiens*: la specie umana attuale) ha accompagnato lo sviluppo di rapporti relazionali, permettendo la comparsa di fenomeni quali l'aggregazione che hanno permesso la successiva comparsa di gruppi di individui, ovvero, società, agglomerati urbani, linguistica, parola parlata, espressioni di tipo musicale, grafico-plastiche, pitture, scrittura e alfabeti, culture da tramandare e via dicendo fino ad arrivare ai giorni nostri, dove

tutti i termini che caratterizzano la modernità e la scienza sono insolubilmente collegati alla comunicazione che si esplica mediante canali digitali e telematici, che permettono il costante contatto relazionale degli individui senza barriere di tempo o spazio: la tele-comunicazione è rappresentata da telefonia, computer, internet e forse (solo il futuro potrà chiarirlo) rappresenta la fine della letto-scrittura alfabetica (Schindler, 2009).

Posto dunque che *“nel regno degli esseri viventi non esistono cose, ma solo relazioni”* (Bateson, 1967) e che le cose rappresentano il mezzo tramite cui si sviluppano le relazioni, si può facilmente osservare come le relazioni rappresentino i fondamenti delle comunicazioni interpersonali fin dai primi anni di vita e determinino il tono e le caratteristiche di tali comunicazioni nel corso di tutta l’esistenza<sup>1</sup>.

L’isolamento, il mutismo, la non espressione, d’altronde, sono anch’esse una maniera di relazionarsi, una forma di comunicazione più o meno evidente e con diversi significati attribuibili a seconda del contesto in cui si manifestano. Infatti, l’uomo, per sua natura, non può interrompere il continuo relazionarsi con gli altri se non dopo la morte: neanche durante il sonno, infatti, si perdono le facoltà relazionali con l’ambiente circostante, che sono indispensabili alla vita.

D’altro canto, la comunicazione rappresenta la condizione senza la quale le relazioni non possono nascere e svilupparsi; l’uomo è infatti posto, sin dall’inizio della propria esistenza, in una dinamica di acquisizione dei processi comunicativi in gran parte non consapevole.

E’ altresì corretto affermare che l’uomo in assenza di comunicazione non sia in grado di mantenere una benché minima stabilità emotiva, in quanto, per riconoscere se stesso egli deve “comunicarsi” agli altri, ossia relazionarsi, e ciò non può avvenire tramite il solo confronto con se stesso. Non può accrescere la consapevolezza di sé senza un rimando, positivo o negativo che sia, da parte dell’altro.

---

<sup>1</sup> Sul valore della relazione nel contesto specifico e sugli effetti di questa nello sviluppo delle componenti psichiche nell’uomo per ora non è utile soffermarsi, ma tale aspetto verrà preso in considerazione nel capitolo seguente.

Poste queste basi, verrà da chiedersi, quindi, che potenziale possa avere la relazione nella complessità della vita di un individuo, cosa comporti e in che modo possa modificarne l'esistenza.

Si può riflettere se realmente gli aspetti che riguardano la relazione e il modo in cui essa si attua, come la comunicazione, fin dai primissimi istanti di vita, possano modificare profondamente le capacità cognitive, i comportamenti, l'affettività, la personalità dell'individuo; ma in che modo, con quali rapporti di causa ed effetto non è scontato saperlo, anzi, risulta allo stato attuale delle conoscenze fuorviante, se non addirittura pericoloso e sicuramente inutile tracciarne delle consequenzialità prestabilite ai fini dello studio della comunicazione umana.

### **L'importanza della relazione**

Per chiarire il motivo generale dell'interesse verso il tema della relazione, si è ritenuto di citare un'immagine chiave espressa dallo psicologo statunitense Abraham Maslow che tra il 1943 e il 1954 concepì e divulgò il concetto di "gerarchia dei bisogni (o necessità, ndr)"<sup>2</sup>, nel libro *Motivazione e Personalità*<sup>3</sup> edito per la prima volta nel 1954. Tale gerarchia o scala<sup>4</sup> di bisogni a cui si fa riferimento è suddivisa in cinque differenti livelli, che vanno dai più elementari, in quanto necessari alla sopravvivenza dell'individuo, ai più complessi, di carattere sociale. L'individuo, generalmente inteso, si realizza passando per i vari stadi, i quali devono essere soddisfatti in modo ordinatamente progressivo. I livelli di bisogni concepiti inizialmente, per ordine di rilevanza, sono:

1. **Bisogni fisiologici** (fame, sete, sonno, respiro, omeostasi).
2. **Bisogni di sicurezza** (salvezza, salute, sicurezza e protezione).
3. **Bisogni di relazione** (appartenenza, affetto, sessualità, amicizia, identificazione).
4. **Bisogni di stima** (prestigio, successo riconosciuto dagli altri, rispetto, stima).

---

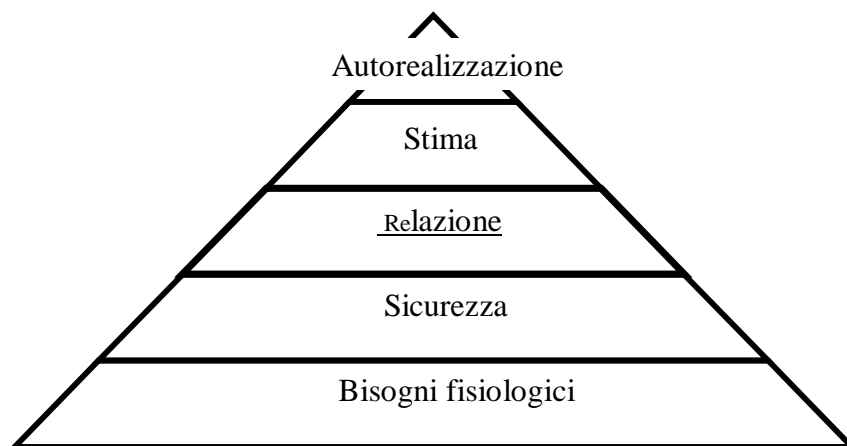
<sup>2</sup> "*Hierarchy of Needs*" in lingua originale.

<sup>3</sup> Nella versione Italiana di Armando Editore nel 1992.

<sup>4</sup> La scala sarebbe più corretta in termini più strettamente funzionali alla semplice sopravvivenza dell'individuo che in termini di affermazione sociale. Si tratta infatti di bisogni di tipo psicofisiologico, più che psicologico in senso stretto.



5. **Bisogni di autorealizzazione** (moralità, creatività, spontaneità, realizzazione della propria identità delle proprie aspettative, occupando una posizione soddisfacente per la definizione di se stessi).



*Figura 1: la Piramide di Maslow, 1954.<sup>5</sup>*

Questa scala è internazionalmente conosciuta come "La piramide di Maslow". L'autore, nel libro "Toward a Psychology of Being" del 1968, aggiungerà alcuni livelli che aveva inizialmente ignorato a causa di critiche molteplici da più punti di vista<sup>6</sup>.

I bisogni rispettano, nella loro soddisfazione, una gerarchia rigida e ordinata che iniziando dal primo punto a seguire impedisce ai bisogni successivi di realizzarsi.

---

<sup>5</sup> In ordine di importanza vengono espressi nella piramide i bisogni prioritari dell'uomo. Alla base della piramide si possono osservare i bisogni indispensabili alla vita, salendo verso la cima i bisogni meno indispensabili, ma più fini e che maggiormente contraddistinguono l'essere umano dagli esseri animali: i bisogni di auto soddisfazione e realizzazione morale e sociale. I bisogni di relazione sono rappresentati esattamente al centro della piramide, assumono un ruolo assai determinante.

<sup>6</sup> Come ad esempio la mancanza di aspetti legati alla sfera sessuale, che si possono comunque far rientrare nei bisogni fisiologici, in quanto soddisfano impulsi primordiali, ma anche di relazione, per quello che riguarda la sfera intimo affettiva che presuppone il sesso per l'essere umano.

Si provi ad immaginare un esempio concreto: una persona che non riesca a procurarsi cibo e acqua (punto primo) non si preoccuperà di cercare riparo e protezione (punto secondo); così come un uomo che abbia trovato cibo e acqua, ma non riparo e protezione non si curerà di ricercare rapporti affettivi e di identità (punto terzo) prima di aver soddisfatto quel bisogno, che viene prima del successivo in termini di bisogni fisiologici e dunque rappresenta una necessità più urgente, su cui focalizzerà tutte le proprie energie, e così via.

Si può notare dunque la posizione centrale che i bisogni di relazione, sottolineati sopra, assumono in tale schema ordinato, in base alle necessità individuali e contestuali. Ecco che in quest'ottica l'argomento relazione deve essere valutato: elemento fondante, basilare, non escludibile dalla vita istintuale dell'uomo, che ha tra i suoi bisogni più concreti proprio quello di relazionarsi per acquisire un senso d'identità e appartenenza sociale, necessari alla vita e al raggiungimento di obiettivi atti a soddisfare bisogni più elevati, come i bisogni di stima ed autorealizzazione, ma anche di quelli legati alle più precoci fasi dello sviluppo.

Se si vuole completare il quadro ipotizzato che vede le relazioni interpersonali come cornice dell'intera vita umana si pensi a come tale argomento sia palesemente il fondamento di qualsivoglia oggetto di studio nel mondo umano: finalità, obiettivi, metodi, mezzi e risorse di uno studio letterario, giuridico, sociale, medico, scientifico, matematico e statistico, economico e via dicendo. Ogni evoluzione umana ha visto porre fondamenta di tipo relazionale, comunicative di gruppo e collettività.

Si cerchi dunque di comprendere in questa ottica lo studio delle fonti di questa tesi.

### **Paul Watzlawick e la scuola di Palo Alto**

Filosofo, sociologo e psicologo, Paul Watzlawick è considerato uno dei maggiori studiosi della comunicazione, di cui ha definito assiomi, regole e teorie, ormai universalmente note. Non è sicuramente l'unico autore da cui sia possibile trarre importanti insegnamenti sulle tematiche riguardanti relazione e comunicazione, ma

sicuramente rappresenta l'esponente più brillante dalla scuola californiana di Palo Alto<sup>7</sup>.

*"Ogni comunicazione implica un impegno e perciò definisce la relazione. E' un altro modo per dire che una comunicazione non soltanto trasmette informazione, ma al tempo stesso impone un comportamento".* (Watzlawick, Beavin e Jackson, 1971).

Questa citazione sintetizza i concetti sui quali ci focalizzeremo nello svolgimento del testo, ordinandoli in maniera logica ed esplicativa: comunicazione, relazione e comportamento.

Comprendere la psiche dell'uomo significa, nelle pagine di Watzlawick, analizzare e saper comprendere le relazioni interpersonali che generano i comportamenti, attraverso l'utilizzo di messaggi comunicativi.

L'analogia che l'autore fa in una parte del libro con la "scatola nera" è alla radice della svolta comportamentale di studio delle interrelazioni umane: il cervello è chiuso nelle ossa del cranio, come la scatola nera nelle lamiere di un aereo; non è possibile "vedere" quello che è contenuto nel cervello, perché i pensieri sono impulsi elettrici che hanno un'origine chimica; le idee sono scariche di energia che nascono e si dissolvono nel buio dei misteri cerebrali e non è possibile catturarli in una rete, per poi analizzarli con calma. Questo presupposto guida Watzlawick in direzione di un approccio alla comunicazione umana che egli stesso definisce "pragmatico", ovvero pratico, comportamentale e relazionale: quello che noi sappiamo di una persona è il suo comportamento; possiamo vederlo, perché è disponibile immediatamente sotto i nostri occhi. Possiamo notare gli stimoli, le relazioni le comunicazioni come *input* e il comportamento come *output*, in un processo circolare e inseparabile. L'insieme degli stimoli, dei bisogni, delle esperienze che contribuiscono alla costruzione di ciò che si vede, non è subito disponibile.

Secondo Watzlawick, inoltre, il discorso eziologico sulle "cause" riveste un ruolo che è perfino secondario (almeno in ordine di tempo), se messo a confronto con quello che possiamo vedere. In linea con il comportamentismo, dunque, la pragmatica della

---

<sup>7</sup> Di seguito, durante il corso di tutto l'elaborato, verranno ripresi ed elaborati i concetti essenziali della scuola sopracitata (espressi nel lavoro fondamentale: "Pragmatica della Comunicazione Umana") e confrontati con lavori di altri autori e alle esperienze personali. Si è ritenuto essenziale conoscere tale pensiero per comprendere in maniera globale gli argomenti in discussione.

comunicazione indica alla comprensione della psiche l'osservazione della “via maestra”, ovvero l'uomo mentre comunica<sup>8</sup>.

## 1.2 La relazione interpersonale

Per relazione si intende “... ogni forma di legame esistente tra due o più persone: relazione di parentela, relazione di amicizia, relazione di sudditanza. In senso più concreto: il complesso di atti o manifestazioni che rendono operante un determinato rapporto ...” (Devoto-Oli, 2006).

Il *Grande Dizionario della Lingua Italiana UTET* definisce la comunicazione come “... rapporto o interdipendenza fra un soggetto individuale e un altro soggetto o la collettività. Rapporto di conoscenza, legame affettivo, di parentela o di amicizia tra due persone o gruppi. Rapporto tra agente e paziente all'atto della conoscenza ...” (AAVV, 2004)

Inoltre, per il *Dizionario di Psicologia*: “... le relazioni interpersonali sono i rapporti che si istituiscono tra due o più persone e che ne influiscono reciprocamente, in vario modo e grado il comportamento.” (Volta, 1974)

La relazione rappresenta, in sostanza, il metodo tramite il quale avvengono e si sviluppano i rapporti e contatti tra gli individui e ne modifica il carattere, la personalità, l'affettività e talvolta anche il modo di ragionare e pensare. Essa fa sì che le persone influiscano reciprocamente sui comportamenti altrui, seppur in un modo che dipende dalla soggettività psicologica e comportamentale di ogni individuo coinvolto e dal contesto in cui la relazione si sviluppa.

---

<sup>8</sup> L'autore scrive con una chiarezza espositiva e concettuale che lo distanzia di lunghi passi dalla maggioranza dei testi dedicati all'analisi del comportamento umano, anche per questo seguiranno numerosi spunti che sono tratti dalle sue opere.

## **Le fasi della relazione**

In generale, si possono tracciare quattro grandi fasi attraverso cui si sviluppano le relazioni interpersonali (Guarcello e Semerato, 2007), che verranno approfondite ed analizzate nel prossimo capitolo in rapporto agli studi sulla relazione terapeutica.

**1. Incontro:** è la fase iniziale di incontro tra gli individui nei quali si instaurano i primi scambi comunicativi: nell'incontro prevale la sfera istintuale, ovvero l'individuo valuta colui con il quale entra in relazione per la prima volta basandosi su dettagli e segnali che interpreta a seconda della sua pregressa esperienza in campo relazionale. In questa fase della conoscenza l'osservazione spesso viene prevaricata dall'intuito, in quanto l'individuo è portato a supplire la carenza di informazioni, che inevitabilmente non possiede in un primo incontro, tramite esperienze pregresse in termini di conoscenza degli individui.

**2. Conoscenza:** la comunicazione, l'osservazione, l'attenzione verso l'altro da sé producono una reciproca conoscenza delle persone in relazione; tanto più profonda risulta essere questa conoscenza, tanto più diverrà inevitabile il processo di identificazione nell'altro, il quale subirà a sua volta tale processo modificando i comportamenti del primo e nello stesso tempo venendo modificato negli atteggiamenti dalla sua presenza.

**3. Legame:** gli individui stabiliscono tra loro legami molto forti che si trasformano in esigenza per l'altro. La presenza degli altri risulta sempre indispensabile per motivi sopracitati di natura umana. Il legame affettivo analogamente rappresenta il colorito della vita relazionale dell'individuo, ne modifica e arricchisce l'affettività, l'emotività, il comportamento. I legami affettivi hanno delle potenzialità di straordinario livello in campo psicologico (si pensi agli effetti estremi che può avere il legame d'amore per quanto riguarda i comportamenti).

**4. Abbandono:** l'ultima fase del processo relazionale è rappresentata dalla separazione ovvero dalla fine del rapporto. Il trovarsi, conoscersi, stringere legami e poi abbandonarsi è uno schema che condiziona l'intera vita

psichica, poiché è assolutamente paragonabile alla ciclicità della vita. La teoria della depressione è appunto basata sulla teoria del lutto, della perdita, dell'abbandono, in tale ottica bisogna avvicinarsi allo studio delle relazioni umane: fonte di vita, gioia e tristezza infinita.

### **Le modalità relazionali**

Le svariate e differenti modalità relazionali che gli esseri umani possono attuare (assai diverse a seconda dell'individualità, del contesto, dell'esperienza personale), possono essere schematicamente definite in tre tipologie universalmente rappresentative, che sono alla base di tutte le altre e si stemperano, miscelandosi, per dare vita alla molteplicità degli stili comportamentali.

**1. Assertività** (da *asservire, proporre dei comportamenti*). La persona assertiva esamina varie alternative prima di agire; consulta gli altri per comprendere le posizioni altrui; difende i propri diritti, senza prevaricare quelli degli altri; ha un'immagine realistica di sé e di ciò che lo circonda; è una persona indipendente, ma non isolata; è affettivamente coinvolta, ascolta i feedback e ne produce; raggiunge i propri obiettivi e comprende quelli altrui.

**2. Passività** (*subire l'azione altrui*). La persona passiva è inibita, non prende facilmente iniziative in autonomia, ma necessita dell'appoggio altrui; raggiunge con fatica gli obiettivi proposti, in ogni campo della vita relazionale; si sente insoddisfatta e insicura; permette che vengano violati i suoi diritti e non si fa rispettare quando esprime le proprie idee; tende ad isolarsi; prova spesso noia, imbarazzo, irritazione e disgusto; non produce feedback e sembra non essere in grado di comprendere quelli emessi da altri. La persona passiva spesso nasconde anche a se stessa, tramite meccanismi di rimozione, emozioni, pensieri, paure e sentimenti.

**3. Aggressività:** (dal latino: *ad + gradi*, ovvero: *andare verso, avvicinarsi a*). Oggi il significato di tale parola è sempre più spesso assimilato al termine "violenza" che indica un'azione intenzionalmente distruttiva per recare danno e sofferenza altrui (*vis*, in latino, significa forza, prepotenza). Il termine in sé, in realtà, non contiene un significato

specificatamente positivo o negativo, tali connotazioni sono tutt'al più determinate dalla modalità degli atti aggressivi e dal contesto in cui si manifestano. Nel tempo il termine ha assunto una connotazione sempre più marcatamente negativa, per cui nel linguaggio corrente il significato del termine è del tutto sovrapponibile ad *assalire con violenza*.

La definizione di aggressività è resa complessa dalla varietà di manifestazioni che può assumere il gesto aggressivo, nonché dall'approvazione o dalla riprovazione culturale e sociale. A ciò si aggiungono le caratteristiche dell'aggressore, dell'agredito, oltre che del contesto, della finalità e della motivazione.

La persona aggressiva tende a prevaricare gli altri; assume iniziative, ma boicotta quelle degli altri; genera atteggiamenti vendicativi verso coloro che lo contraddicono; non ascolta gli altri né i feedback emessi; è rancorosa, insulta, depreca, umilia; è ostile e rancorosa. Spesso le persone aggressive non riescono a non farsi coinvolgere o a distaccarsi emotivamente dalle situazioni che le coinvolgono e quindi reagiscono ad ogni stimolo con un eccesso di passione, impeto risultando aggressivi a coloro con i quali si relazionano.

### ***Le caratteristiche dei comportamenti aggressivi***

L'aggressività non è un elemento sufficiente per porre una diagnosi psichiatrica, in quanto rappresenta un aspetto della relazione tra esseri umani, nessuno escluso: la malattia mentale comprende in sé atteggiamenti aggressivi, questo è noto, ma ciò non toglie che essi siano presenti anche in persone con funzionamenti psichici considerati non patologici.

Le condotte aggressive, secondo Buss (1961), possono essere distinte in:

- **Attiva o passiva:** l'azione aggressiva attiva procura un'azione (un insulto, un colpo), l'azione passiva invece la impedisce: un rifiuto (di parlare, di compiere un'azione) può rappresentarne un esempio.
- **Fisica o verbale:** l'aggressività può esprimersi tramite comportamenti come il colpire oggetti o persone (fisica) oppure limitarsi all'invettiva tramite l'uso del linguaggio (verbale).

- **Diretta o indiretta:** l'aggressività può essere espressa contro l'oggetto che provoca la rabbia o nei confronti di un terzo, oggetto o persona, ma anche contro se stessi (agiti autoaggressivi).

Secondo Masala, Preti e Petretto (2002) l'aggressività può essere:

- **Conscia o inconscia:** in base allo stato di coscienza, ossia di consapevolezza, da parte dell'assalitore.
- **Premeditata o reattiva:** nel caso sia un comportamento premeditato o meno.
- **Strumentale o impulsiva:** se usata per ottenere un vantaggio o evitare un danno o se invece dettata dall'eccitazione del momento, senza previsione delle conseguenze al gesto.

La motivazione che induce all'agito aggressivo può essere spiegata raggruppando gli agiti in tre grosse categorie (Feshbach, 1953):

- Espressiva: caratterizzata da agiti afinalistici, (fine a se stessa) nonché orientati a comunicare aggressività;
- Ostile: l'obiettivo risulta essere il danneggiamento di un altro;
- Strumentale: l'agito aggressivo finalizzato non ha come scopo reale il danneggiamento dell'altro.

Le ipotesi interpretative sull'aggressività comprendono, in buona sostanza, la totalità dei fattori che condizionano la vita psichica e socio-relazionale dell'uomo nel corso della sua esistenza. Lo sviluppo di comportamenti aggressivi vede, quindi, la sua origine in fattori psicologici, neurobiologici ed etologici. Alcuni sono innati e sono fondamentali nella specie animale, di cui l'uomo fa parte, come i meccanismi di attacco e fuga che seguono a segnali di ansia. L'ipotesi neurobiologica chiama in causa la presenza, in misura maggiore o minore, di sostanze neurotrasmettitorie come la dopamina, la noradrenalina e la serotonina. Hanno inoltre importanza i modelli comportamentali, appresi nelle relazioni fin dalle primissime fasi dello sviluppo psicofisico con l'ambiente e le tappe del funzionamento psichico di cui si occupa la psicodinamica, che focalizza l'attenzione sull'origine conscia o inconscia dell'aggressività.

Il ciclo dell'aggressione, ovvero le tappe che si susseguono durante un agito aggressivo, si possono così schematizzare:



- 1) Fase del **fattore scatenante** (la fase del *trigger*): è il momento in cui si passa da un comportamento di base, atteso, “normale” per la persona che si osserva, alle prime avvisaglie di comportamenti nervosi e aggressivi a causa di un fattore scatenante (*trigger*);
- 2) Fase dell’**escalation**: la fase in cui sale rapidamente l’aggressività;
- 3) Fase della **crisi**: il momento più alto in cui culmina l’aggressività in salita e in cui si manifesta il comportamento aggressivo;
- 4) Fase di **recupero/ desclation**: fase in cui l’agito aggressivo, poco per volta, si “spegne”, ridimensionando i comportamenti; ma può tuttavia facilmente essere stimolato da nuovi trigger e condurre ad una nuova crisi di aggressività;
- 5) **Depressione post-critica**: fase in cui il tono dell’umore appare lievemente deflesso al termine dell’agito aggressivo appena compiuto.

Dunque, i meccanismi che regolano la relazione sono molteplici e vari, ma tutti transitano all’interno del concetto di comunicazione, ovvero il momento di “passaggio di informazioni” all’interno di relazione interpersonale.

### **1.3 La comunicazione**

Comunicare deriva dal latino e significa: “rendere comune” quindi essere in rapporto, essere in relazione, rendere partecipe qualcuno in qualcosa (Devoto-Oli, 2006; Volta, 1974) è un processo di interazione, un veicolo fondamentale per stabilire relazioni tra membri di comunità o gruppi, che non possono esistere senza relazione e comunicazione interpersonale.

La comunicazione rappresenta dunque il mezzo con cui è possibile stabilire e mantenere le relazioni interpersonali, lo strumento mediante il quale nascono, si instaurano e sviluppano le relazioni, si acquisiscono dati necessari al vivere comune, un processo di scambio tra persone che si trovano in un certo contesto.

Persone e ambiente sono le variabili che modificano le modalità comunicative e relazionali tra gli individui. *“Ci troviamo in presenza di un processo di comunicazione tutte le volte che il comportamento di una persona o di un animale si*

*impone all'attenzione di un'altra persona, o animale" (Watzlawich, Beavin e Jackson, 1971).*

Infatti, non si può escludere che qualsivoglia atteggiamento o comportamento possono dare a chi ci osserva delle specifiche informazioni su ciò che stiamo facendo e sul nostro modo di rapportarci al mondo esterno, nonché su cosa stiamo riflettendo e pensando, ovviamente senza averne l'indubitabile sicurezza, ma senza avere nessun altro mezzo per avvicinarsi maggiormente alla deduzione di questa.

Ogni comunicazione ha un aspetto informativo, di contenuto, e un aspetto di "comando", di relazione. Ed è questo secondo aspetto che imprime una forma al contenuto, che ne definisce il significato come metacomunicazione, vale a dire la comunicazione sulla comunicazione.

### **Le dimensioni della comunicazione**

Per approfondire la tematica della comunicazione può risultare utile considerare, innanzi tutto, le tre fondamentali dimensioni (o settori) teorizzate da Morris nel 1946.

**Sintassi:** è l'analisi dell'organizzazione e della combinazione degli elementi della comunicazione; non si interessa del significato che i simboli assumono in termini comunicativi, ma solo delle proprietà matematiche e statistiche del linguaggio. Un esempio di sintassi è la grammatica che si studia a scuola.

**Semantica:** è rappresentata dall'analisi dei significati e dei riferimenti attribuiti ai segni; infatti, i segni e i simboli della comunicazione assumono significati ben specifici e su cui chi comunica si deve accordare per essere compreso da chi riceve il messaggio. Un esempio di questo è rappresentato dal significato diverso che i popoli attribuiscono ai segni delle mani: l'indice e il medio alzati, per esempio rappresentano un segnale di vittoria, per gli Italiani, mentre il gesto assume per gli Inglesi un significato molto offensivo.

**Pragmatica:** è l'analisi del rapporto tra interlocutori, contesto e modalità e studia le conseguenze comportamentali, la relazione, della comunicazione sull'uomo.

In campo psicologico risulta evidente come l'interesse sia puntato su quest'ultimo aspetto in maniera particolare, dal momento che i comportamenti delle persone sono influenzati e a loro volta influenzano quelli altrui, in un modello inestricabile e non

sempre cosciente basato su risposte, reazioni feedback e percezioni. Chi si occupa di relazioni e vuole approcciarsi alla pragmatica non può permettersi di non soffermare prima l'attenzione su sintassi e semantica, poiché perderebbe dati concreti di osservazione essenziali nell'approfondimento della questione.

### **Gli elementi della comunicazione.**

Gli attori fondamentali della comunicazione sono: mittente, messaggio, destinatario e contesto. Senza uno di questi non può avvenire la comunicazione.

Di seguito vengono riportate le caratteristiche che tali elementi della comunicazione dovrebbero avere affinché si instauri un canale comunicativo efficace, ovvero in grado di rendere i soggetti presenti alla comunicazione partecipi e comprensivi di ciò che vicendevolmente comunicano. Appare chiaro come tale concetto sia alla base di una relazione comprensiva e autentica, in cui intento e azione coincidono senza creare discrepanze tra ciò che si comunica, da un lato, e gli intenti di comunicazione, dall'altro.

### ***Mittente***

Il mittente è colui che manda il messaggio; egli deve scegliere il codice che stabilisca le regole di interpretazione del suo messaggio, se vuole che esso sia compreso da chi lo riceve, per cui dovrebbe sempre tenere presenti i seguenti aspetti della comunicazione efficace:

- utilizzare un linguaggio condiviso;
- prestare attenzione al contesto culturale dell'interlocutore;
- fare attenzione alle informazioni feed-back di ritorno mentre comunica;
- essere disponibile a modificare il messaggio se non compreso dall'interlocutore;
- porre attenzione agli atteggiamenti propri mentre si esprime e comunica.
- utilizzare un canale (cioè mezzo attraverso il quale comunica) che agevoli, la comunicazione in atto.

Il mittente può mandare messaggi che non corrispondono a quanto voleva comunicare. Tale processo può avvenire in maniera conscia e consapevole, nonché nota al mittente; oppure, al contrario, inconscia, ma suscettibile alla critica (i

contenuti si riconoscono quando vengono esplicitati); oppure ancora inconscia, ma senza consapevolezza né critica (non si riconoscono neanche se esplicitati).<sup>9</sup>

Chi comunica, in generale, per comprendere ed essere compreso, rendendo dunque la comunicazione efficace, dovrebbe rifarsi a due elementi fondamentali: l'empatia e l'ascolto attivo.

- **Empatia:** alla base di ogni concetto di comunicazione efficace, rappresenta la caratteristica di sapersi mettere nei "panni" dell'altro, saper quindi sperimentare i vissuti di colui che sta parlando, accogliendo non solo i contenuti, ma anche i sentimenti e le emozioni sottese a tale messaggio, trattenendosi dal formulare qualsiasi tipo di giudizio, non utile né necessario<sup>10</sup>.

- **Ascolto attivo:** ovvero la capacità di focalizzare l'attenzione sul modo in cui l'interlocutore percepisce se stesso e la realtà che lo circonda, cercando di vedere le cose nella sua prospettiva. Per attuare l'ascolto attivo è necessario:

- sospendere il giudizio, mettendo da parte le opinioni personali, ed essere consapevoli delle proprie emozioni in rapporto alla specifica situazione e persona con cui si sta comunicando;
- prestare attenzione alla persona che comunica, aiutandolo ad esprimere le proprie idee;
- prestare attenzione ai contenuti espressi;
- non dare consigli o soluzioni premature;
- rispondere alla persona con empatia, mantenendo il contatto oculare mettendosi in posizione frontale, inclinati verso l'interlocutore, osservandone l'espressività, il tono, la postura;

---

<sup>9</sup> I termini conscio e inconscio vengono momentaneamente estrapolati dal pensiero di S. Freud, il quale faceva riferimento ai concetti espressi tramite la postulazione dei termini lapsus ed errori, (Watzlawich, 1971)

<sup>10</sup> L'empatia non va confusa con il processo di identificazione che, in psicodinamica, consiste nel rendere proprio ciò che appartiene all'esterno, modificando la rappresentazione del Sé e permettendo la costruzione del mondo interno. (Furlan, Picci, 1991).

- rispondere ai contenuti interpretandone il significato, ossia ponendo attenzione a ciò che viene detto e accogliendone le tematiche. Risulta evidente l'utilità di porre domande esplicative come: *chi, cosa, dove, quando, perché?*

### ***Messaggio***

Il messaggio non è rappresentato solo da informazioni (livello dei contenuti), ma anche da sensazioni, emozioni, sentimenti e vissuti (livello relazionale).

La sua comprensione è influenzata da alcuni fattori, quali:

- la simmetria, ovvero la relazione paritetica tra le persone in comunicazione;
- la complementarità, per esempio due interlocutori in posizione non paritaria (rapporto medico/ paziente);
- la punteggiatura utilizzata: le diverse modalità di espressione, interruzione all'interno della sequenza dei comportamenti.

Se si parla di messaggio non si può tralasciare il concetto di significazione, ovvero: se una persona vuole trasmettere un messaggio che si riferisca ad un oggetto o avvenimento (chiamata *referenza*) in assenza del destinatario, utilizzerà materialmente qualcosa che permetta di rappresentarlo, ad esempio con la pittura, o la musica. Il materiale fisico che verrà utilizzato per consentire la rappresentazione si chiama *significante*, il riferimento da comunicare, cioè la *referenza* messa in segni, significato. Il rapporto tra questi elementi della comunicazione è rappresentabile schematicamente tramite un triangolo ai cui vertici siano posti rispettivamente: *referenza*, *significante* e *significato*. Un esempio concreto è rappresentato da una qualsivoglia scultura di argilla che rappresenti la forza maschile: la *referenza* è la forza dell'uomo; il *significante* è l'argilla; il *significato* invece è l'intera scultura e ovviamente subisce l'influenza della soggettività di chi la osserva, il quale può attribuire significati differenti rispetto all'autore che l'ha prodotta. Questo è un altro esempio di come lo stesso simbolo possa rappresentare diverse interpretazioni.

### ***Destinatario***

Il destinatario è colui al quale il messaggio è indirizzato. Per comunicare in maniera efficace è necessario, infatti, che il messaggio sia compreso da chi lo riceve. Il mittente dovrà quindi analizzarne: l'intelligenza, il linguaggio, le capacità di

comprensione, il retroterra culturale, il contesto relazionale, le aspettative, le motivazioni, i vissuti, la vicinanza emotiva; dovrà in oltre considerare che la comprensione di modelli di comunicazioni e di relazioni risultino comprensibili solo se appartengono all'esperienza soggettiva individuale. Secondo questi presupposti e caratteristiche individuali il destinatario codifica (o decodifica) il messaggio che gli è stato trasmesso.

E' molto importante soffermarsi ad osservare, in termini comportamentali, l'effetto che il destinatario ha sul mittente del messaggio nel momento stesso in cui questo comunica, tramite quei meccanismi di risposta e rimando, più spesso non verbali, chiamati *feedback*: questi possono essere rappresentati da movimenti, sguardi, accenni, che influenzano in maniera importante il mittente del messaggio e quindi anche il messaggio stesso; si consideri, per esempio, in un'aggressione verbale, quale differenza comporti un atteggiamento cauto e composto rispetto ad uno di agitazione e panico, oppure di contro-aggressività che potrebbero determinare risposte di tipo aggressivo fisicamente.

### **Contesto**

E' importante non trascurare mai l'importanza dell'ultimo, ma non per importanza, elemento della comunicazione, l'ambito in cui avviene una comunicazione, poiché tale aspetto modifica necessariamente gli elementi sopra descritti, andando ad incidere direttamente sui rapporti relazionali. Si mediti ad esempio sull'effetto che i seguenti contesti possono provocare nell'instaurarsi di una relazione:

- **contesto fisico-ambientale**: il luogo nel quale avviene la comunicazione (un bar, un treno, una prigione, un ospedale, un cimitero, ecc.);
- **contesto storico-temporale**: il momento in cui avviene l'interazione, le varie epoche e le loro caratteristiche (l'età antica, il medio evo, l'età dei lumi, il '900...);
- **contesto psicologico-relazionale**: il livello di empatia e il tipo di relazione tra i comunicatori; un dialogo tra professore e allievo sarà sicuramente differente da quello dello stesso professore con la moglie o dello stesso allievo con i compagni di scuola o i propri genitori.

Per chiarire il ruolo che il contesto assolve in una relazione e come, a sua volta, è condizionato dalle comunicazioni, basti pensare a come queste si siano evolute in questi ultimi anni, dando vita a mezzi tecnologici che hanno modificato radicalmente la vita dell'uomo: la telefonia, internet hanno messo a disposizione mezzi qualche tempo fa impensabili che permettono comunicazioni a svariati chilometri di distanza e informazione continua tra un capo e l'altro del mondo. L'uomo ha globalizzato il proprio modo di vivere le comunicazioni, cambiando radicalmente i contesti in cui si attuano (con i telefonini si può parlare e vedere persone molto distanti senza il bisogno di spostarsi), ha ridotto i tempi di attesa per domandare e ricevere risposte comunicative, ha sostanzialmente plasmato la sua vita su questi sistemi, che se sparissero improvvisamente manderebbero in profonda crisi l'intero sistema globale. Il contesto di comunicazione contribuisce a determinare eventualmente rumore nel processo comunicativo, ovvero può determinare situazioni in cui il messaggio tra comunicanti appare disturbato, a causa del contesto in cui sono inseriti: questo è un elemento da non sottovalutare nella scelta dei luoghi nei quali si comunica. Non bisogna quindi escludere nessuno dei suddetti elementi dallo studio delle comunicazioni umane, poiché solo se considerati collettivamente permettono una valutazione globale della relazione, permettendoci di capire i veri intenti comunicativi, ma soprattutto di studiare le modalità attraverso cui dalle comunicazioni si passa ai comportamenti.

#### **1.4 Gli assiomi della comunicazione umana**

Nella "Pragmatica della Comunicazione Umana" di Watzlawich sono enunciati i cosiddetti assiomi della comunicazione che, dalla pubblicazione del testo (1967), hanno modificato in modo profondo il percorso della psicologia contemporanea; essi rappresentano i principi base della comunicazione umana e sono ormai parte integrante di ogni studio in campo comunicativo e relazionale.

Il loro significato risulta ancora più importante qualora i partecipanti ad una comunicazione siano capaci, anche in un momento successivo allo scambio di informazioni, di evidenziarli nel loro atto e di trarre dalla loro osservazione dati e

mezzi per comprendere meglio il processo di interscambio individuale che li riguarda.

L'autore, semplicemente, definisce così gli assiomi: "*Alcune proprietà semplici della comunicazione che hanno fondamentali implicazioni interpersonali*" (Watzlawich, Beavin e Jackson, 1971).

### **Primo assioma della comunicazione umana**

*Non si può non comunicare.*

Essendo impossibile non manifestare un comportamento e prendendo atto che ogni comportamento è possibile veicolo di comunicazione, risulta evidente l'impossibilità di non esprimere comunicazione. Chiunque si trovi in una situazione sociale, nel senso in cui vi sia qualcuno pronto a recepire o osservare un dato comportamento altrui, è sorgente di informazioni da e per gli altri, indipendentemente dalla propria volontà di comprensione reciproca ed intenzionalità di efficacia dell'atto comunicativo. Nella comunicazione si apre la relazione, ovvero la relazione con l'altro è già implicita nella stessa esistenza umana, che di per se comunica, tramite i comportamenti, qualcosa che riguarda chi li mette in atto.

L'uomo dunque non è e non sarà mai un individuo separato, un pianeta isolato dagli altri, anche quando è solo e silenzioso in mezzo al nulla. E' impossibile non comunicare, dunque perché ogni comportamento è comunicazione, invia un messaggio riguardante se stessi agli altri, che lo si voglia oppure no.

Il silenzio, paradossalmente, è una forma di comunicazione anche molto potente ed efficace, può manifestare una costellazione di significati e indurre ad una miriade di interpretazioni, anche spesso contrastanti, come imbarazzo, tristezza, rabbia, agitazione, calma, rispetto e partecipazione.

Inoltre, in molte patologie psichiatriche si può osservare come la ricerca della non comunicazione possa fornire davvero un grande bagaglio di conoscenze sulla persona, derivate appunto dalla modalità comunicativa di non voler comunicare.



## **Secondo assioma della comunicazione umana.**

*Ogni comunicazione è anche metacomunicazione.*

Ogni comunicazione possiede due aspetti: un aspetto di contenuto e un aspetto di relazione; il secondo influenza e classifica il primo. Questo rappresenta il concetto di metacomunicazione: qualcosa che definisce e regola la comunicazione stessa.

Per esempio: il concetto “*portami il pane*” potrebbe essere espresso come comando, ad esempio “*portami il pane!*” oppure come notizia: “*Mi farebbe piacere mi portassi il pane*”. La natura delle relazioni ne influenza gli aspetti comunicativi non verbali e, quindi, modifica il tipo di contenuto, nonostante le parole utilizzate o i concetti esposti.

La metacomunicazione è dunque direttamente responsabile dei comportamenti, poiché riguarda la possibilità di comunicare dati sull'atto stesso di comunicare. Infatti, può essere generatrice della cosiddetta comunicazione paradossale, come quando si dice “sto scherzando” dopo aver comunicato qualcosa, oppure si scrive su un cartello: “Vietato leggere”. Tali comunicazioni negano ciò che è il mezzo usato per comunicare precedentemente, con l'intento di annullare la comunicazione, in maniera non possibile, poiché ormai è avvenuta.

*"Sembra che quanto più una relazione è spontanea e 'sana', tanto più l'aspetto relazionale della comunicazione recede sullo sfondo. Viceversa, le relazioni 'malate' sono caratterizzate da una lotta costante per definire la natura della relazione, mentre l'aspetto di contenuto della comunicazione diventa sempre meno importante."*

(Watzlawich, Beavin e Jackson, 1971)

Quando i messaggi contraddittori vengono trasmessi, reiterati e ripetuti in un ambiente chiuso e in cui uno dei comunicatori ha il potere della relazione, allora questa situazione può facilmente portare all'incapacità, da parte del soggetto più debole nella comunicazione, a rispondere e/o uscire dalla comunicazione paradossale: per uscirne fuori bisognerebbe metacomunicare parlando semplicemente di quanto stava accadendo<sup>11</sup>.

E' probabile che chi legge abbia fatto un'esperienza di questo genere, ovvero di scambi di opinioni, di discussioni o di litigi che avevano come oggetto argomenti di

---

<sup>11</sup>Teoria del doppio legame (Bateson et al.. 1967).

nessuna importanza, sotto intendendo tutt'altra dinamica interpersonale. In casi simili, quello che è in gioco non è la scelta di una maniera di comportarsi o un'altra, ma la definizione di "chi gioca quale ruolo" all'interno della relazione interpersonale. Non essere consapevoli di tale aspetto della comunicazione riduce notevolmente la possibilità di instaurare relazioni consapevoli e significative in termini di conoscenza reciproca e sincerità di approccio interpersonale.

### **Terzo assioma della comunicazione umana.**

*La natura di qualsiasi relazione dipende dalla punteggiatura delle sequenze di comunicazione dei comunicanti.*

Nell'evolversi degli eventi la punteggiatura, ovvero il succedersi concatenato degli eventi, è arbitraria e soggettiva: colloca in relazione di causa effetto le espressioni degli interlocutori e incide dunque sulla relazione: il disaccordo su come punteggiare gli eventi è alla base dei conflitti relazionali.

Per esempio: una moglie che dice: "lo tradisco perché mi trascura" e un marito che afferma "la trascuro perché mi tradisce", comunicano la stessa catena di avvenimenti, la stessa azione compiuta (il tradimento), ma danno una opposta interpretazione e collegano gli eventi in rapporto di causa-effetto che ne rovesciano assolutamente la comprensione.

Tale postulato rappresenta spesso uno dei motivi di incomprensione basati sulla incapacità relazionale metacomunicativa, nel senso che la concatenazione degli eventi ed i loro rapporti possono facilmente essere ribaltati, creando incomprensioni che hanno alla base conflitti metacomunicativi espressi in tale maniera, che potenzialmente potrebbe protrarsi all'infinito: A determina B o B determina A?

### **Quarto assioma della comunicazione umana.**

*La comunicazione possiede due livelli complementari: numerico, ossia verbale e analogico, cioè non verbale.*

La comunicazione si attua infatti tramite i due possibili canali:

- a) **Verbale:** rappresentato dalla linguistica, si attua attraverso l'utilizzo della parola (scritta o parlata) e del paralinguaggio (timbro vocale, velocità dell'eloquio, pause della voce) e può fornire diversi tipi di informazioni:

- 1) relative al contenuto;
- 2) relative alla natura della relazione.

In generale tale tipo di comunicazione possiede una sintassi logica complessa ed efficace, ma non sempre può esprimere in maniera esplicativa la natura della relazione tra chi comunica, al contrario al contrario di quella non verbale (per esempio, una persona che racconta il motivo della sua tristezza a parole).

- b) **Non verbale:** che ha la capacità di definire adeguatamente la natura di una relazione, pur non avendo la ricchezza di sfumature di quello verbale; si attua attraverso elementi che completano ed integrano la comunicazione verbale, dando ad essa un connotazione affettiva ed esplicativa della relazione, ossia: prossemica (distanza tra partecipanti alla comunicazione), cinesica (gestualità, movimenti), mimica, espressiva; comprende anche l'aspetto esteriore, il contatto, l'olfatto. Il linguaggio non verbale ovviamente è molto spesso sfumato dalle caratteristiche possedute dagli elementi della comunicazione sopra descritti: mittente, destinatario e contesto. (Per esempio, la persona che racconta il motivo della sua tristezza piangendo e singhiozzando, coinvolge sicuramente di più l'interlocutore).

### **Quinto assioma della comunicazione umana.**

*Tutte le interazioni possono essere simmetriche o complementari.*

Un rapporto paritetico e democratico è simmetrico; un rapporto di subordinazione è invece complementare.

Le ricerche e le osservazioni di Watzlawick hanno condotto alla distinzione di due possibili modi di mettersi in relazione con l'altro.

Il primo, che l'autore chiama relazione simmetrica, è caratterizzato da un piano di partenza paritario, dove le persone coinvolte si misurano con l'assunto di essere uguali. La simmetria, se corre troppo oltre i suoi presupposti, può degenerare in patologia, ovvero in una dinamica di competizione per dimostrare che *"io sono migliore di te"*.

Il secondo tipo di relazione è segnata dalla complementarietà. In questo modello, chi partecipa alla relazione si comporta in modo tale da situarsi in una posizione di

superiorità oppure di inferiorità nei confronti dell'altro. Per comprendere appieno cosa significa la complementarità, è importante aver chiaro che è possibile imporre all'altro la propria "superiorità" solo se questi è disposto ad accettarla, e viceversa.

### **1.5 La comunicazione anomala.**

La difficoltà che ogni essere umano ha nel rendersi conto che all'origine di ogni comportamento, azione o gesto, e, quindi, comunicazione, vi è un processo di pensiero che può anche non essere conscio (per lo meno in un primo momento), aumenta notevolmente nei casi in cui la patologia comprometta la salute psichica. Dunque la maggior problematica osservabile è rappresentata dalla discrepanza tra comunicazione e metacomunicazione, tra conscio e inconscio, tra consapevolezza e non consapevolezza dei propri comportamenti, delle proprie comunicazioni e relazioni con gli altri: tanto maggiore è la discrepanza tra comunicazione e metacomunicazione tanto più questa risulta malata ed inficia la relazione che la sostiene, in un rapporto di causa ed effetto circolare e difficile da determinare.

Si prenda, per esempio il caso della profezia che si autodetermina<sup>12</sup>, in cui una persona, convinta preventivamente che altri avranno nei suoi confronti un atteggiamento di ostilità, mette in atto inconsapevolmente tutta una serie di comportamenti che faranno sì che gli atteggiamenti ipotizzati vengano effettivamente adottati dagli altri, confermando così la propria convinzione<sup>13</sup>.

Ecco che, a questo punto possono venire in aiuto, a chi si occupa di osservare i termini entro cui si sviluppa qualsiasi tipo di relazione, alcuni degli elementi riscontrabili nei precedenti assiomi della comunicazione. Ci si soffermi a considerare i successivi esempi, ognuno dei quali è riferito ad uno specifico assioma:

---

<sup>12</sup> *Self-fulfilling prophecy* (Watzlawich, Helmick Beavin e Jackson , 1971)

<sup>13</sup> Colui che entra in relazione con un gruppo di persone ed ipotizza la convinzione di superiorità degli altri, metterà in atto una serie di comportamenti impacciati e buffi, dovuti a questa credenza da lui supposta, i quali confermeranno negli atteggiamenti degli altri la sua ipotesi iniziale, senza rendersi conto che il motivo di tali atteggiamenti sono non le convinzioni degli altri, ma bensì i suoi stessi comportamenti.

- lo studio del modo di porsi in simmetria o in condizione di superiorità potrebbe indicare eventuali ansie o tensioni nei confronti della persona con cui si relaziona;
- il linguaggio non verbale, fornisce tutta una serie di importanti indicatori su stati emotivi non espressi verbalmente come ansia, agitazione, tristezza, ecc.;
- la punteggiatura utilizzata nell'articolare un concetto esplicita il modo di collegare gli avvenimenti in un rapporto causa-effetto;
- gli aspetti metacomunicativi che influiscono sulle relazioni e sulle situazioni, in cui le comunicazioni avvengono per la maggior parte in maniera non consapevole, possono far sì che una persona, pur comunicando apparentemente in maniera superficiale, risulti irritata e infastidita dall'altro, senza spiegarsi il perché;
- la scelta di non comunicare delucida un particolare stato d'animo.

Ovviamente non si vogliono tracciare linee guida o rapporti specifici tra comunicazione anomala e studio della relazione, ma solo chiarire come dall'attenzione verso determinati atteggiamenti relazionali si possano trarre interessanti spunti di riflessione sulla dimensione psichica di colui con il quale si comunica, in considerazione del fatto che la relazione appare come un sistema dove i comportamenti sono circolari: non è sempre possibile stabilire quale è la causa e quale l'effetto, cosa viene prima e cosa viene dopo, chi influenza che cosa.

### **La comunicazione anomala nelle relazioni**

Si è detto quindi che ogni comportamento è, insieme, azione e risposta ad un altro comportamento, che presuppone substrati emozionali e si manifesta tramite comunicazioni nei rapporti interpersonali in un sistema che è rappresentabile da un cerchio di concause. La circolarità mette fuori campo il dualismo causa-effetto che, come uno stampo, ha dato forma per secoli a tutti i discorsi della scienza. Il sistema delle persone che comunicano e si relazionano con altre persone è sempre un universo a se stante, governato da regole e processi tipici, spesso inconsci e non volontariamente determinati.

Quando le regole che tengono in vita il sistema *comunicativo-relazionale-comportamentale* fanno "corto circuito", la comunicazione si ammala. Se si considera, inoltre, come relazione e comunicazione possano essere coinvolti nei processi che hanno portato allo stato di malattia e come, senza la loro presenza, non sia possibile un equilibrio psichico, diventa chiara l'importanza di soffermarsi sui suddetti aspetti della comunicazione in rapporto alla psicopatologia, tenendo conto che l'intento non sarà di analizzare cause ed effetti della patologia, ma di studiare l'ampio ventaglio di interventi utilizzabili in campo curativo e riabilitativo, basati essenzialmente sulle competenze comunicative e relazionali, e di analizzare dunque quali risvolti terapeutici può assumere la relazione laddove la patologia ha compromesso le funzioni di comunicazione e relazione.

*“La relazione interpersonale è data dal modo individuale di mettersi in rapporto con l'altro e quindi di relazionarsi a se stesso per poi di nuovo confrontarsi con l'altro e l'esterno, dunque nuovamente con se stessi, dando così vita ad un circolo che collega relazione, comunicazione, pensiero e comportamento”*(Montefoschi,1980).

Per tali motivi, non bisognerebbe mai commettere l'errore di sottovalutare il ruolo svolto dall'instaurarsi di una relazione efficace o di fiducia tra chi necessita di cure e chi le fornisce: spesso rappresenta davvero l'arma vincente di un intero processo di cura e riabilitazione. Non si può negare, come si è già detto più volte, che la definizione di essere umano comprenda in sé il rapporto di questo con l'ambiente circostante ed ogni parametro secondo il quale noi possiamo valutare lo stile e la qualità della vita non può prescindere dal rapporto che l'individuo ha con ciò che lo circonda, dunque il modo in cui egli si relaziona alle persone, animali, oggetti, e via dicendo. Così come non possiamo negare che il modo di relazionarsi che si può attuare nei confronti di una persona disturbata possa rientrare in una circolarità, che se non consideriamo e modelliamo per quanto possibile, rischia di inghiottire chi aiuta come chi è aiutato.

L'ambiente che circonda un individuo malato, come ad esempio la famiglia, senza dubbio porta con sé un carico di elementi relazionali che disturbano le comunicazioni al suo interno e con l'esterno. Tale tipo di scambi patologici possono essere considerati come causa o come effetto della patologia comportamentale espressa dall'individuo, possono quindi aver causato un malessere (a cui l'individuo reagisce

adeguandosi nell'esprimere la disfunzione) o esserne la diretta conseguenza (dovuta da interazioni con un individuo che le stravolge). Comunque sia, la comunicazione rappresenta un aspetto così influente sulla condizione comportamentale mal adattativa, che non può essere tralasciata nell'approccio alla patologia, ma su di essa deve essere incentrato una considerevole quantità di tempo e risorse, poiché essa, come espressione di relazione, fa parte della vita dell'uomo costantemente.

Pertanto è solo lavorando su tali aspetti che si raggiungono i migliori traguardi, in ambito riabilitativo psichiatrico in particolare, proprio per le potenzialità che questi aspetti della vita dell'uomo assumono nel modificarne i comportamenti.

## Capitolo II

### IL RUOLO DELLA RELAZIONE NELLA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA

#### 2.1 La psichiatria e il modello bio-psico-sociale

In medicina si è soliti suddividere teoricamente il processo di cura parlando di: **prevenzione primaria, secondaria e terziaria**. La prima è rappresentata dal vasto campo della **prevenzione** comunemente intesa (profilassi, protezione), la seconda da quello della **cura**, la terza dalla **riabilitazione**.

La **riabilitazione**, intesa generalmente come ultima fase del processo di prevenzione, cura e recupero di abilità o strategie di compenso atte a vivere al meglio nell'ambiente fisico e sociale in cui ci si trova; può applicarsi a diversi settori della medicina: la fisioterapia è la scienza della riabilitazione applicata alla fisiatria, la logopedia è applicata alla foniatría, l'ortottica all'oculistica, la neuro psicomotricità dell'età evolutiva alla neuropsichiatria infantile, la tecnica della riabilitazione psichiatrica alla psichiatria.

Di seguito è opportuno analizzare, prima di procedere nella descrizione delle tematiche specifiche, il rapporto che intercorre tra psichiatria, riabilitazione e modelli di riferimento, comunicazione e relazione interpersonale, che sono i termini fondamentali di questa tesi.

#### **La psichiatria**

La psichiatria, in generale, è la branca specialistica della medicina che si occupa della prevenzione (prevenzione primaria), della cura (prevenzione secondaria) e della riabilitazione (prevenzione terziaria) dei disturbi mentali, dal punto di vista teorico e pratico “...*Il suo nome deriva dal greco e letteralmente significa: medicina dello spirito, ovvero: cura dell'anima...*” (Devoto-Oli, 2006) .

Essa è definibile come una "disciplina di sintesi", in quanto il mantenimento e il perseguimento della salute mentale, che è lo scopo fondamentale della psichiatria, viene ottenuto prendendo in considerazione diversi e svariati ambiti: medico-farmacologici, psicologici, sociologici, pedagogici, filosofici, etici, politici e



giuridici. Tale peculiarità è confermata in gran parte dalla storia della specifica branca medica e dai metodi di cura psichiatrica, che hanno caratterizzato le diverse epoche storiche: iniziando con una concezione di cura esclusivamente *custodialistica* all'interno di strutture di reclusione, poi trasformata in concezione moralistico-pedagogica, passando per quella organicistica, fino ad arrivare alla visione attuale incentrata sui concetti di trattamento e sulla riabilitazione.

Siffatto peculiare tipo di evoluzione rende questa materia ricca di diversi spunti di riflessione, nonché di numerosi dibattiti: ciò rende ragione del fascino, ma anche della difficile definizione, a causa delle numerose sfaccettature teoriche che la caratterizzano e che la distanziano dalle tematiche di altre specialità mediche, nelle quali la complessità dell'uomo o dell'ambiente che lo accoglie può anche essere tralasciata, al contrario della psichiatria che non può mai permettersi di escluderla. A tal proposito, merita accennare come si possa osservare in letteratura la continua necessità di ridefinire criteri guida di diagnosi e quindi di prevenzione, trattamento, cura e riabilitazione delle patologie psichiatriche. Queste infatti sono in continua ed osservabile mutazione, si confondono e si “miscelano” con le componenti sociali di cui sono frutto ed espressione, con la cultura a cui appartengono ed esprimendo il disagio che le caratterizza tramite i mezzi di comunicazione possibili ed attuabili in quel dato momento storico.<sup>14</sup>

La condizione attuale della psichiatria ha mitigato “...*le recenti certezze biologiche degli anni settanta-ottanta...*” e quindi “...*prevale oggi la constatazione che la malattia mentale può mutare la propria espressività a seconda delle circostanze, della storia individuale, delle condizioni socioeconomiche e dello stesso rapporto interpersonale, sociale e umano con l'individuo e con il malato...*” (Furlan, 2004).

---

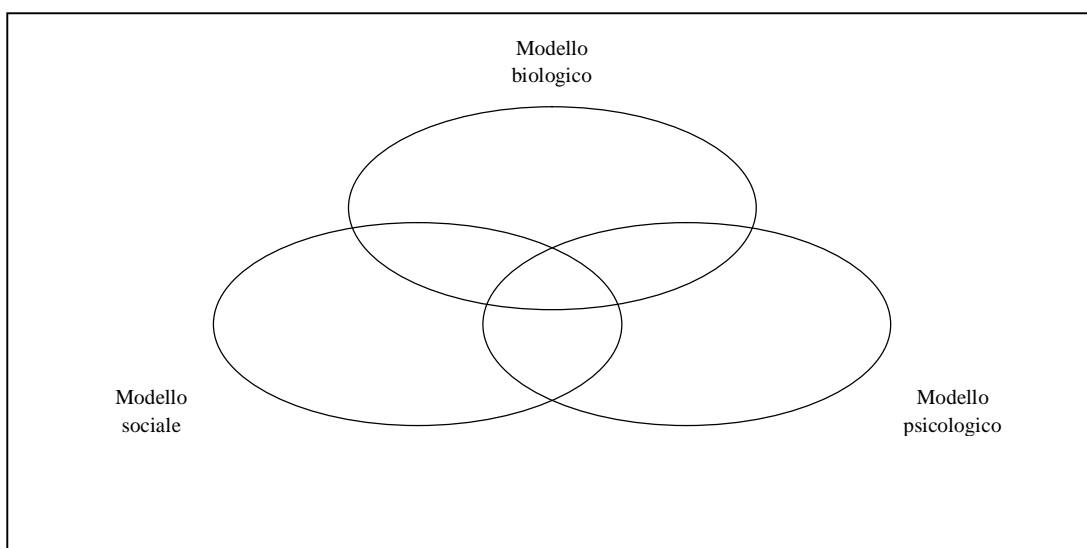
<sup>14</sup>E' il caso qui di citare la Psiconevrosi Isterica studiata da S.Freud a fine '800, oggi neanche più rintracciabile in letteratura e non parimenti riscontrabile nella pratica clinica, poiché sostituita da altre forme di espressione di quello stesso disagio, che pure continua a manifestarsi sotto nuove spoglie: disturbi di personalità. disturbi d'ansia, disturbi somatoformi e di conversione-. I disturbi del comportamento alimentare son un esempio dell'espressione e della comunicazione di un disagio tipico della nostra era, così come i disturbi, ancora poco conosciuti, appartenenti alla vasta gamma delle dipendenze, anche dalla tecnologia. I disturbi della personalità, di cui si è visto un notevole incremento negli ultimi decenni, hanno costretto alla'idea sempre più diffusa che si debba attuare una modernizzazione dei servizi psichiatrici rispetto come sono costituiti allo stato attuale, ossia incentrati sul trattamento e la riabilitazione nei confronti di pazienti provenienti dalla segregazione manicomiale, per lo più affetti da psicosi schizofrenica.

## **Il modello biologico psicologico e sociale**

Il modello bio-psico-sociale in psichiatria si è sviluppato a partire dagli anni '60 del '900, in Italia sotto l'influenza del *movimento anti-psichiatrico* che chiedeva un radicale cambiamento della psichiatria organicistica e custodialistica e traendo spunto anche dal modello di natura sociologica sorto negli anni sessanta negli U.S.A e che li diede vita ai primi **Centri di Igiene Mentale** (Ba, 2003). Confermato dal documento dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, nel 1996, è oggi il modello maggiormente considerato nello studio e nella pratica degli interventi nei campi della disabilità e dell'handicap, e ad esso pare opportuno fare riferimento quando si parla di psichiatria e di riabilitazione psichiatrica in generale.

Questo tipo di approccio alla malattia vede le cause, le metodiche di trattamento e di riabilitazione come appartenenti ad un vasto insieme di elementi che non possono essere studiati settorialmente, ma vanno analizzati nella loro complessità, pur potendo riconoscere tre importanti sottoinsiemi: quello biologico, quello psicologico, quello sociale.

Schematicamente, il modello biopsicosociale può essere rappresentato come tre insiemi intersecanti, della stessa consistenza e con la stessa influenzabilità l'uno sull'altro:



*Figura 2: Il modello biopsicosociale.*

L'importanza che gli aspetti sociali, inevitabilmente collegati a quelli relazionali, hanno nel condizionare quelli psicologici e biologici è sovrapponibile al peso che questi ultimi hanno nell'influenzare i primi. Ciò è da tenere presente non solo nel rappresentare le cause, ma anche nel comprendere le patologie e favorire l'approccio a sistemi di prevenzione cura e riabilitazione realmente efficaci.

Analogamente alle relazioni, considerate nel precedente capitolo, i rapporti tra i fattori non possono che essere circolari e quindi fonte di influenzamento reciproco: considerare le sole cause e biologiche ed approcciarsi nella cura e nella riabilitazione solo mediante i farmaci, che agiscono su tale aspetto, è assolutamente riduttivo e poco efficace. Altrettanto errato è ritenere che sia solo eliminando le cause socio-relazionali che si possa porre un intervento risolutivo alla malattia mentale: se non vi fosse più disagio sociale, in maniera utopica, non scomparirebbe infatti la malattia mentale.

Tant'è vero che *"...nella biologia moderna sarebbe impensabile studiare anche l'organismo più primitivo isolandolo artificialmente dal suo ambiente ... se ci si rende conto che ogni organismo deve procurarsi per sopravvivere non soltanto le sostanze necessarie al suo metabolismo ma anche informazione sufficiente sul mondo circostante, non si può non concludere che comunicazione ed esistenza sono concetti inseparabili..."* (Watzlawich, Beavin e Jackson, 1971).

## **2.2 La relazione nel modello biopsicosociale**

Uno dei cinque postulati<sup>15</sup> del funzionamento psichico, secondo l'approccio psicodinamico afferma: *"Il comportamenti, le emozioni e il funzionamento psichico (capacità intellettuali comprese) variano (in maggiore o minore misura) secondo il contesto e il rapporto interpersonale"* (Furlan, Picci, 2006). I rapporti interpersonali generano conflitti e bisogni, i quali si ripercuotono sugli stessi, condizionando la vita di relazione dell'individuo e dunque la vita psichica come diretta conseguenza. Ogni uomo si mostra diverso a seconda del rapporto interpersonale a cui è chiamato, a seconda del contesto in cui si trova. L'importanza che le relazioni assumono non può

---

<sup>15</sup>Sono postulati in quanto permettono di spiegare i modelli clinici psicodinamici, senza generare contraddizioni tra affermazioni della stessa corrente (Furlan, Picci, 2007)

allora non condizionare i processi di sviluppo cognitivo e psichico, oltre che emotivo e relazionale.

E' opportuno ricordare come la comunicazione e la relazione interferiscano con l'equilibrio psichico individuale a tal punto che si può affermare la sua assenza o il suo totale disaccordo con i comportamenti messi in atto rappresentano una delle più note cause di malattia nelle fasi più precoci dello sviluppo<sup>16</sup>.

Il cervello e la mente umana si sviluppano all'interno di una relazione con l'altro, tanto che si può affermare che le relazioni costituiscano l'ambiente che determina l'attivazione genica fin dalle primissime fasi dello sviluppo neonatale.

### **La teoria dell'attaccamento**

Lo sguardo del bambino attrae quello della madre, intrecciando così gli scambi relazionali e le prime influenze reciproche, seppure mute inizialmente, poi sempre più complesse, fino all'emissione dei primi gemiti e stili comunicativi. Tale intersecarsi di stimoli comunicativi, relazionali ed emotivi faranno sì che il bambino assuma delle risposte comportamentali con atteggiamenti emotivi a stimoli differenti, a seconda di quella che è stata la sua pregressa esperienza nella regolazione interattiva con la madre. Questo processo rappresenta fondamentalmente la costruzione di modelli comportamentali, chiamati M.O.I, ovvero Modelli Operativi Interni alla psiche del bambino, che anche nel futuro, durante il corso di tutta la vita, verranno messi in atto.

Per chiarire tale concetto basti accennare alla teoria dell'attaccamento di Bowlby (1962) secondo la quale lo sviluppo di capacità e competenze psichiche nel bambino è direttamente proporzionale ai processi di relazione che egli instaura con la figura

---

<sup>16</sup> Si considerino i seguenti esempi di studi sullo sviluppo anormale del cervello a causa di abuso/mancanza di attenzioni relazionali e comunicative nel bambino.

- *Diminuzione del volume e dello sviluppo dell'ippocampo* sx: Bremner et al., 1997; Ito et al., 1998; Vythilingam et al., 2002; Brambilla et al., 2004.

- *Diminuzione della dimensione del corpo calloso*: De Belli et al., 1999; Teicher et al., 1997 e 2004.

- *Sviluppo corticale anormale*: Perry e Pollard, 1997.

- *L'Influenza dei modelli relazionali infantili nei disturbi depressivi in età adulta* (Muratori, Placido-Espansa, 2010)

materna (o con il caregiver). I M.O.I sono i principali responsabili, nella vita adulta, dell'attuazione di strategie comportamentali, relazionali e comunicative, ma anche cognitive ed intellettive.

Le metodiche relazionali (o *pattern* di attaccamento) generiche che l'essere umano può sviluppare a seconda dello stile di attaccamento che realizza con il genitore, spesso si tramandano da genitore a figlio e forniscono indicativamente un quadro dei modelli di relazione che la persona attuerà nei confronti degli altri nel corso della sua esistenza. Esse sono schematicamente distinte in quattro tipologie.

1. Pattern A:

**sicuro.** Caratterizzato da sicurezza rispetto agli eventi, deriva da una educazione verosimilmente stabile ed equilibrata, tramite la quale il bambino ha appreso che all'inevitabile distacco con il caregiver poi segue un ricongiungimento.

2. Pattern B:

**insicuro- evitante.** Caratterizzato da insicurezza e comportamenti evitanti: il bambino non si è abituato a stili relazionali sempre stabili e gratificanti, evita le relazioni, in particolare i ricongiungimenti poiché ha paura che le sue aspettative vengano deluse.

3. Pattern C:

**insicuro- ambivalente.** Caratterizzato da insicurezza e comportamenti non stabilmente riscontrabili nell'espressione emotiva: lo stile relazionale a cui il bambino si è abituato non gli permette di comportarsi nel modo in cui lo porterebbero a fare i contenuti emotivi che prova.

4. Pattern D:

**disorganizzato.** Caratterizzato non da uno specifico modello operativo, ma dalla disorganizzazione di comportamenti relazionali, sempre differenti, ma soprattutto instabili.

Questi modelli di attaccamento subiranno inevitabilmente modifiche e riequilibrature nell'intero corso dell'esistenza, con l'evolversi di eventi di vita e il susseguirsi di esperienze ambientali e relazionali; verranno dunque modificati, adattati e talvolta stravolti completamente.

Appare chiaro inoltre come fattori stressanti o predisponenti la malattia, così come i fattori preventivi e fonti di competenze e capacità, non possano essere attribuiti esclusivamente al solo individuo, ma derivino necessariamente dall'ambiente esterno o, per meglio dire, dal contesto sociale<sup>17</sup> a cui appartiene e quindi in cui si trova ad affrontare la malattia. Solo in questi termini, con tale attenzione alla tematica relazionale e sociale, ci si può riferire alla riabilitazione psichiatrica.

Per spiegare l'importanza di ciò che si intende affermare si prenda come esempio, un caso celebre, per quanto terribile, descritto dal monaco e storico italiano Salimbene de Adam da Parma<sup>18</sup>: narra di uno studio effettuato alla corte di Federico II di Svevia, in Sicilia, nel 1200 d.C. Lo storico racconta di un gruppo di neonati portati via alle loro madri ed inseriti in un contesto asettico di comunicazioni e trascuratezza relazionale, ovvero allattati da balie, o per meglio dire nutrici, con il divieto assoluto di rivolgere loro parola e gesti affettivi, escluso l'allattamento: in tale clima di privazione comunicativa e affettiva tutti morirono pochi anni dopo lo svezzamento.

Come nell'origine delle patologie mentali, così anche nel trattamento delle stesse, se si vuole ottenere un progetto terapeutico di buona riuscita in campo preventivo, curativo e riabilitativo, l'esperienza e gli studi dimostrano come le interazioni tra le teorie sopra accennate è in realtà da considerarsi teoria unica: il farmaco agisce sugli aspetti neurorecettoriali, che modificano verosimilmente le capacità cognitive, temperamentali, di percezione che renderanno dunque possibile un lavoro di tipo introspettivo e psicoterapeutico, di ricerca e compensazione delle proprie disarmonie di risoluzione dei conflitti intrapsichici o di elaborazione dei vissuti e delle (dis-)percezioni; il tutto influenzerà le metodiche di relazione e le capacità sociali, che, adeguatamente trattate con la riabilitazione, aumenteranno le possibilità di aderenza<sup>19</sup>

---

<sup>17</sup> In questo caso si fa' riferimento al modello stress- vulnerability- coping- competence tratto liberamente da: Liberman R. P, 2003

<sup>18</sup> Frà Salimbene de Adam da Parma (1221-1288) è stato un religioso, frate minore, ma anche un importante storico, seguace di Giochino da Fiore e autore di una delle più interessanti opere del Medio Evo italiano, scritta in latino e volgare, "Cronica", che trattava di argomenti vari, principalmente legati alla politica e alla religione dell'Italia del XIII sec. In essa è contenuto l'episodio a cui ci si riferisce.

<sup>19</sup> Il concetto di aderenza intende il coinvolgimento attivo e collaborativo del paziente nella pianificazione e nell'attuazione di un intervento o trattamento basato sull'accordo.

alla terapia e al trattamento, rendendo così efficaci i precedenti interventi e promuovendo altresì la salute mentale nel contesto di vita, in famiglia, nonché nella società.

Si parla di aderenza quando ci si riferisce non solo al corretto uso dei farmaci, *compliance farmacologica*, ma anche quando vi sia l'attuazione di un comportamento aderente al programma di trattamento (*psicologico e riabilitativo*) per il tempo necessario perché questo risulti risolutivo: partecipazione alle attività, alle sedute psicologiche, riconoscimento del proprio stato di salute, ecc. La relazione d'aiuto, sinonimo di relazione terapeutica, insieme a fattori quali contatto ed alleanza, è il primo elemento che influenza la buona riuscita di un processo curativo e riabilitativo, che necessita dell'intervento di tutte le *helping profession* che verranno in contatto con il paziente.

Solo con l'integrarsi degli interventi si può rendere possibile l'integrazione sociale e quindi favorire il recupero di competenze e abilità relazionali tali per cui la persona sia in grado di vivere nella *community* a cui appartiene. Non sarebbe certo risolutivo programmare sedute psicoterapiche per pazienti psicotici senza prevedere l'assunzione di farmaci adatti o senza l'attenzione a tutti quegli aspetti che riguardano i contesti di vita come la famiglia e la società nei quali la persona è inserita; settorializzando gli interventi si agisce in modo incompleto e deficitario, non rendendosi conto che la persona non è limitata alla propria patologia, ma include questa in un contesto più generale, ovvero la vita.

### **2.3 La riabilitazione psichiatrica**

A questo punto, rifacendosi a tali teorie, ormai note e provate dalla maggior parte degli studiosi di questo settore, si può procedere ad una più funzionale e moderna definizione di riabilitazione in psichiatria<sup>20</sup>, intesa come quel processo che ha come obiettivo fondamentale di fare in modo che la persona con disabilità psichica possa utilizzare quelle abilità intellettuali, sociali, emotive, fisiche indispensabili per

---

<sup>20</sup>Tratto liberamente da *La riabilitazione psichiatrica* di Liberman, 2003.

vivere, apprendere e lavorare nella *community*; recuperando o acquisendo, nel miglior modo possibile e con il minimo sostegno possibile da parte dei rappresentanti delle professioni d'aiuto, il funzionamento, il ruolo sociale e strumentale adeguato, degni di una vita per quanto possibile dignitosa e autonoma.

Nel contempo la riabilitazione psichiatrica si occupa di permettere l'adattamento realistico allo specifico individuo e di trovare ambienti di vita, lavoro e apprendimento protetti o adatti a vivere con indipendenza nonostante i deficit eventualmente residui. Questa definizione riguarda dunque il grosso tema della cronicità<sup>21</sup>, ma non solo; tale concetto risulta essere importante anche nel mettere in luce come il processo di riabilitazione può spesso risultare lungo e non prevedibile in termini di esito assoluti.

L'operatore che agisce in tale campo deve essere dunque sempre pronto ad adattare entusiasmi e teorie generiche alla pratica delle situazioni e dei contesti in e per cui opera<sup>22</sup> in maniera specifica, con costante disponibilità a cambiamento ed apertura verso "altre" possibilità rispetto a quelle preventivate, se non altro per evitare tutto il possibile ventaglio di rischi compresi tra il fallimento e la mal riuscita del progetto terapeutico-riabilitativo, con ripercussioni negative sulla salute del paziente, a situazioni di *burn-out*<sup>23</sup>, per quanto concerne il proprio benessere psicologico.

Il percorso di riabilitazione. Per certi versi, può essere considerato "interminabile" poiché i concetti di disabilità ed handicap sono relativi ai contesti in cui ci si trova, e spesso prevedere una recidiva dei sintomi risulta difficile o non possibile. E' importante che il lavoro riabilitativo ponga il focus sull'adeguatezza del contesto e sulla tolleranza sociale, gli unici elementi capaci di completare quell'opera di riabilitazione ed integrazione nei contesti di vita che l'operatore come singolo, soprattutto se isolato, non può affrontare.

---

<sup>21</sup> Il problemi della vecchia e nuova cronicità in psichiatria sono temi ampi e non risolvibili in una menzione.

<sup>22</sup> Nel prossimo capitolo si farà più genericamente attenzione alle modalità di approccio e relazione all'utente psichiatrico.

<sup>23</sup> Il *burn out* non raramente consegue a vissuti di impotenza e frustrazione dell'impegno clinico-terapeutico che segue generalmente quattro fasi di evoluzione negli operatori sanitari: entusiasmo idealistico, stagnazione, frustrazione, disimpegno emozionale.



## La cascata della disabilità

Per comprendere il concetto della riabilitazione bisogna quindi che si faccia riferimento agli stadi della disabilità<sup>24</sup> in senso più specifico e in ordine di rapporto causale.

A monte del processo di malattia vi sono la patologia e la menomazione, che rappresentano le cause dei disturbi organici: questi non riguardano direttamente la riabilitazione, nel senso che il professionista della riabilitazione non interviene direttamente su tali aspetti, bensì indirettamente.

**a) Patologia:** sono tutte le lesioni o anomalie del sistema nervoso centrale causate da agenti esterni o processi interni, responsabili di un disturbo bio-comportamentale che causano menomazioni. La patologia è solitamente riscontrabile tramite indagini diagnostiche.

Esempio: tumori o infezioni del SNC.

**b) Menomazione:** intesa come perdita o anomalia di strutture o funzioni psicologiche, fisiologiche o anatomiche che derivano da una patologia sottostante. Sulla menomazione si interviene tramite terapia farmacologica.

Esempio: sintomi positivi (deliri, allucinazioni) o negativi (anedonia, abulia) della schizofrenia.

A differenza delle precedenti, riguardano direttamente la riabilitazione i concetti di disabilità ed handicap.

**a) Disabilità:** è rappresentata da qualsiasi limitazione o carenza di quelle abilità atte a svolgere attività con le modalità o entro i limiti considerati normali per l'essere umano; deriva da una menomazione e rappresenta la causa di handicap.

Esempi: carenza delle abilità relazionali e sociali, carenza nel tollerare un lavoro, nell'eseguire le istruzioni, nel *problem solving*, nel chiedere aiuto, nel mantenere la concentrazione ecc...

---

<sup>24</sup> Riferendoci ad un modello basato sulla disabilità in generale, adattato all'ambito psichiatrico (Lieberman, 2003).

**b) Handicap:** rappresenta lo svantaggio sociale derivante dalla disabilità, che limita o impedisce l'assunzione di un ruolo normale in base a fattori sociali, culturali, sesso, età, fattori familiari.

Esempi: disoccupazione, isolamento, vagabondaggio, criminalità secondaria.

I processi tramite i quali il professionista della riabilitazione interviene su tali aspetti dello stato di malattia, rispetto ai precedenti, rappresentano fundamentalmente le strategie riabilitative.

### **Le strategie d'intervento riabilitativo.**

La riabilitazione psichiatrica si pone, sinteticamente, due grandi strategie di intervento, che sono:

1) Rimediare alla *disabilità*: **riabilitazione clinica**.

2) Compensare gli *handicap*: **riabilitazione sociale**.

Si tratta di concetti teorici che, all'occorrenza, possono e devono essere modificati dalle persone coinvolte nell'intervento, dal contesto in cui ci si trova (culturale, sociale, familiare), tramite quella caratteristica che risulta imprescindibile dal concetto di riabilitazione: l'**inventiva**, intesa come capacità di adattamento alle situazioni attuali e di rinnovamento continuo, tramite un'osservazione oggettiva, attenta e innovativa, eventualmente mettendo in discussione teorie e pratiche consolidate a favore di nuove e ancora poco sperimentate tecniche che all'occorrenza risultino maggiormente adeguate.

1) La **riabilitazione clinica** si focalizza a sua volta su due metodiche di intervento:

-sviluppo delle abilità del paziente, tramite l'apprendimento e il recupero di competenze sociali e relazionali (ad esempio, attraverso il Social Skills Training);

-sviluppo delle risorse dell'ambiente, tramite interventi di supporto o protesici, mediante l'individuazione di ambienti di vita e lavoro che favoriscano l'integrazione, nonostante i deficit funzionali, e attraverso il ridimensionamento delle aspettative individuali, familiari e sociali verso un livello di funzionamento effettivamente

raggiungibile, per esempio tramite l'apprendimento ad adattarsi ai sintomi, all'uso dei farmaci, alle terapie.

2) La **riabilitazione sociale** invece si focalizza sul modificare il sistema in cui vivono le persone con disabilità psichiatrica, poiché “... *la riabilitazione più efficace è, senza ombra di dubbio, la vita ...* “ (C. Sereni, 2002) intesa come generalmente la si intende, ovvero al pari di ogni altro essere umano non malato, e sul miglioramento delle condizioni in cui essi vivono, tramite interventi sui singoli individui e sul contesto in cui sono inseriti, imparando anche a vivere in situazioni di vita protetta e strutture residenziali.

Si può dunque concludere che da tale definizione emerge chiaramente lo stretto legame tra concetto di riabilitazione psichiatrica e quello di relazione, che si pone come mezzo di intervento, fine ultimo e punto focale su cui concentrarsi nel processo riabilitativo, nonché contorno del processo di presa in carico, di cui modificherà sostanzialmente la qualità, da parte di un operatore nei confronti di un utente.

### **Le origini della riabilitazione psichiatrica**

Il malato psichiatrico, incluso nella più ampia categoria del disabile, ha assunto nel trascorrere delle diverse epoche, varie connotazioni ideologiche e culturali che hanno spesso dimenticato che, prima del disagio e della malattia psichica, esiste un uomo nella sua complessità, con diritti e doveri, alla stregua di qualunque altro essere umano non malato. Anche laddove fossero state istituite strutture e teorie di guarigione, infatti, esse si sono sempre focalizzate sulla “estirpazione” della malattia mentale, più che sul concetto di integrazione sociale dell'individuo.

Può essere allora interessante ripercorrere, a grandi linee, le rappresentazioni che i disabili hanno avuto nelle varie epoche<sup>25</sup>, per arrivare alla visione che oggi dovrebbe essere la predominante, poiché tutte appartengono alla collettività ed hanno posto i presupposti per lo sviluppo delle teorie più moderne.

---

<sup>25</sup> Dalle definizioni di Carlo Lepri nel capitolo: “*I percorsi dopo la scuola dell'obbligo*” in: *Psicologia della disabilità e della riabilitazione* (Zanobini et al., 2005).

Nelle civiltà arcaiche e fino al 1700, in Europa il disabile veniva considerato un *monster naturae* da eliminare, ridicolizzare, sfruttare, usare o, in alcuni casi, da considerarsi mediatore con forze sovrannaturali, quindi da sacralizzare, sempre in un clima di paura e ambivalenza nei suoi confronti.

Gli antichi romani “... *rinchiudevano i pazzi nelle prigioni, non certo negli ospedali; e, oltre i soliti salassi e lassativi, le imposizioni terapeutiche di Celso raggiungevano la brutalità: la frusta, la tortura, le immersioni improvvisate sott’acqua.* [...] *La benevolenza verso i malati mentali caratterizzava, invece, gli Arabi con esplicita citazione del Corano.* [...] *E’ certamente questa influenza araba che determina, tra il 1400 e il 1440, la costruzione di ospedali in Spagna e, verso il 1550, a opera di un conquistador pentito, in Messico...*” (Furlan, 2004).

Nella civiltà europea del 1700, sotto l’influenza del razionalismo illuminista, il disabile diviene oggetto di interesse di studio scientifico, in particolar modo pedagogico, in quanto considerato un “*selvaggio*” da educare alle regole sociali dettate dalla borghesia nascente.

In questo contesto culturale collochiamo l’apertura in Francia dei primi Ospedali Psichiatrici dovuta al medico Bicêtre Pinel che nel 1792 “*sciolse le catene ai pazzi*”: ovvero liberò le strade parigine da malati, disabili e vagabondi per rinchiuderli in istituti appropriati (i **manicomi**) ed educarli. “*Il manicomio non era un ospedale come gli altri, godeva sovente di pessima fama, ma apparteneva comunque all’universo della medicina; qui la malattia mentale era rinchiusa, affidata ai medici ed infermieri perché la potessero diagnosticare e curare, ma soprattutto per controllarla*” (Picci, Giaretto e Colombo, 2010).

Fin dalle origini, in tutti gli stati e senza troppa differenziazione, in tutte le classi sociali il manicomio ha rappresentato un’ istituzione totalizzante che ha garantito la “pulizia delle strade” cittadine, tramite la reclusione di poveri, disagiati, vagabondi, handicappati e malati in genere. “*I manicomi, sorti per proteggere l’individuo dal reiterarsi esterno di cause patologiche, le riproducono essi stessi e diventano ignaro luogo di esistenza di malattia*”(Furlan, 2004).

Nei secoli XVIII e XIX si vide il prosperare di grandi istituzioni religiose atte alla “purificazione” del malato di mente, visto come un *peccatore da salvare*.

Negli stessi secoli si affianca una visione positivista e scientifica, che vede nella razionalizzazione istituzionale del manicomio la principale metodica di risposta al disagio generalmente inteso. Non erano affatto rari i ricoveri in Ospedale Psichiatrico perché affetti da pellagra, sifilide, lebbra, ma anche solo vagabondaggio e povertà. Insomma, il manicomio divenne il “calderone” in cui riversare ogni forma di disagio sociale ed umano.

In queste strutture, sorte assai copiosamente sull'intero territorio europeo i trattamenti erano per lo più di tipo medico-biologico; altri tipi di contributo, più orientati in senso umanistico, avevano invece un ruolo marginale. Per quanto concerne la riabilitazione, tra settecento e ottocento, furono introdotte nuove modalità di gestione della devianza, affiancate a trattamenti tradizionali (quali: purghe, salassi, clinoterapia, terapie convulsivanti, balneoterapia) come interventi rieducativi il cui principio rimaneva tuttavia quello di sottoporre il “matto” a un trattamento che lo facesse “rinsavire”, riportandolo all'ordine che le norme sociali richiedevano, in linea con il pensiero della psichiatria morale<sup>26</sup>. Negli anni trenta del '900 si affermarono pratiche terapeutiche manicomiali tremende tra cui l'elettroshock, le docce fredde, le stanze imbottite d'isolamento, fino alla pratica diffusa della lobotomia, nei casi più gravi. In tale periodo venne però introdotta una pratica innovativa e destinata a rivoluzionare il panorama della psichiatria: l'**ergoterapia**. *“La terapia del lavoro, nota anche come “terapia dell'occupazione” o “terapia più attiva” che rispondeva a due fondamentali esigenze: da un lato, permetteva di occupare e rendere produttivi i ricoverati, che altrimenti sarebbero rimasti totalmente inattivi per gran parte della giornata; dall'altro, forniva all'Amministrazione manodopera utile alla sopravvivenza dell'Istituzione”* (Picci et al., 2007).

Dopo la seconda guerra mondiale, invece, si vide la diffusione del concetto di disabilità come fragilità infantile e dunque il disabile visto come *bambino da proteggere* per l'intera durata della vita.

In questi anni bisogna ricordare la comparsa dei primissimi psicofarmaci (in Francia la *clorpromazina*, il primo antipsicotico fu prodotto nel 1951), nonché l'attuazione da

---

<sup>26</sup> Tratto da: *“Professione: Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica”* (Picci, Giaretto e Colombo, 2010).

parte di gran parte delle istituzioni manicomiali di pratiche non considerabili certo riabilitative, nell'accezione moderna, ma almeno più incentrate a dare dignità umana ai malati tramite lo sviluppo di competenze lavorative<sup>27</sup>. In tali anni la stessa *ergoterapia* fu oggetto di studio approfondito favorendo quel processo che portò ad una rivisitazione più globale di riorganizzazione degli ospedali e la nascita di strutture extra-murali che sostenessero un intervento incentrato sulla cura e sulla riabilitazione (Picci, Giarretto e Colombo, 2010).

La visione, senza dubbio più attuale, verso la quale attuare l'intera opera di studio e pratica in ambito di assistenza, cura e riabilitazione della disabilità è quella del malato come persona da integrare, con bisogni propri e necessità umane da soddisfare. In Italia tale passo decisivo fu la riforma operata a seguito della legge 180, che vide il decentramento delle strutture per l'assistenza psichiatrica dall'ospedale al territorio.

### **In Italia**

Possiamo affermare che si può far risalire il concetto di riabilitazione psichiatrica a questa ultima teorizzazione della disabilità psichica, come attualmente, a partire dagli anni '70, lo si intende e come è stata sopra esposta.

In Italia, tale teoria ha trovato la sua fondamentale applicazione nella Legge 180, pubblicata il 13 maggio 1978 e nominata anche "*Legge Basaglia*", dal nome dello psichiatra che più di ogni altro si spese per la sua promulgazione, ritenendo che "*il malato mentale chiuso nello spazio angusto della sua individualità perduta, oppresso dai limiti impostigli dalla malattia, è spinto dal potere istituzionalizzante del ricovero ad oggettivarsi alle regole stesse che lo determinano, in un processo di rimpicciolimento e di restringimento di sé che, sovrapposto alla malattia, non è sempre reversibile*" (Basaglia, 1964).

Tale legge fu più ampiamente contestualizzata, qualche mese dopo, all'interno della legge 833 di riforma dell'intero sistema sanitario nazionale<sup>28</sup>, grazie alla quale si assistette alla chiusura degli Ospedali Psichiatrici e alla fine delle loro pratiche più

---

<sup>27</sup>Si sta facendo riferimento alla pratica dell'*ergoterapia*, o terapia del lavoro, attuata in alcuni manicomi, per esempio Collegno, negli anni '60-'70 del '900 (Picci 2007).

<sup>28</sup>Articoli 33,34,35,64; Legge 833, Ottobre, 1978

tremende (terapie convulsivanti, elettroshock, pratiche di contenzione e reclusione, maltrattamenti e abusi) per dare vita all'attuale complesso sistema di assistenza psichiatrica, un sistema ancora oggi non distribuito uniformemente sul territorio nazionale, come previsto dalla legge, per altro obbligatoriamente attuato dalle regioni solo alla fine degli anni Novanta con i *Progetti Obiettivi 1994-1998 e 1998-2000*.

Sebbene già nel decennio antecedente la legge, esperienze sporadiche di attività di tipo riabilitativo, lavorativo e risocializzante fossero state, in alcuni casi, sperimentate, solo con il *Progetto Obiettivo 1998-2000* è stata sancita la priorità degli interventi di riabilitazione oltre che prevenzione e cura nella salute mentale, nella concezione del malato come persona da integrare nella società.

La chiusura delle strutture manicomiali ha portato con sé la necessità clinica di individuare e distinguere le patologie psichiatriche vere e proprie da altre forme di disagio, non prettamente psichiatriche, che prima venivano comunque trattate nei manicomi. Si è dovuto fare il passo indispensabile per distinguere la malattia mentale dal disagio sociale e dall'handicap fisico, l'isolamento autistico dall'abbandono. Senza l'attenzione per tali aspetti non sarebbero mai stati ipotizzabili reali progetti di riabilitazione psichiatrica, indispensabili per il malato di mente, ma magari non funzionali ad altri tipi di disagi.

Con la chiusura definitiva dei manicomi e, con essi, di tutto ciò che gli internamenti in queste strutture rappresentava, a chi era ricoverato è stato aperto un mondo nuovo che, almeno in alcune realtà ha portato all'attuazione di percorsi di cura innovativi, che permettono di confermare come anni di lotte abbiano avuto un significato profondo e sicuramente utile.

Nonostante rispetto a paesi come gli Stati Uniti la riabilitazione psichiatrica abbia meno contesti di studio ed abbia di conseguenza sviluppato meno teorie e tecniche è anche vero che il lavoro sul campo dell'attuale organizzazione dei servizi di salute mentale in Italia non ha eguali è rappresenta una fonte potenzialmente molto vasta di applicabilità delle teorie, per lo più formulate da altri.

Bisogna tuttavia dire che non basta aver smantellato i luoghi per eccellenza delle cure psichiatriche per avviare quel processo di riabilitazione, cura clinica e integrazione sociale di cui il malato necessita; non bisogna infatti mai dimenticare che isolamento, incomprendimento, segregazione ed emarginazione sono fenomeni

sociali e culturali non facilmente sradicabili dalla comunità, ma persistono e rimangono insiti e nel pensiero collettivo, anche di chi amministra e governa la società. Essi rappresentano la maggior difficoltà nella cura e nella riabilitazione di chi è malato e soffre di disagio psichico, che spesso non riesce ancora a trovare un posto nella società a cui appartiene<sup>29</sup>. Non si spiega in altro modo infatti il fenomeno per cui sebbene i malati psichiatrici siano proporzionalmente gli stessi in tutto il mondo, il loro destino è invece così diverso a seconda dei contesti in cui essi vivono e si trovano ad affrontare la malattia.

Anche per questi motivi sono nate nuove professionalità, come il Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica, che hanno il compito e il dovere di agire spostando l'attenzione degli interventi a favore della disabilità psichica *"...da quello esclusivamente sanitario a quello più complesso, ricco, variegato dell'intervento socio-sanitario..."* (Sereni, 2002).

#### **2.4 Il tecnico della riabilitazione psichiatrica**

Resi noti gli assunti teorici su cui poggia il concetto di riabilitazione, si ritiene necessario dedicare un capitolo alla figura professionale che più di ogni altra li rappresenta nella pratica clinica. Il Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica nasce da una necessità di cambiamento che la psichiatria ha dovuto attuare nell'organizzazione e nella gestione dei servizi per la salute mentale, al fine di una maggiore focalizzazione sulle attività riabilitative, a cui nessuno attualmente nega il valore altamente terapeutico. Si tratta questa di una figura professionale "ibrida" rispetto alle altre che già precedentemente lavoravano nel campo: educatori professionali, infermieri professionali, psicologi, psichiatri, assistenti sociali. Essa trae da ognuna di queste professioni delle peculiarità e le condensa in un'unica preparazione, che, dopo il conseguimento di una laurea triennale, sarà in grado di formulare progetti di intervento riabilitativo sotto il profilo assistenziale psichiatrico, psicologico, pedagogico, sociale e relazionale. La formazione in ambito di

---

<sup>29</sup>Esempio concreto di possibilità di integrazione sono gli sciamani di alcuni villaggi nell'Africa nera, per i quali la percezione di allucinazioni diventa caratteristica del ruolo sociale che assumono (Coppo, 2003).



interazione, soprattutto in campo psichiatrico, è una garanzia che tale figura professionale assicura per la propria professionalità.

L'attributo "ibrido" è d'obbligo in un contesto come quello italiano attuale, dove, con la chiusura dell'Ospedale Psichiatrico, sono stati stravolti i ruoli caratterizzati dalla stabilità e dal dogmatismo, che prima ivi operavano, e hanno, in questo modo, reso necessaria la presenza di professionisti più specificatamente formati nei diversi ambiti e interventi in cui si è, con il tempo, articolata l'organizzazione dei servizi per la salute mentale.

### **La normativa**

La nascita della professione del Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica, è stata disciplinata dal Decreto Ministeriale del 29 Marzo del 2001<sup>30</sup> di cui si riportano gli articoli uno, due (ovvero quello esplicativo delle funzioni), tre e quattro:

*"1. è individuata la figura professionale del tecnico della riabilitazione psichiatrica con il seguente profilo: il tecnico della riabilitazione psichiatrica è l'operatore sanitario che, in possesso del diploma universitario abilitante, svolge, nell'ambito di un progetto terapeutico elaborato da un'equipe multidisciplinare, interventi riabilitativi ed educativi sui soggetti con disabilità psichica.*

*2. Il tecnico della riabilitazione psichiatrica:*

*a) collabora alla valutazione della disabilità psichica e delle potenzialità del soggetto, analizza bisogni e istanze evolutive e rileva le risorse del contesto familiare e socio-ambientale;*

*b) collabora all'identificazione degli obiettivi formativo-terapeutici e di riabilitazione psichiatrica nonché alla formulazione dello specifico programma di intervento mirato al recupero e allo sviluppo del soggetto in trattamento;*

*c) attua interventi volti all'abilitazione/riabilitazione dei soggetti alla cura di se' e alle relazioni interpersonali di varia complessità nonché, ove possibile, ad un'attività lavorativa;*

*d) opera nel contesto della prevenzione primaria sul territorio, al fine di promuovere lo sviluppo delle relazioni di rete, per favorire l'accoglienza e la gestione delle*

---

<sup>30</sup> D.M 29-3-2001, n.182 Regolamento concernente la individuazione della figura del tecnico della riabilitazione psichiatrica. Pubblicato nella Gazz. Uff. 19 Maggio 2001, n.115

*situazioni a rischio e delle patologie manifestate;*

*e) opera sulle famiglie e sul contesto sociale dei soggetti, allo scopo di favorirne il reinserimento nella comunità;*

*f) collabora alla valutazione degli esiti del programma di abilitazione e riabilitazione nei singoli soggetti, in relazione agli obiettivi prefissati.*

*3. Il tecnico della riabilitazione psichiatrica contribuisce alla formazione del personale di supporto e concorre direttamente all'aggiornamento relativo al proprio profilo professionale.*

*4. Il tecnico della riabilitazione psichiatrica svolge la sua attività professionale in strutture e servizi sanitari pubblici o privati in regime di dipendenza o libero professionale” (D.M. 182. 2001).*

### **La pratica del T. R. P.**

Il Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica, come già detto, è una professione nuova, che nel proprio lavoro prende spunto da professionalità già presenti nell'ambito psichiatrico come psichiatri, psicologi, educatori professionali, infermieri professionali e assistenti sociali.

L'obiettivo è che tale professione assuma un ruolo smarcato ed indipendente, riconosciuto come necessario e affermato in ambito scientifico; per far sì che questo avvenga bisogna dotare tale figura di tecniche specifiche e studiate, che diventino la base di approccio universale alla riabilitazione in questo settore particolare e complesso della medicina.

Affinché le tecniche, di cui si parlava sopra, siano efficaci, esse devono fondarsi su una base di conoscenze scientifiche, mediche, sociali, psicologiche e pedagogiche; senza mai trascurare il ruolo che la relazione interpersonale, nell'accezione più ampia, svolge in termini di qualità nei processi di cura e riabilitazione. Tale obiettivo necessita di competenze specifiche, oltre che di un bagaglio di esperienze personali. Inoltre, le competenze relazionali non vanno considerate statiche e apprese definitivamente, ma in progressiva trasformazione ed elaborazione, attraverso la continua riflessione su di sé, sul contesto e sugli avvenimenti.

Il Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica, grazie a conoscenze relazionali e tecniche trasversali nel campo riabilitativo e psichiatrico, deve essere considerato

come il *facilitatore*<sup>31</sup> migliore per rendere possibile l'interazione relazionale alla base del percorso individuale di riabilitazione. Per fare questo in maniera sempre nuova ed efficace, deve possedere delle qualità che sicuramente possono essere apprese, ma che in gran parte dipendono dalla propria individualità e predisposizione (così come un chirurgo può essere formato ad operare, ma deve possedere di natura abilità manuali).

Tali abilità sono:

- Capacità di **osservazione**, della persona, del contesto, delle situazioni.
- Capacità **creative**, innovative, adattate alle esigenze, che aiutino nel passaggio dalla teoria alla pratica in maniera sempre unica ed efficace.
- Capacità **relazionali**, empatiche.
- Capacità di **distacco emotivo** nel momento in cui finisce lo spazio dedicato al lavoro.

La difficoltà di mantenere la giusta distanza emotiva dalla persona è, per certi versi, un aspetto sul quale non si troverà mai un universale accordo, poiché è particolarmente influenzato da caratteristiche personali, come l'emotività e il sentimento, al punto tale che diventa difficile tracciare linee guida comuni, all'interno di una definizione universale.

Molte sono le possibilità di affezionarsi alla "propria" utenza, in maniera non sempre consapevolmente professionale: si tratta di un rischio insito in tale tipo di professione; il modo migliore per proteggersi dalle sofferenze che tutto ciò può ingenerare è esserne consapevole e riconoscere quando ciò stia avvenendo, sospendendo il giudizio e cercando di non dare troppe spiegazioni razionali, poiché si razionalizzerebbe ciò che razionale non è e mai potrà essere.

---

<sup>31</sup> Per facilitatore si intende colui che accompagna in un percorso di recupero senza imporre dogmi o insegnamenti e metodiche, ma incoraggiando il potenziamento delle qualità insite nell'altro favorendo il processo di empowerment, ovvero di riconoscimento e potenziamento delle proprie caratteristiche e qualità in funzione di se stessi, della comunità di appartenenza e della società.

## **2.5 La relazione e la riabilitazione psichiatrica.**

Non vi sarà mai terapia farmacologica, seduta psicoterapeutica, percorso educativo o tecnica riabilitativa di successo, se la cornice relazionale della persona che soffre venisse dimenticata o anche solo momentaneamente trascurata. Con ciò non si intende assolutamente minimizzare il ruolo della biologia, della medicina, della tecnica, della chimica, della psicologia, della pedagogia, ma semplicemente sottolineare come la relazione possa rappresentare l'ago della bilancia tra il polo positivo, rappresentato del buon esito terapeutico, e il polo negativo, quello dell'insuccesso, in un qualsivoglia processo di cura e riabilitazione, così come, verosimilmente, lo è stato nel processo di malattia.

Quindi, chi lavora in ambito psichiatrico deve necessariamente porre attenzione alle competenze comunicative e relazionali, poiché esse non solo circoscrivono la presa in carico dell'utenza di un determinato servizio, ma rappresentano il mezzo ed il fine al contempo di un intervento riabilitativo che non rimanga asettico o avulso dalla quotidianità. In tal senso, sono le uniche in grado di rendere l'operatore consapevole dello stato di salute e delle richieste di aiuto di chi ha bisogno.

### **La patologia psichiatrica e la relazione.**

*“... Se si studia una persona dal comportamento disturbato (psicopatologia) isolandola, allora l'indagine deve occuparsi della natura di tale condizione e – in senso esteso- della natura della mente umana. Se invece si intende l'indagine fino ad includere gli effetti che tale comportamento ha sugli altri, le reazioni degli altri a questo comportamento, e il contesto in cui tutto ciò accade, il centro d'interesse si sposta dalla monade isolata alle relazioni tra le parti di un sistema più vasto. [...] Il veicolo di tali manifestazioni è la comunicazione ...” (Watzlawich, Beavin e Jackson, 1971).*

La persona, nel suo complesso non può essere ridotta a malattia, a evidenza, a apparenza, ma necessita sempre di essere valutata dal punto di vista delle relazioni che intrattiene con l'esterno, di cosa e come comunica, considerandola nella sua complessità di essere vivente in relazione con il mondo circostante, di modo che,

oltre a ridarle un certo grado di dignità, sarà anche possibile porre le basi per un approccio relazionale di tipo adeguato.

Per iniziare ad addentrarci nel merito della questione, bisogna comprendere in che senso la relazione abbia valenze di tipo generale analizzabili in ambito sociale e sanitario, successivamente ci si addentrerà nello studio di specifiche metodiche relazionali in campo psichiatrico.

*“... La comunicazione (comportamento) ‘folle’ non è necessariamente la manifestazione di una mente malata, ma può essere l’unica reazione possibile a un contesto di comunicazione assurdo e insostenibile ...”* (Watzlawich, Beavin e Jackson, 1971).

Il contesto in cui si sviluppano una comunicazione ed una relazione può quindi inficiare l’evolversi di dinamiche considerabili malate, intendendo per malata una relazione nella quale l’aspetto metacomunicativo o relazionale risulta eccessivamente distante dall’aspetto comunicativo, dal messaggio che si trasmette. Si può infatti affermare che spesso la comunicazione patologica derivi appunto dal divario tra gli aspetti di contenuto e quelli di relazione tra i comunicanti.

La difficoltà maggiore nei casi di patologia psichiatrica è molto spesso rappresentata dalla possibilità e capacità di gestire le relazioni e comunicazioni con gli altri, tant’è che quando in un percorso di cura e riabilitazione si giunge al punto che le comunicazioni sono comprensibili e chiare, sincere e basate sulla fiducia, si può affermare di avere raggiunto buoni livelli di consapevolezza di se stessi e della propria malattia. Spesso il raggiungimento di questo traguardo rappresenta il punto d’arrivo in un’ottica riabilitativa clinica, poiché le competenze relazionali pongono l’individuo in grado di intraprendere con autonomia o meno la strada della guarigione, o comunque del maggior inserimento possibile nella società<sup>32</sup>.

---

<sup>32</sup>Come prima accennato occorre non essere troppo pretenziosi in termini di *come out* dei processi riabilitativi in psichiatria, ma porsi obiettivi raggiungibili a seconda del grado di invalidità posto dalla patologia e alle caratteristiche personali dell’individuo. Spesso infatti le competenze relazionali e sociali rappresentano il punto focale su cui concentrarsi e con esse la possibilità di inserimento sociale nei contesti di vita.

## **L'esperienza pratica**

Può essere utile, a questo punto, raccontare avvenimenti specifici, a me capitati durante il corso di tre anni di tirocinio nei Servizi di Salute Mentale all'interno del Dipartimento di Salute Mentale di Collegno-Orbassano dell'ASL TO3.

Essi vedono protagonisti dei comportamenti e dei modi di relazionarsi messi in atto da utenti dei servizi psichiatrici e da me stesso, in qualità di tirocinante T.R.P. Vogliono rappresentare uno spunto di riflessione sulla complicità dell'instaurarsi di una relazione tra operatori-tirocinanti e utenti ed hanno motivato in me la volontà di approfondire le tematiche di questa tesi di laurea riguardanti relazione e comunicazione.

*Il primo vede protagonista un utente G.: un uomo con più di quarant'anni, con un quadro psicotico abbastanza grave e diagnosi di schizofrenia paranoide cronica; spesso non controlla gli impulsi, infatti, è solito rubare e rompere gli oggetti, in maniera non sempre consapevole; è stato da poco dimesso da un ricovero in casa di cura proprio per questa ragione. In comunità G. può uscire solo se accompagnato e dunque in orari prestabiliti.*

*Un giorno, all'uscita dal mio turno di tirocinio, ho trovato i tergicristalli della mia automobile spezzati. La settimana dopo la stessa situazione si ripresenta ad un operatore socio sanitario (O.S.S.) in turno di pomeriggio. Stavolta G. viene colto in flagrante da un operatore esterno; egli non è nuovo a questo genere di azioni: si era riprodotta tale dinamica nei confronti della caposala e del medico curante, qualche tempo prima.*

*Le cause scatenanti tali comportamenti emergono nei giorni seguenti: da un lato, pare essere stata la gelosia, nei miei confronti; dall'altro l'intromissione nei suoi spazi, per quanto riguarda invece l'O.S.S..*

*Tale gesto mi ha portato a riflettere molto sulla relazione che io avevo instaurato con la persona e spesso mi sono domandato se fosse opportuno affrontare l'argomento in modo diretto. Ho poi deciso di non farlo, poiché il mio ruolo non è ancora quello di operatore autonomo, ma soprattutto di osservatore. Bisogna dire però che il mio comportamento nei suoi confronti è diventato molto meno confidenziale ed amichevole, più rigido, controllante e distaccato rispetto a quello*

*adottato precedentemente e ciò è stato sicuramente percepito dall'utente. A questo mio cambiamento egli ha risposto con comportamenti molto amichevoli e richiamanti la mia attenzione, che io ho tradotto in senso di colpa.*

*La situazione ha fatto sì che io riflettesi anche sul ruolo di operatore in questo campo e sul fatto che dietro ad una patologia psichiatrica vi è una persona nella sua completezza e, in quanto tale, anch'essa soggetta ad impulsi e sentimenti. In parole povere: non è possibile piacere a tutti, essere da tutti apprezzati, pur facendo un lavoro che mette al primo posto il benessere dell'altro. Vorrei segnalare che il supporto degli altri operatori in questi casi è fondamentale, ma è opportuno che vada adeguatamente strutturato per tutelare maggiormente il gruppo di lavoro fornendo adeguati sistemi di supporto in situazioni analoghe.*

*Il secondo episodio, invece, vede protagonista A.: una ragazza di poco più di vent'anni, affetta da disturbo borderline di personalità, con una spiccata tendenza alla teatralità ed alla promiscuità sessuale, in un ritardo mentale moderato. Ho avuto modo di incontrare A. in varie strutture sul territorio, poiché ha subito parecchi spostamenti a causa dei fallimenti continui dei progetti educativi e riabilitativi, non alla sua portata.*

*Il fatto che fosse giovane mi ha sempre indotto a trattarla con confidenza, quasi fosse una coetanea, pensando che fosse proprio il sentirmi vicino a lei un fattore sufficiente perché seguisse i miei consigli e ciò che le proponevo in termini di attività riabilitative.*

*In un momento di festa di questo Dipartimento (la festa di Primavera) A. mi coinvolge in un ballo, che accetto con entusiasmo, così come avevo precedentemente accettato di ballare con altri utenti. Ad un certo punto però A. si stringe forte a me con le braccia e cerca di baciarmi sulle labbra. La mia reazione istintiva è stata di divincolarmi ed interrompere il ballo con la paziente, mi sono allontanato con una scusa e ho rivisto A. solo qualche tempo dopo, in un'altra struttura del dipartimento. Ho spesso pensato a cosa avrei dovuto dire o fare in tale occasione, come avrei dovuto comportarmi precedentemente nei confronti di A. e cosa avessi sbagliato nel mio atteggiamento. Dopo qualche riflessione e consultazione con operatori più esperti di me ho realizzato che si è verificata una circostanza tutt'altro che rara, ma*

*che bisogna tenere sempre ben presente quando ci si relaziona con utenti dell'altro sesso, sui quali speriamo di "agire" anche tramite meccanismi seduttivi, sperando che sia il nostro fascino il fattore determinante affinché essi ci seguano senza metterci in discussione.*

*Da quel momento in poi ho sempre tenuto conto di questo avvenimento nelle modalità relazionali nei confronti dei pazienti, soprattutto se giovani e soprattutto se donne, facendo perno, per attirare l'attenzione e la curiosità su quello che propongo, più che sul fascino, sull'emotività e sulla competenza tecnica via via acquisita.*



## Capitolo III

### LA RELAZIONE TERAPEUTICA COME STRUMENTO RIABILITATIVO

#### 3.1 La relazione terapeutica

Gli operatori sociosanitari svolgono un lavoro che ha a che fare con persone che sono in condizioni di sofferenza, disagio, bisogno e che quindi si pongono per definizione nei loro riguardi in condizione di richiesta d'aiuto. In rapporto a questa situazione, la maggior parte del loro operato è finalizzata allo svolgimento di mansioni di aiuto e di cura specifiche della propria professionalità, ma con una costante imprescindibile per tutte le figure sociosanitarie: la dimensione relazionale interpersonale. Questo lavoro relazionale è sovente difficile, faticoso e delicato in quanto implica il coinvolgimento e l'attivazione di funzioni mentali complesse e profonde di ordine prevalentemente emotivo-affettivo. La buona relazione con il malato non è dunque solo importante sul piano interpersonale, ma costituisce anche un vero e proprio fattore curativo. Si veda come nel corso degli anni diversi autori si siano riferiti a tali ipotesi per sviluppare tipi di relazioni che scientificamente si dimostrassero terapeutiche.

#### Carl Rogers e la relazione terapeutica

Quando si parla di capacità relazionali non si intende solo il comunicare con l'utente, ma anche le capacità di contenimento, di gestione dell'altro nel suo divenire e soprattutto l'essere consapevoli della propria emotività nei confronti dell'altro.

Carl Rogers, uno dei più grandi studiosi di relazione in ambito di *counseling* e di psicoterapia non direttiva, è stato il primo (nel 1951) a definire la *Relazione Professionale d' Aiuto o Terapia incentrata sul Cliente*<sup>33</sup>. Egli definiva la relazione tra operatori e utenti, in campo socio-sanitario, come relazione terapeutica, cioè una situazione in cui uno dei partecipanti cerca di favorire in una o ambedue le parti, una valorizzazione delle risorse personali del soggetto ed una maggiore possibilità di espressione individuale.

---

<sup>33</sup>Rogers parla di cliente e non di utente o paziente perché non vede la persona che usufruisce di un servizio come soggetto passivo e sottomeso allo stile terapeutico scelto dai curanti. Il cliente, nella sua accezione, diviene promotore, intenzionale fruitore di uno strumento terapeutico: la relazione. Il cliente non è sempre scontato, ma viene "costruito" ascoltandone bisogni e necessità.

La relazione professionale d'aiuto può essere intesa teoricamente come un rapporto in cui almeno uno dei protagonisti ha lo scopo di promuovere nell'altro la crescita, lo sviluppo, la maturità e il raggiungimento di un modo di agire più adeguato ed integrato.

Nella pratica dunque:

- prevede una gerarchia delle posizioni di chi si mette in relazione (uno si pone da *guida*);
- è una relazione finalizzata (ha uno *scopo*);
- si presume che il "promotore" abbia le competenze per essere considerato tale;
- chi usufruisce dello strumento terapeutico diviene cliente, ovvero consapevole fruitore di un servizio mediante esplicita richiesta d'aiuto; qualora questo non avvenga spontaneamente, rappresenta uno dei primi obiettivi che si pone la relazione d'aiuto: far sì che il fruitore divenga cliente, ossia richiedente e intenzionato ad utilizzare tale tipo di terapia.

La relazione terapeutica così intesa rappresenta un vero e proprio strumento terapeutico personalizzato e unico, non ripetibile né *standard*. L'uomo, in quanto tale infatti, deve essere considerato come individuo unico e irripetibile, oltre che sempre in possesso di risorse e capacità che gli consentano di partecipare attivamente al recupero delle proprie capacità relazionali perse o difettose, causa di uno squilibrio armonico con se stesso e con gli altri. Risulta quindi evidente come alla base di tale concetto si dovrebbe porre sempre il concetto di rispetto e anche di libertà dell'individuo, in quanto fonte delle potenzialità sopraindicate. Proprio il rispetto e la libertà individuali sono necessari ad individuare bisogni, emozioni, conflitti, valori e soluzioni ai problemi, che non possono essere imposti o stabiliti da un esterno.

La relazione terapeutica si distingue dalla relazione "semplice", intesa con significato generico, perché comprende in sé un fine pedagogico-educativo, riabilitativo e curativo espresso e ben chiaro a tutti i coloro che sono in relazione. Bisogna però chiarire che la relazione può essere terapeutica anche quando il suo fine non è così chiaramente espresso, per essere più espliciti, un normale rapporto di amicizia tra due persone può risultare altamente utile a fini terapeutici e riabilitativi, pur non essendo definibile scientificamente relazione terapeutica. Con questo si è ben lontani

dal non considerare la relazione terapeutica in primo luogo come interazione tra esseri umani, ciascuno interessato all'altro: qualora venisse dimenticato questo concetto non sarebbero applicabili le teorie precedenti e successive.

### **L'applicazione del concetto di relazione terapeutica.**

Un operatore della salute non capace di comunicare o relazionarsi efficacemente non potrà fornire le risposte adeguate ai bisogni di salute degli eventuali assistiti, così come una presa in carico risolutiva di un paziente non può avvenire in un clima che non comprenda fiducia, rispetto, accettazione e, soprattutto, comprensione. Poste queste basi, l'utente può cominciare quel percorso con l'operatore che, tramite un processo di centralità, lo porterà alla completa autonomia decisionale e a diventare dunque **cliente**: ossia fruitore di un servizio con consapevolezza e con volontà, ottenendo, se accompagnato da una buona efficienza tecnica dell'operatore, s'intende, risultati tangibili. *“Sono gli atteggiamenti ed i sentimenti ad essere importanti nella relazione terapeutica e la percezione che ha il paziente dell'atteggiamento o delle tecniche del terapeuta”* (Rogers, 2000).

La migliore arma per un operatore della salute è la capacità di saper stare nell'area *metaforicamente* compresa tra la paura eccessiva di fallimento e la mitizzazione del progetto terapeutico. L'operatore che svaluta e non ripone alcuna fiducia nel progetto che dovrebbe portare avanti, sulla teoria di riferimento e sulla persona affidatagli, non sarà in grado di instaurare quella relazione di fiducia di cui si diceva sopra; al contrario, un operatore che sopravvaluti in maniera poco scientifica e concreta la persona, il contesto e le tecniche di cui dispone, rischia di compiere il primo passo di quel tragitto che in poco tempo potrebbe condurlo al fallimento di ciò che ha “grandiosamente” progettato e quindi, come possibile conseguenza, alla svalutazione generale del contesto in cui si è trovato ad operare.

### **Gli elementi fondamentali della relazione terapeutica**

Gli elementi determinanti di una relazione di aiuto, in parte già accennati nel precedente paragrafo, si basano sul concetto di approccio centrato sulla persona, ovvero devono essere atti a favorire l'emergere delle potenzialità che tutti gli individui posseggono e che sono necessari per l'auto comprensione e la

modificazione del concetto di sé; dunque dei comportamenti e degli stili di relazione e comunicazione attuati.

Di seguito sono elencati e analizzati gli elementi fondamentali:

- **Capacità di ascolto attivo:** ascoltare attentamente la persona e credere a ciò che dice rappresenta il primo passo per poter diventare fonte d'aiuto.

La capacità di ascolto attivo comprende anche il grosso tema della riformulazione, ovvero la riesposizione di quanto espresso dall'altro per accertarne il contenuto. Questa tecnica consente di dimostrare attenzione ed interesse alla persona, che percepirà un invito a procedere con l'argomento.

Tale processo avviene su tre differenti livelli:

1° livello (riflesso **semplice**): l'operatore riassume la comunicazione del cliente o gli ripropone le ultime parole per incoraggiarlo a proseguire.

2° livello (riflesso del **sentimento**): l'operatore fa emergere l'intenzione e l'atteggiamento insiti nel comportamento del cliente e glieli ripropone privi della carica emotiva con la quale sono stati espressi

3° livello (riflesso **delucidante**): l'operatore evidenzia elementi che influenzano il discorso del cliente senza però essere espliciti.

Gli obiettivi dell'ascolto attivo possono essere sintetizzati in: comprensione dei contenuti, comprensione delle finalità, valutazione della comunicazione (verbale e non verbale), prestando particolare attenzione al significato relazionale della comunicazione.

La **considerazione positiva** di colui che comunica e del messaggio che viene riferito, consiste nel dare il valore alla persona nella sua individualità, indipendentemente dai comportamenti che assume in quel momento, portando rispetto alla persona e disponibilità all'ascolto anche di contenuti ritenuti non veritieri o confusi, o comunque non facili da decifrare.

L'operatore accoglie l'assistito per come esso è realmente, non per come vorrebbe che fosse. Senza fretta, senza interrompere per porre domande incalzanti, senza altre persone presenti, eliminando il più possibile ansie, preoccupazioni, pensieri propri o dell'utente.

- **Empatia:** percepire cioè il mondo soggettivo altrui come se si fosse l'altra persona, senza tuttavia perdere di vista che si tratta di una situazione analoga, non reale. L'empatia nasce dalla considerazione positiva incondizionata; l'operatore comprende fino in fondo l'altra persona poiché la riconosce soggetto che ha valore positivo.
- **Autenticità e congruenza:** l'operatore instaura un clima di fiducia solo con la sincerità, tramite la quale possono passare messaggi non necessariamente confortanti, ma reali e congrui al modo di pensare veritiero dell'operatore, che ascolta senza classificare o colpevolizzare. L'attenzione deve essere focalizzata anche sulla propria comunicazione verbale e non verbale, per evitare la comunicazione paradossale. Anche in casi critici e di tensione l'operatore dovrebbe riuscire ad esprimere all'assistito eventuali timori e dubbi senza cercare di celarli, poiché rischierebbe, al contrario del suo intento, di aumentare la tensione percepita.

Senza l'utilizzo di tali strategie si può indurre il cliente a chiusure difensive, che non lo renderanno cosciente di situazioni, contraddizioni e paradossi, ma al contrario rischiano di esacerbare un modo di relazionarsi e comunicare non corretto e sano.

Per riassumere, le caratteristiche della comunicazione cosiddetta efficace sono:

- disponibilità emotiva tra gli interlocutori, empatia, flessibilità, capacità di apprendere la comprendono;
- capacità di utilizzo dei codici condivisi e comprensibili a chi comunica;
- verifica e capacità di focalizzarsi sugli degli schemi di riferimento condivisi;
- comprensione del punto di vista dell'altro, che va di pari passo con la caratteristica successiva;
- capacità di adeguamento a specifiche situazioni.

La simmetria, come precedentemente espresso, nella relazione di tipo terapeutico non è completamente ipotizzabile, nel senso che il motivo per cui avviene la conoscenza delle persone in relazione non è simmetrico: una è un operatore, l'altra una persona che dell'operatore ha bisogno per qualsivoglia ragione; tale connotato difficilmente si trasforma fino a livellare il rapporto rendendolo pari. Tuttavia, il

clima di fiducia e disponibilità ipotizzato rende ragione di credere che il rapporto possa ritenersi utile nonostante la complementarità della relazione: la disponibilità, l'ascolto attivo e l'empatia, messi in atto da un operatore, fanno sì che l'altro si senta accolto e capito, nonostante non si rapporti esattamente a un suo pari, ma anzi ad una persona che non essendolo può rappresentare una risorsa fondamentale all'interno del percorso relazionale.

Il tranello dal quale bisogna trarsi fuori quando si instaurano relazioni con gli utenti afferenti al servizio in cui si lavora è quello di alternare, in maniera disordinata e senza ragione, la simmetria della relazione. L'operatore "amico" in determinati giorni e distante in altri, per motivi che non riguardano la scelta riabilitativa, commette un grave errore di valutazione che rischia di confondere in maniera assolutamente non terapeutica la persona con cui instaura la relazione, la quale, specie in determinati contesti e situazioni, necessita di punti di stabilità soprattutto dalla relazione e dal confronto con chi lavora nei servizi socio-sanitari in generale.

### **La relazione educativa**

In tutto questo, il ruolo del Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica, a cui in questo scritto si fa riferimento, è fondamentalmente basato sul concetto di relazione intesa anche come strumento terapeutico, sia per motivi di finalità professionale sia come mezzo di tutela dell'operatore stesso, poiché garantisce maggior distanza emotiva; ciò non toglie che uno dei compiti fondamentali di chi lavora in ambito psichiatrico sia di dare la possibilità all'utenza di costruire o sviluppare le capacità e abilità adeguate per instaurare rapporti interpersonali di vario genere e, quindi, relazionarsi per vivere nella miglior maniera possibile l'ambiente circostante.

La relazione educativa trae i fondamenti su cui si poggia dalle teorie descritte negli anni '50 da Rogers, ma aggiunge ad esse un'impronta più marcatamente pedagogica, sociale e progettuale.

La relazione educativa è un accompagnamento di durata variabile, più o meno lunga a seconda delle necessità, che interviene sullo stile di vita degli individui e mira a condurli all'identificazione del proprio benessere e a dotarsi degli strumenti atti a conseguirlo e preservarlo per mezzo di progetti educativi individualizzati e provvisti

di metodi, strumenti, obiettivi, risorse e criteri di monitoraggio valutabili nel percorso in ogni momento ed occasione.

Il riconoscimento dell'altro deve avvenire da parte di entrambi, attraverso la definizione dei ruoli, esprimendo e dando fiducia, evitando le provocazioni. La disponibilità al cambiamento nel lavoro relazionale deve essere manifestata da entrambi, in un'ottica di progettazione condivisa, non basata su standard universali, ma su caratteristiche specifiche, desideri e contrarietà di tutti coloro che ne fanno parte. L'obiettivo è rappresentato innanzi tutto dall'evitare di premettere a priori quale sia il bene dell'altro, senza ipotizzare la possibilità di verifiche, confronti, discussioni, ridefinizioni e cambiamenti a breve, medio e lungo periodo, ivi compreso l'identificazione nel ruolo dell'educatore.

Si possono dunque elencare le caratteristiche salienti della relazione educativa così descritta:

- intenzionalità comune;
- prese in carico: accoglienza, formulazione di reciproche domande atte a permettere la reciproca conoscenza;
- osservazione, dichiarata e palese;
- contenimento;
- coerenza;
- progettazione che duri nel tempo e che sia disponibile al cambiamento.

La relazione educativa può essere improntata su due modalità, che spesso si integrano e non sono così spesso distinguibili:

- Relazione **Autoritaria** o Direttiva: presenta norme rigide, insiste sulla superiorità dell'educatore, mostra riservatezza e distacco, attiva forme di controllo e punizione, trascura bisogni e interessi dell'educando, fornisce molti ordini e comandi, comunica in modo impersonale e distaccato.
- Relazione **Autorevole**, a sua volta divisa in:
  - Relazione autorevole *d'accompagnamento*, caratteristica degli insegnanti scolastici;
  - Relazione autorevole *euristica*, ovvero di ricerca, tipica degli educatori.

Tale tipo di relazione è contraddistinta da capacità a non imporsi come guida, ma ad essere riconosciuti come tali, non imporre regole troppo rigide, rendere protagonisti gli educandi nei progetti costruiti insieme tramite rapporti dialettici e basati sulla sincerità, condivisione di obiettivi e mezzi che questi prevedono, comportamento coerente e regolare, costante attenzione alla motivazione di educatore ed educando.

Questo stile relazionale appare più difficilmente attuabile: è noto come ricorrere all'autorità sia quasi sempre più semplice, mentre bisognerebbe ricorrervi solo quando abbiano fallito altre "armi", in contesti e situazioni che necessitano di un "intervento duro". Se si reputa che ciò avvenga troppo sovente è il caso di interrogarsi sullo stile relazionale instaurato. Spiegare e condividere le regole, indispensabili al vivere civile, è utile perché permette una maggior interiorizzazione delle stesse ed una comprensione delle motivazioni che le hanno inevitabilmente prodotte.

### **3.2 Il nursing psicodinamico**

Proviamo di seguito a focalizzarci su una teoria relazionale di concezione non troppo moderna, ma pur sempre valida ed estremamente esplicativa, tentando di delineare passaggi e procedure che servano più che altro come punto di riferimento per l'osservazione di una eventuale relazione in atto, dal momento che regole stabili e universalmente rigide non esistono né si auspica che mai vengano proposte dal momento che ridurrebbero l'efficacia e il significato del concetto di relazione.

#### **H.E. Peplau**

Quindi ci si concentra su un aspetto della rapporto inteso come terapia in ambito psichiatrico, il riferimento è rappresentato dal concetto di nursing psicodinamico<sup>34</sup>, teorizzato per la prima volta nei primi anni '50 negli USA dall'infermiera Hildegard E. Peplau.

Questa impostazione indaga i propri comportamenti seguendo la teoria psicodinamica per comprenderli ed aiutare gli altri ad identificare le difficoltà

---

<sup>34</sup> *Nursing* è l'assistenza infermieristica in generale, *psicodinamica* si riferisce alle teorie Freudiane della psiche.



avvertite nella comunicazione e applicare i principi delle relazioni umane ai problemi che nascono ai vari livelli di esperienza.

L'elemento fondante di tale teoria risulta dunque essere la relazione interpersonale, nella quale l'unico ruolo che si può analizzare e trasformare è quello dell'infermiere; così facendo, si agirà direttamente sul ruolo dell'assistito, che a sua volta a seconda della relazione, del grado di comunicazione e del contesto, condizionerà con il proprio comportamento l'adozione di un atteggiamento piuttosto che di un altro da parte dell'infermiere, in un rapporto di circolarità.

Le fasi del nursing psicodinamico sono quattro, ognuna delle quali richiede un intervento diverso: esse sono universalmente e genericamente valide per quanto riguarda tempi e modi in cui si articolano le relazioni terapeutiche.

***Prima fase: Orientamento.*** Rappresenta la fase in cui avviene l'incontro e l'iniziale conoscenza tra l'operatore e la persona che devono cooperare per comprendere le relazioni reciproche, incoraggiandosi a vicenda nel riconoscersi un ruolo attivo nell'assistenza. L'infermiere, in tutto questo, deve essere anche pronto a fare da "apri strada" nei confronti dell'assistito, aiutandolo a riconoscere l'ansia e le eventuali incertezze avvertite. Ovviamente vari fattori, quali la cultura, la religione, le esperienze personali, possono esercitare una notevole influenza soprattutto in questa prima fase ed è necessario esserne consapevoli .

Questa fase può anche essere intesa come la fase dell'*incontro*.

***Seconda fase: Identificazione***<sup>35</sup>. In questa fase infermiere ed assistito chiariscono reciprocamente le proprie percezioni ed aspettative, che determinano le loro reazioni. L'assistito può cominciare a provare un senso di appartenenza e acquisire sicurezza nel gestire il problema in questione; inoltre egli risponderà selettivamente a coloro i quali potranno soddisfare i suoi bisogni. Le sue reazioni potranno essere differenti: dipendenza, passività, autonomia, indipendenza, aggressività e così via. In tali casi, le risposte comportamentali dell'infermiere potranno essere usate come rinforzo

---

<sup>35</sup>In termini psicodinamici identificazione consiste nel fare proprio qualcosa che viene dall'esterno, insieme al meccanismo di introiezione presiede alla costruzione del mondo interno (Furlan e Picci, 2006)

positivo, promuovendo la forza interiore ed eliminando il senso di impotenza nell'assistito.

Questa fase rappresenta, in termini meno psicoanalitici, il momento della *conoscenza*.

**Terza fase: Utilizzazione (o *Sviluppo*).** In tale fase, l'assistito utilizzerà i servizi a seconda delle sue necessità e l'infermiere lo accompagnerà in questo percorso, aiutandolo nel porsi altri nuovi obiettivi, sempre attraverso lo strumento della relazione terapeutica. In tal modo, aumenterà l'autostima e l'autonomia dell'assistito, il quale, all'occorrenza, dovrà essere contenuto emotivamente qualora diventasse troppo esigente; importanti, a tal fine, risultano essere continuative revisioni per sondare e comprendere le azioni messe in atto. Scegliere tra dipendenza ed indipendenza rappresenterà il compito più duro per l'assistito, ma anche per l'infermiere, che dovrà comprendere e studiare i motivi di una scelta piuttosto che di un'altra.

Questa fase rappresenta l'*addomesticamento*, nel senso che le persone, che si sono incontrate, ormai si conoscono e necessitano l'una dell'altra.

**Ultima fase: Risoluzione.** L'ultima fase è caratterizzata ovviamente dal termine del rapporto terapeutico, previa soddisfazione per il raggiungimento dei bisogni. L'assistito, dopo la valutazione dei progressi realizzati insieme, è accompagnato dall'infermiere verso l'autonomia. I bisogni verranno ulteriormente soddisfatti dall'autonomia e, nel caso non siano stati appagati completamente, l'infermiere deve accompagnare l'eventuale aggressività derivata come ulteriore mezzo e risorsa tramite la riflessione. Questo perché il mancato riconoscimento dell'insoddisfazione può generare ansia, che ha un forte potere nei rapporti interpersonali. Il miglior metodo è il riconoscimento del bisogno rimasto insoddisfatto e la conseguente risposta prevede la modificazione degli obiettivi, in modo che siano raggiungibili.

Questa fase definisce l'*abbandono*, lo scioglimento del legame relazionale, ma non la fine di un rapporto, che può rimanere anche solo come ricordo, senza mai dileguarsi.

### **3.3 La relazione d'aiuto nella la patologia psichiatrica**

Nell'ambito della relazione d'aiuto, il nodo cruciale risulta essere il riconoscimento della malattia: affinché nel processo di cura si possa lavorare su di essa in maniera efficace deve essere riconosciuta dall'operatore, ma anche dall'assistito. Pare quindi opportuno focalizzarsi brevemente sulla patologia psichiatrica e la relazione di cui specificatamente necessita.

Ogni patologia psichiatrica possiede caratteristiche peculiari che necessitano di un trattamento specifico e, di conseguenza, specifiche modalità relazionali. Con questo, non si vuole certo sostenere che il tipo di disturbo sia l'unica caratteristica rappresentativa dell'assistito, in quanto che tale semplificazione risulterebbe non solo riduttiva, ma addirittura priva di ogni significato per la complessità individuale che caratterizza ciascuno individuo, ivi compreso il malato mentale. Inoltre, non bisogna ignorare gli effetti delle terapie psicofarmacologiche, le quali non solo modificano molti sintomi e segni, ma incidono anche sugli aspetti comportamentali e quindi relazionali.

L'esposizione che segue farà riferimento alle principali categorie diagnostiche della nosografia psichiatrica- questo per motivi di chiarezza concettuale ed esigenze teoriche- pur essendo consapevole che la patologia mentale è spesso caratterizzata da un *continuum* psicopatologico non così chiaramente definibile e circoscrivibile in specifiche classi di disturbi, che, a loro volta, comprendono certe volte patologie poco accumulabili nelle manifestazioni comportamentali.

#### **Le psicosi**

##### ***La Schizofrenia***

La persona schizofrenica necessita, in qualunque ambito relazionale, di cure ed attenzioni atte a soddisfare il bisogno di sicurezza di cui è privo e l'operatore soddisferà tale bisogno assumendo la funzione di "pelle" che la schizofrenia ha tolto al paziente, tramite la promozione di appropriate interazioni con l'ambiente circostante, favorendo un'equilibrata soddisfazione dei bisogni emotivi di base, ovvero attraverso l'empatia, la comprensione (il delirio, per esempio, non deve

semplicemente essere interpretato nei suoi contenuti fantasiosi, ma è necessario cercare di cogliere le emozioni che esso evoca) e il recupero di abilità sociali e relazionali. L'operatore deve allora porsi come mediatore, aiutare il paziente a distinguere il mondo reale da quello schizofrenico, attraverso l'atteggiamento di ascolto partecipe.

Una presenza eccessivamente "vicina" dell'operatore diventerebbe angosciante, perché invasiva, e potrebbe comportare una reazione di fuga con conseguente chiusura al mondo relazionale da parte del paziente; nel contempo una presenza troppo "lontana" non sarebbe sufficientemente rassicurante. Appare quindi adeguata una posizione costantemente presente e comprensiva, ma capace di modulare la distanza a seconda dei bisogni specifici del paziente.

L'équipe terapeutica deve essere considerata come quella risorsa all'interno della quale possono essere rielaborati i vissuti, i sentimenti e le idee degli operatori coinvolti nella gestione del paziente.

Senza il recupero di abilità sociali e relazionali e il supporto alla famiglia nel trovare modelli e stili comportamentali adattivi, non può dirsi valido un qualsiasi progetto di riabilitazione per pazienti schizofrenici.

### ***I disturbi dell'umore***

Nelle fasi di scompenso maniacale l'operatore dovrà garantire in maniera prioritaria un contenimento efficace, finalizzato a proteggere il paziente e le persone che lo circondano dalle conseguenze dei suoi comportamenti impulsivi-espansivi, orientandolo in tono fermo, in modo che egli soddisfi i bisogni di base e non reagisca ad eventuali impedimenti con agiti aggressivi ed impulsivi. Vanno attentamente valutati interventi basati su modelli di relazione con il prossimo, in modo da prevenire situazioni in cui la persona eccitata potrebbe esporsi a rischi.

E' necessario che il contatto con la realtà sia sempre favorito, evitando altresì che l'operatore possa essere indotto nella relazione con tale tipo di patologia ad atteggiamenti errati, spontanei di tolleranza, di accondiscendenza o, al contrario, di contro aggressività, tutte reazioni che rinforzerebbero gli atteggiamenti espansivi e gli agiti fisici.

L'eccitamento porta sovente la persona a colpire la parti maggiormente vulnerabili dell'altro nel tentativo di minarne l'autostima; egli tende ad innalzare volontariamente il livello di conflittualità proiettando sugli altri le proprie responsabilità e spingendoli ad adottare atteggiamenti di difesa; ecco perché non bisogna rendersi disponibili a qualunque tentativo di "riappacificazione" purché sia, rinforzando così l'atteggiamento provocatorio del paziente, che aumenterebbe le proprie richieste, cercando di ottenere sempre più spazio a discapito degli altri, che potrebbero a loro volta reagire con atteggiamenti espulsivi. In tali casi bisogna riflettere su come una distanza incolmabile non garantisca le norme e le limitazioni di cui il paziente necessita in tale fase di malattia.

Appare corretto invece contenere il moto espansivo del paziente e dei suoi comportamenti maladattativi, con il supporto nel ritrovare i propri confini tramite i limiti che la realtà circostante impone: un intervento fermo, al fine di assicurare e confortare. L'intervento del singolo operatore deve assolutamente essere sempre condiviso e supportato dall'équipe che lavora con la persona, per evitare che vengano mandati messaggi discordanti e confusivi.

Vanno definite, in tali tipi di relazione, regole da rispettare tramite comportamenti chiari, decisi ed assertivi; il confine dovrà essere posto alla distanza tollerata dal paziente, poiché una vicinanza eccessiva, un gesto imprudente o un tono di voce troppo alto potrebbero essere interpretati dalla persona come atteggiamenti di sfida, aggressivi e di conseguenza scatenare agiti impetuosi.

L'accelerazione del pensiero, tipica degli stati maniacali, contrasta le capacità di attenzione e concentrazione: l'operatore dovrà avvicinarsi al paziente sfruttando i momenti opportuni, con l'utilizzo di frasi semplici ed efficaci, dirette, con tono deciso e non aggressivo, che facciano in modo di recuperare il contatto con la realtà (per esempio, confrontando elementi importanti nei contenuti del discorso del paziente con elementi esistenti nel mondo reale e rendendoli evidenti al soggetto). Si può aiutare la persona a dare un ordine di priorità alle richieste, supportandolo nella soddisfazione dei propri bisogni, ma imponendo limiti e tempi opportuni.

## **I disturbi di personalità**

### ***Il Disturbo Borderline di Personalità***

Gli elementi distintivi, su cui è utile focalizzare l'attenzione quando ci si relaziona con una persona con disturbo della personalità borderline sono:

- percezione del sé distorta anche se differenziata;
- difficoltà e rigidità nelle modalità relazionali, indifferenti alle conseguenze;
- instabilità del tono dell'umore;
- eccessi di ira ed impulsività con conseguente incapacità di condurre uno stile di vita sano (uso ed abuso di sostanze, dipendenza da gioco d'azzardo);
- difficoltà nell'elaborazione cognitiva di stimoli esterni ed interni, fino a veri e propri disturbi dell'identità.
- scarsa capacità di valutare correttamente la realtà, che appare alterata soprattutto in fasi di alterazione psicotica.

Gli obiettivi relazionali di assistenza sono principalmente diretti a prevenire i comportamenti aggressivi ed impulsivi, a sviluppare un comportamento maggiormente riflessivo, prima del passaggio all'atto, dunque maggiormente adattativo e socialmente accettabile. Si deve indirizzare l'intervento terapeutico verso il miglioramento dell'autocontrollo sostituendo il comportamento aggressivo-impulsivo con modalità più costruttive di relazione con gli altri.

La generale tendenza di questa tipologia di pazienti alla manipolazione porta a rendere la relazione con il terapeuta spesso ambivalente, tra dipendenza ed assoluta indipendenza. Tale aspetto non deve mai essere sottovalutato, bensì sempre tenuto sotto controllo, tramite la supervisione di un gruppo di lavoro che trascenda il singolo operatore e che sia pronto ad intervenire nei casi in cui sia necessario. Adottare modalità adeguate di gestione dell'ansia e sviluppare strategie di *coping* efficaci, migliorando il concetto di sé e accrescendone l'autostima e il senso di sicurezza nella persona, rappresentano i primi passi per evitare che il paziente si appoggi totalmente al soggetto che gli offre aiuto, o che gli lanci messaggi di discredito e rifiuto, che lo allontanerebbero. L'operatore deve essere in grado di leggere tale atteggiamento come un comportamento patologico e dovrà sviluppare

una forte tolleranza ai vissuti contraddittori che la relazione con il paziente induce. Nel rapporto con il paziente appare quindi fondamentale mantenere una corretta distanza emotiva, al fine di prevenire la manipolazione. Nel fare questo, l'operatore deve assicurare una presenza costante e non prevenuta, reale e rassicurante, ma allo stesso tempo deve definire i limiti appropriati, consentendo di contenere l'angoscia della persona.

E' auspicabile inoltre che si facciano carico di questi pazienti operatori con importante esperienza in campo relazionale.

Egli dovrà mostrare al paziente la propria parte di personalità che di volta in volta rimane celata (la ricerca della relazione contrapposta al rifiuto/negazione della stessa), evidenziando il nesso fra le parti della personalità in contraddizione, e cercando di restituire un'immagine maggiormente coesa di sé.

La caratteristica modalità relazionale manipolatoria di questo tipo di pazienti, sottesa dal meccanismo di difesa dell'identificazione proiettiva, rischia di portare fratture nell'équipe con l'attribuzione di volta in volta del ruolo di "buono" o "cattivo" ai diversi membri. Il gruppo terapeutico deve difendersi da questo rischio, leggendo i comportamenti del paziente e i vissuti collettivi dell'équipe e rielaborando le ansie che nascono al proprio interno.

### **3.4 Il concetto di rete.**

Il Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica utilizza la relazione come strumento terapeutico per progettare, costruire un percorso riabilitativo, il cui fine ultimo è una migliore capacità da parte del paziente a relazionarsi con se stesso e con il mondo esterno.

L'operatore deve rendersi garante di un percorso di socializzazione dell'assistito anche al di fuori del contesto specifico della relazione terapeutica (la comunità, il centro semi-residenziale, l'ambulatorio, ecc.). L'attenzione verso ciò che circonda l'altro e che denota la vita comune di tutti gli esseri viventi diventa, con gli opportuni aiuti, fonte di benessere terapeutico primario: la famiglia, il bar, il centro sportivo, la sala da ballo, il luogo di lavoro, con all'interno le innumerevoli relazioni che ciascuno instaura, assumono un significato terapeutico tutt'altro che sottovalutabile,

perché non si può parlare di riabilitazione in senso astratto, ma bisogna includerla necessariamente nel contesto di vita e sociale in cui il soggetto vive. Il percorso che, al fine di raggiungere obiettivi in tali contesti, bisogna affrontare, risulta essere più arduo poiché pone la persona a confronto con realtà complesse, non più limitate all'utente e al suo microcontesto, ma al macrocontesto sociale in cui egli, ma anche l'operatore, sono inseriti.

Per esempio, nell'ambito di un progetto di reinserimento lavorativo, l'attenzione non potrà essere focalizzata solo sull'utente e sulle relazioni all'interno di una struttura psichiatrica, ma sull'intero contesto composto anche da colleghi e da luoghi di lavoro. Ampliando la portata dell'intervento (potrebbero rendersi necessari degli incontri per spiegare ai colleghi la situazione dell'utente e il motivo del suo inserimento), aumentano le difficoltà e di conseguenza diventano più complesse le metodiche da utilizzare.

### **La rete e le sue caratteristiche**

Con il concetto di rete si intende un insieme di punti, che possiamo intendere come persone o gruppi, collegati da linee, che possiamo intendere come relazioni (Ferrario, 1992). Proprio per la sua definizione, tale concetto è ritenuto fondamentale in termini di prevenzione primaria, secondaria e terziaria (riabilitazione dei processi relazionali e comunicativi), soprattutto ciò che concerne l'ambito sociale della patologia psichiatrica, per cui rientra appieno nel discorso delle relazioni come strumento terapeutico.

Possiamo fondamentalmente considerare due tipi di rete: acentrata ed egocentrica.

**A-centrata:** la rete in questo caso è priva di un univoco centro, ogni centro equivale ad un altro; come *internet*, non vi è un vertice od un nodo più importante o dirigente.

**Ego-centrica:** la rete ha un centro, a cui, tramite collegamenti o relazioni, si uniscono altri nodi, a cui, a loro volta, ne sono collegati altri e così via.



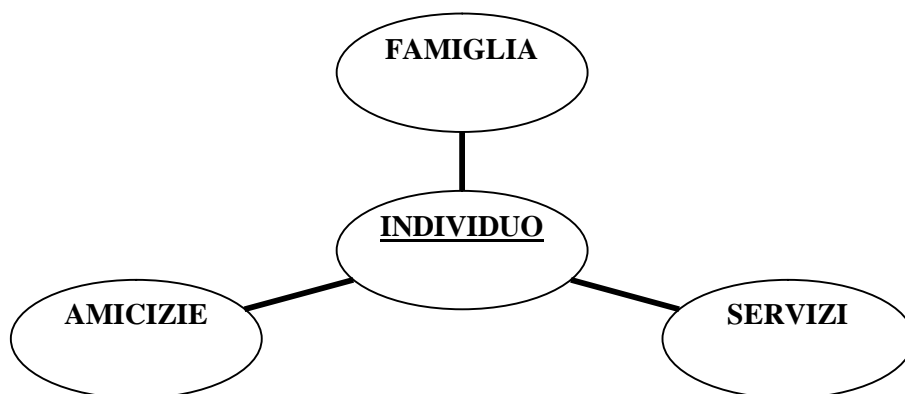


Figura 3. La rete egocentrica

La rete egocentrica non è statica, ma soggetta a mutamenti, quindi costruita con il procedere della vita, poiché anche l'uomo non è statico, ma si evolve con il trascorrere del tempo. Tale tipo di rete risulta particolarmente utile sul versante psicologico: rappresenta l'individuo al centro di relazioni.

La similitudine della rete è esplicativa e bisogna fare l'ulteriore sforzo di guardarla in ottica di relazioni personali e relazioni sociali, quindi dividere al suo interno:

- a) **Rete primaria; naturale:** famiglia, amici intimi, colleghi di lavoro tutti coloro con cui si instaurano rapporti di reciprocità, intimità, affetto, condivisione, appartengono ai nodi più vicini al centro, pur interagendo anche con gli appartenenti alla rete secondaria.
- b) **Rete secondaria;** a sua volta distinta in:
  - *formale:* insieme di istituzioni ed organizzazioni che trattengono con il centro della rete rapporti più lontani, asimmetrici; sono caratterizzate da contenuto sociale, forniscono servizi.
  - *informale* rappresenta quelle organizzazioni di volontariato, o privato sociale, nate per supplire alla carenza di reti formali, indispensabili per i bisogni della collettività.

Conoscere teoricamente questo modello può aiutare l'operatore a realizzare progetti che utilizzino in maniera utile il sistema di relazioni in cui la persona che necessita di supporto si trova inserita; includendosi, a propria volta, in tale modello, tramite le metodiche e le osservazioni che di volta in volta costruisce a fini terapeutici.

Anche all'interno della rete le comunicazioni possono correre il rischio di essere distorte ed essere fonte di malessere: benché spesso sia fonte di risorse positive e di benessere, infatti, non sono rari i casi in cui la rete diviene fonte di "imprigionamento" (si consideri, per esempio, una famiglia oppositiva alla cura di un suo appartenente o la vergogna della società nei confronti della patologia mentale).

Non bisogna mai dimenticare di non invadere la rete costruita dall'altra persona, ma aspettare di esservi coinvolti, nonché cercare le strategie per aiutare a modificarla positivamente, senza dimenticarsi della soggettività dell'individualità.

Per quanto riguarda il discorso preventivo, la rete sociale è un ottimo strumento, se ben sviluppato, per evitare recidive e la "familiarità" di un disturbo psichiatrico, nel senso che essa, se ben strutturata e adeguatamente controllata (nel rispetto della libertà individuale e dell'autonomia dell'individuo), può realmente servire da "salvagente" sociale ed evitare l'acuirsi di situazioni relazionali sociali e familiari francamente patologiche.

### **3.5 La riabilitazione delle capacità relazionali.**

Si è cercato, finora, di rappresentare il quadro della valenza terapeutica della relazione, che diventa relazione d'aiuto qualora si focalizzi l'attenzione sulle particolari dinamiche tramite cui essa si sviluppa; si sono viste le metodiche più significative in cui essa si attua e si è dunque cercato di inserire il discorso in quel sistema di relazioni che le comprende tutte, la rete, cioè il contesto, la famiglia, la società in genere. Per concludere il discorso sul ruolo riabilitativo che la relazione assume, manca il concetto di recupero delle capacità relazionali, che da mezzo si trasformano in obiettivo finale di un eventuale progetto di riabilitazione.

Esistono tecniche specifiche che il Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica può utilizzare per accelerare il processo di ri-acquisizione di tali abilità, ma universalmente applicabili alla presa in carico.

## **Il Social Skills Training**

Sicuramente il più comune, studiato, ed efficace intervento di riabilitazione psicosociale per l'insegnamento delle abilità relazionali e comunicative è rappresentato del **Social Skills Training**<sup>36</sup>. L'obiettivo fondamentale delle numerose tecniche che si riferiscono a tale pratica è quello di rispondere ai bisogni delle persone che presentano particolari difficoltà nel funzionamento relazionale, comunicativo e sociale.

Il funzionamento sociale è determinato per la maggior parte dalle abilità relazionali possedute dalla specifica persona, laddove per abilità sociali si intendono tutti quei comportamenti utilizzati nelle interazioni con gli altri e che consentono di raggiungere efficienti livelli comunicativi, di perseguire i propri obiettivi e realizzare apprezzabili competenze comportamentali.

Le abilità sociali consistono, per esempio, nel conversare, esprimere i propri sentimenti e comprendere quelli altrui, relazionarsi (anche superficialmente) con gli altri: aspetti che risultano spesso necessari per raggiungere obiettivi generici di vita comune come, per esempio, dialogare con un negoziante per richiedere ciò di cui si necessita.

Le abilità sociali si possono grossolanamente dividere in due gruppi: quelle espressive e quelle recettive.

a) Le **abilità sociali espressive**, ossia di espressione (attiva o passiva) comunicativa, come il parlare, guardare, muoversi, esprimersi in generale; sono a loro volta suddivise nelle tre componenti caratteristiche della comunicazione:

- *Comportamenti non verbali* che, come si è già visto, influenzano per la maggior parte il rapporto relazionale: espressione del volto, contatto visivo, postura, prossemica. Per esempio, è possibile notare come il sorriso può indicare compiacenza, le smorfie manifestare dolore, tristezza o euforia, certi tipi di postura correlarsi alla spavalderia, altri tipi alla chiusura in se stessi e alla tristezza.

---

<sup>36</sup> Il nome inglese per indicare l'insegnamento delle abilità relazionali viene riportato nella lingua in cui è riportato nelle fonti (Lieberman, 2003)

- *Aspetti paralinguistici*: sono rappresentati dalle caratteristiche della voce, come volume, intensità, timbro, intonazione e comunicano effetti o emozioni di tipo metacomunicativo; per esempio, si parla sottovoce per non farsi notare o disturbare, si urla per rabbia, si parla velocemente quando si ha paura o si è agitati o eccitati, l'eloquio rallenta, al contrario, nei casi di profonda tristezza .
- *Comportamenti verbali*: rappresentati dal contenuto comunicativo, dalla struttura e forma delle frasi, dalla quantità di parole. Influiscono sul discorso in corso tramite il significato che possiedono e il valore culturale che assumono nei vari contesti in cui sono inseriti.

b) Le **abilità sociali recettive** permettono di comprendere ciò che gli altri comunicano ed esprimono e rappresentano tutta quella serie di capacità che permettono all'individuo di valutare l'interlocutore e la situazione, il contesto in cui ci si trova.

Tramite i termini *attenzione*, *analisi* e *conoscenza* definiamo il concetto di percezione sociale, composta da:

- riconoscimento delle emozioni altrui, una capacità fondamentale per interpretare gli atteggiamenti degli altri; tale tipo di abilità risulta evidentemente deficitaria soprattutto nei disturbi dello spettro autistico dello sviluppo, oltre che in una vasta gamma di disturbi psichiatrici (Adenzato, 2005);<sup>37</sup>
- produzione di risposte nei momenti giusti (*timing*): permette lo scambio di battute tra chi comunica e permette l'incalzare dal fenomeno comunicativo, che altrimenti rimane statico e fine a se stesso;
- richieste di chiarimenti necessari alla comprensione di ciò che è stato comunicato o dei rapporti relazionali instaurati tra destinatario e mittente;
- ascolto attivo, in grado di restituire al mittente *feedback* affinché egli capisca di essere stato chiaro o compreso.

---

<sup>37</sup> Vari autori (tra cui Rizzolati G.) fanno derivare tale tipo di deficit a motivi di tipo neurologico: la *teoria dei neuroni a specchio* ha, negli ultimi anni, dimostrato valenza dal punto di vista scientifico e neurologico. Mancano tuttavia dimostrazioni per quanto riguarda i comportamenti di tipo autistico, al di fuori della gamma dei disturbi autistici dello sviluppo, come dei sintomi autistici tipici della schizofrenia, che sono meglio attribuibili a fattori di tipo intrapsichico più che neurologici.

Gli aspetti cardine della comunicazione elencati sono indispensabili perché le relazioni risultino efficaci al contesto in cui sono inserite e provochino i risultati previsti dalla persona che interagisce. Si può lavorare su di essi nelle più svariate circostanze, dal momento che le relazioni e le comunicazioni umane sono universalmente presenti.

La pratica del Social Skills Training prevede dunque la consapevolezza di una vasta gamma di componenti della comunicazione e il lavoro può articolarsi sul singolo o su gruppi più ampi, ma omogenei sotto il punto di vista delle competenze relazionali, per evitare che si creino, fin dal principio, dislivelli che non motiverebbero il gruppo, ma anzi, al contrario, lo demotiverebbero in caso di temporanei, ma spesso inevitabili, insuccessi.

Vi è un'ampia e studiata documentazione riguardante tale pratica strutturata in gruppi, secondo teorie di tipo cognitivo comportamentali, i cui scopi sono del tutto sovrapponibili a quelli sopra espressi. Questi gruppi prevedono obiettivi specifici e mirati di lavoro, a cui seguono delle "verifiche" al di fuori del *setting* clinico, in ambienti di vita reali. La grande risorsa che tali competenze rappresentano fa sì che l'attuazione di social skills training sia particolarmente auspicabile in ambienti di vita totalizzanti, quali comunità terapeutiche e reparti ospedalieri, nei quali inoltre il rischio che le competenze di tipo relazionale vengano sottovalutate ed accantonate a discapito della terapia farmacologica è assai diffuso.

### **Le terapie espressive**

Uno strumento tramite il quale l'uomo ha sempre comunicato nel corso della storia evolutiva è rappresentata dall'espressione artistica. Il racconto, la recitazione, il disegno, l'incisione, la pittura, la musica, il canto, la scrittura sono formidabili strumenti tramite i quali gli esseri umani comunicano sentimenti, emozioni, tradizioni e culture.

Fin dall'era ellenica, grandi filosofi decantavano il teatro come luogo di cura, "... *la sofferenza poteva condurre ad una superiore saggezza, e la stessa recita pubblica del dramma poteva determinare un catarsi collettiva. Recitare la follia, portare allo scoperto i mostri del profondo era terapia. Logica sotterranea del teatro come luogo*

*divino era tutto ciò che rappresentasse una rivendicazione rituale della ragione, un'imposizione dell'ordine stabilito ...” (Furlan 2004).*

Osservare una scena recitata, ascoltare un brano musicale o osservare un quadro possono generare sentimenti così coinvolgenti e forti da provocare riflessione, meditazione, commozione, pianto. Il potere comunicativo che assumono le arti espressive nella vita degli uomini è quasi indescrivibile; esso rappresenta l'originalità della mente umana, l'intelligenza che la caratterizza, la possibilità di esprimere il sentimento, di comunicarlo e renderlo fonte di relazione, condivisibile anche anni, secoli, millenni dopo. Chi non si è mai emozionato ascoltando un brano contemplando un dipinto, assistendo ad un'opera teatrale? L'espressione artistica è in grado di comunicare stimolando l'affettività e utilizzare tale modalità per curare, trasformare, allontanare il disagio psichico rappresenta uno dei settori d'intervento più affascinanti dei servizi di salute mentale.

Arteterapia, musicoterapia, danzaterapia (e con essa la psicomotricità), drammaterapia sono i nomi di attività che, se inserite in un *setting* adeguato e studiato, divengono mezzo di cura e riabilitazione straordinari. Tutte le arti presuppongono l'espressione di sé a della propria interiorità tramite un mezzo fantastico, il nostro corpo, che si fa da “portavoce”, tra chi si esprime e chi osserva, ovvero riceve l'espressione (il destinatario, se ci riferiamo agli elementi della comunicazione).

Se si riflette su questo punto è facile notare come l'arte e l'espressività corporea possano rappresentare un valido strumento con il quale è possibile valutare le capacità e potenzialità di espressione. Quello che qui interessa non è però soffermarsi a lungo su come tali strumenti possano essere mezzo di diagnosi psichiatrica, ma piuttosto come essa possa rappresentare una tecnica di riabilitazione per quel che concerne le competenze relazionali e comunicative in particolare.

Lo spazio dedicato allo svolgersi di attività artistiche e di psicomotricità deve assolutamente essere curato nei particolari: ovvero deve accogliere il gruppo, o il singolo in un atmosfera che trasmetta sicurezza e contenimento.

L'arte e il movimento possono diventare quel veicolo di informazioni su di sé che la persona neanche sa di possedere e/o non è in grado di esprimere chiaramente, all'esterno o addirittura a se stessa. Inoltre, può rappresentare uno strumento

riflessione e concentrazione profondo. Tramite la pittura, per esempio, emergono tratti di personalità, pensieri e riflessioni che in nessun altro modo sarebbero potuti emergere se non tramite quel canale comunicativo.

Tali strumenti hanno come prerogative la possibilità di agire a diversi livelli: cognitivo, espressivo, comportamentale, risocializzante, introspettivo, di regolazione emotiva e ultimo, ma non per importanza, di riduzione dello stigma (per esempio, tramite l'organizzazione di eventi esterni, dove il gruppo ha l'opportunità di esprimersi di fronte a un pubblico, che può rimanere piacevolmente colpito dalle doti artistiche e dalle capacità comunicative dei pazienti psichiatrici).

Solitamente operatori e utenti partecipano insieme al gruppo, seguendo il medesimo percorso artistico: ciò permette di approfondire la qualità della relazione attraverso l'interazione diretta e l'impegno verso un obiettivo comune, la realizzazione artistica. L'espressione artistica rafforza l'autostima e la consapevolezza delle proprie risorse. L'arte permette di comunicare sofferenza per la malattia, confusione sul proprio stato, disequilibrio. Se tali sentimenti possono essere espressi liberamente e osservati dagli altri, che a loro volta manifestano se stessi, ecco che risulta chiaro l'obiettivo raggiungibile tramite tale mezzo: la persona trasforma ciò che ha sempre nascosto, celato della sua patologia in mezzo comunicativo, raggiungendo la consapevolezza che la sua condizione può essere manifesta e condivisibile. Prendere coscienza della propria situazione ed imparare ad esprimerla sono i principali fattori che permettono l'evoluzione di un progetto riabilitativo efficace. Questo processo, avviato e costituito nei laboratori, per essere davvero completo, dovrebbe contemplare momenti organizzati di aggregazione all'esterno, uscite che permettano ai partecipanti di venire in contatto con un ambito sociale più allargato. Queste esperienze si inseriscono nelle attività come strumenti fondamentali di risocializzazione e riabilitazione, indirizzati per lo più a migliorare le comunicazioni e la relazione all'interno e all'esterno del gruppo, soddisfacendo al contempo bisogni emotivi, fisici cognitivi e sociali, tramite il mezzo arte.

Tali momenti, infine, rinforzano nel paziente (e nel gruppo) la possibilità di credere che quello che fa, e di conseguenza quello che rappresenta la sua persona, è condivisibile anche all'esterno: egli può così comunicare se stesso, la propria soggettiva personalità, il proprio modo di essere uomo in relazione e anche persona

malata, venendo accettato e riconosciuto con dignità. Nello stesso tempo, come già detto, questi “spettacoli” coinvolgono la collettività e sensibilizzano al tema della salute mentale, svolgendo in tal modo un’importante funzione anti-stigma.

L’espressione artistica diventa possibilità di apprendere, di stupirsi, di emozionarsi e soprattutto di accettare che anche la diversità possa essere fonte di benessere e perfino di “gioia”. La malattia psichiatrica, quindi, non è pericolosa come il pregiudizio crede, ma addirittura sinonimo di vita, non solo dignitosa, ma anche creativa.



## **Capitolo IV**

### **LA RELAZIONE NEI SERVIZI DI SALUTE MENTALE**

#### **4.1 I fondamenti legislativi e l'organizzazione dipartimentale**

Nel secondo capitolo si è accennato alla grande conquista italiana dello scorso secolo per quanto riguarda il sistema sanitario, in generale, e quello psichiatrico, in particolare, rappresentata dalla promulgazione della legge 833/1978 del Servizio Sanitario Nazionale. Bisogna che si ripeta cosa essa ha comportato, prima di addentrarsi nel tema dell'attuale organizzazione psichiatrica, nella gestione dei servizi per la salute mentale. La legislazione include in sé la Legge 180, conosciuta anche come **Legge Basaglia**, emanata nel maggio del 1978, dieci anni dopo la **Legge** “stralcio” **Mariotti** (che prevedeva la possibilità del ricovero volontario) e in risposta alla richiesta di referendum per l'abolizione della **Legge Bianchi** “Sui manicomi e sugli alienati”, del 1904. Questa aveva di fatto sancito l'alienazione e l'esclusione dalla vita civile del malato psichiatrico, in quanto fonte di pericolo per sé e per gli altri.

La legge 833, frutto anche di un ampio movimento politico e sociale iniziato un decennio prima della sua promulgazione, ha rappresentato nell'amministrazione della salute mentale il punto di svolta della gestione del paziente psichiatrico, dei luoghi di cura ed ha favorito la nascita di teorie e tecniche riabilitative, così come oggi le intendiamo. Tale legge ha fatto sì che la persona malata, fino ad allora privata di autonomia, diritti e libertà fondamentali, fosse inserita in un'ottica di cura e presa in carico territoriale, utilizzando i contesti nei quali trascorre la vita per migliorarne la condizione di salute psichica. All'interno di tale tipo di organizzazione sono presenti micro e macro<sup>38</sup> percorsi che hanno come scopo ultimo il reinserimento del paziente nella società civile, sancendone il diritto alla cittadinanza, pur con le sue residuali

---

<sup>38</sup> Per micro si intendono quei progetti all'interno delle strutture a cui si farà riferimento, per macro agli interventi che hanno come finalità una progettazione più globale, che include in rete servizi e società.

anomalie e possibili differenze che sarebbe errato non riconoscere, ma anche non rispettare.

Ecco quindi i punti fondamentali della legge 180, poi 833, a cui facciamo riferimento nella descrizione dell'attuale strutturazione dei servizi psichiatrici:

- E' vietata l'ammissione dei pazienti negli Ospedali Psichiatrici (si tratta dei vecchi manicomi, al cui interno veniva rinchiusa non solo la malattia mentale, ma anche il disagio, la malattia organica e la povertà), nonché la loro costruzione.
- Viene sanato l'orientamento territoriale dell'assistenza psichiatrica, che deve quindi essere prevalentemente extra-ospedaliera, ad eccezione di casi che richiedano urgentemente cure che non possano essere somministrate nelle strutture territoriali.
- Il reparto ospedaliero di Psichiatria (Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura) deve essere collocato negli ospedali generali, non può superare i 15 posti letto, ed è collegato in forma dipartimentale con gli altri servizi psichiatrici territoriali.
- Si può ricorrere al Trattamento Sanitario Obbligatorio, assimilato a qualsiasi altro ricovero obbligatorio per motivi sanitari, solo in casi di alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici, rifiuto delle cure da parte dell'infermo, non attuabilità dei trattamenti sul territorio. Durante il T.S.O il paziente ha diritto di comunicare con l'esterno, ed alla libera scelta del medico curante e del luogo di cura, se possibile. Il TSO, proposto da un medico abilitato e convalidato da un medico del Sistema Sanitario Nazionale, si configura come un'ordinanza della massima autorità sanitaria locale, ovvero il sindaco, il quale notifica l'atto al giudice tutelare entro 48 ore dal provvedimento. La validità di tale provvedimento è di 7 giorni e può essere eventualmente rinnovato, seguendo lo stesso iter. Chiunque può rivolgersi al sindaco o al tribunale per appellarsi al trattamento.
- L'assistenza psichiatrica viene integrata nel servizio sanitario nazionale e normata dagli stessi regolamenti. Prima che le disposizioni di legge in materia di smantellamento degli O.P. avessero gli effetti previsti bisogna

aspettare gli anni Novanta: solo con il *Progetto Obiettivo 1994-1996* e poi in quello del *1998-2000*, che hanno di fatto obbligato le Regioni a superare definitivamente i manicomi sotto minaccia di sanzioni economiche, si è realizzato in pratica l'assetto organizzativo della salute mentale come oggi la si intende; per altro, non in tutti i luoghi e regioni d'Italia il processo di ammodernamento e strutturazione dei Dipartimenti di Salute Mentale si è verificato in modo omogeneo.

Per meglio illustrare come l'assistenza psichiatrica sia passata dall'istituzionalizzazione manicomiale ad un concetto di continuità delle cure principalmente sviluppato sul territorio, può essere utile descrivere l'intero sistema in cui si articola un Dipartimento di Salute Mentale.

Tale descrizione è frutto di un percorso di tirocinio che ho personalmente svolto all'interno dei servizi del Dipartimento. La mia attenzione durante questi periodi formativi, si è focalizzata in modo particolare sull'aspetto della **relazione**, cercando di approfondire in ogni servizio che ho frequentato, tale tematica che, a mio avviso, rappresenta il fulcro di quello che è e sarà sempre più nel futuro il lavoro del Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica. La descrizione della organizzazione dipartimentale in psichiatria offre la possibilità di specificare, per ogni servizio di cui si compone, la valenza che la tematica della relazione ricopre nello specifico contesto.

Di seguito verrà quindi presentata l'articolazione del Dipartimento Interaziendale di Salute Mentale, afferente alla ASL TO3 (con sede legale a Collegno) e alla AOU S.Luigi Gonzaga di Orbassano, diretto dal prof. Pier Maria Furlan. Esso rappresenta un esempio di come la chiusura degli Ospedali Psichiatrici abbia prodotto degli esempi di funzionalità eccellenti nei percorsi di cura e riabilitazione psichiatrica.

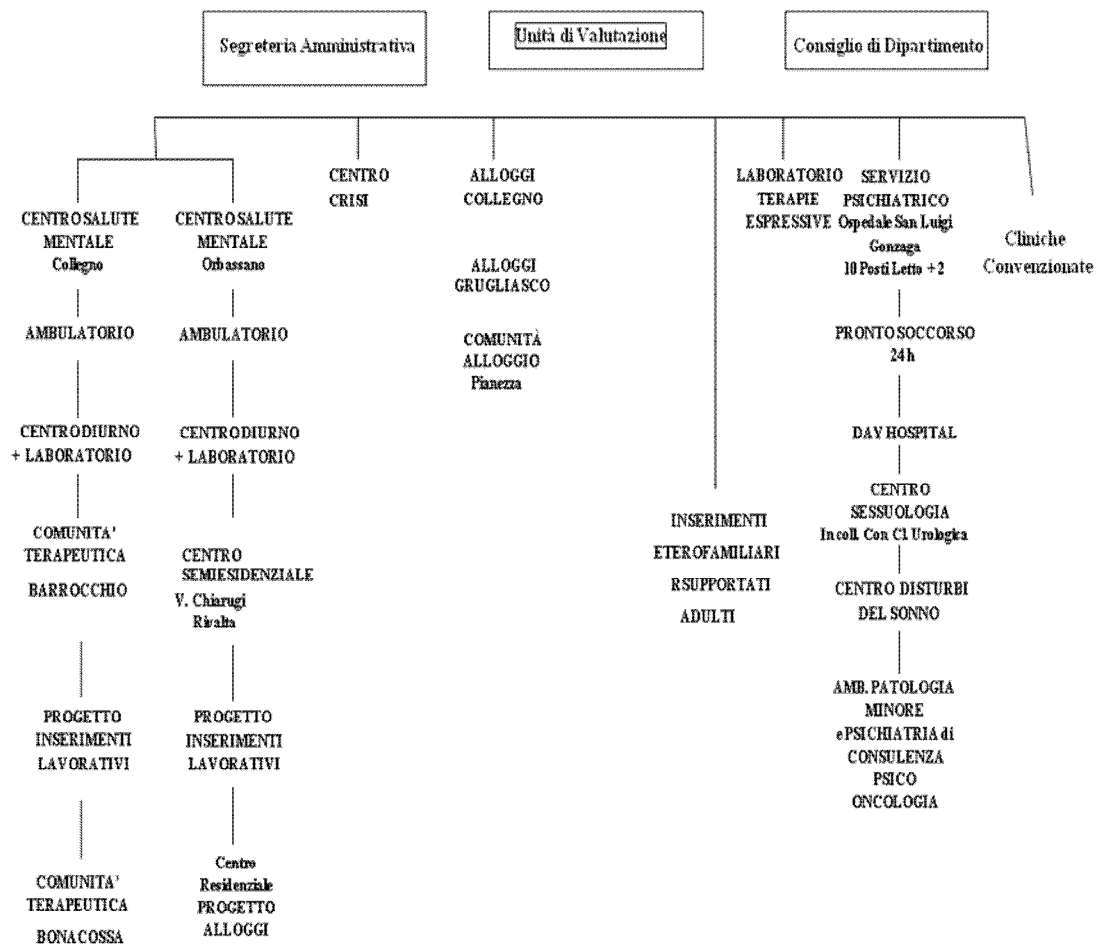


Figura 4. Organizzazione del Dipartimento Interaziendale di Salute Mentale di Collegno-Orbassano, ASL TO3, AOU S.Luigi Gonzaga di Orbassano (TO), Università degli Studi di Torino. Direttore: Prof. Pier Maria Furlan.

#### 4.2 Il D.S.M. e i Centri di Salute Mentale.

L'organizzazione dipartimentale è un modello ordinario di gestione operativa di tutte le attività delle Aziende Sanitarie. Nella gestione dell'assistenza psichiatrica il **Dipartimento di Salute Mentale** rappresenta il centro di responsabilità **professionale** e **gestionale** (strutturale ed economica); al suo interno possono esserci nuclei di gestione dell'economato ed unità di valutazione delle strutture psichiatriche a cui il dipartimento afferisce.

## ***Il C.S.M***

Il coordinamento dei servizi e il progetto terapeutico dei singoli pazienti sono affidati ai **Centri di Salute Mentale**. Le cui principali funzioni sono:

- **organizzazione e coordinamento** dei servizi di afferenza territoriale e dei sistemi di presa in carico degli utenti;
- **accoglienza** dei pazienti, **analisi della domanda** e **attività diagnostica**;
- **attività preventiva** e culturale sul territorio, di **cura, riabilitazione e reinserimento sociale**;
- **visite e consulenze** di medicina generale, nonché **accompagnamenti** a visite specialistiche e supporto organizzativo ed emotivo in tali momenti;
- **consulenze specialistiche** psicoterapeutiche, sia per utenti afferenti ai servizi dipartimentali, sia per utenti non afferenti a questi;
- **filtro ai ricoveri, controllo della degenza, valutazione della qualità** di vita e dei servizi erogati, della gestione dell'utenza tramite visite domiciliari o delle strutture in cui i pazienti sono inseriti;
- **assistenza sociale**, economica e gestione degli inserimenti lavorativi.

Il ruolo di accompagnamento ai processi di cura dei pazienti, coordinamento e “monitorizzazione” delle attività svolte sul territorio non potrebbe attuarsi al di fuori di un clima di fiducia, di lavoro empatico e di rete tra servizi, operatori, utenti, società e territorio. A loro volta queste prerogative si basano su doti relazionali che si devono affinare sempre di più, in proporzione al numero di pazienti seguiti e complessità delle situazioni in cui essi e le strutture a cui afferiscono si trovano.

L'importanza del lavoro svolto dai CSM risiede nel fatto che essi collegano in rete i servizi e danno un significato ai singoli interventi sul paziente e sulle strutture, monitorando i contesi e le situazioni e permettendo una presa in carico riabilitativa a 360°: medica, psicologica, educativa, economica e sociale.

Il CSM è dunque il fulcro del lavoro di rete ed i servizi che si occupa di “collegare in rete” sono quelli che verranno ora descritti.

### 4.3 L'assistenza residenziale

L'assistenza residenziale in psichiatria è principalmente rappresentata da strutture di tipo abitativo, che garantiscono una copertura assistenziale, medica, infermieristica e riabilitativa di 24h su 24h. Sono strutture **extraospedaliere**, gestite e controllate dal DSM direttamente o indirettamente dal privato sociale o imprenditoriale, con non più di **20 posti letto** (1 posto letto ogni 10000 abitanti), in cui vengono ricoverati pazienti non completamente autonomi, privi di una rete sociale e familiare di supporto adeguata, in situazioni di **acuzie o emergenza**, in alternativa al ricovero ospedaliero, o quando necessitano di assistenza protratta post-ricovero ospedaliero. L'assistenza residenziale non rappresenta una soluzione abitativa permanente e stabile. I Programmi terapeutici, riabilitativi, risocializzanti sono impostati sul **medio-lungo periodo** ed hanno scopi calibrati sull'individuo e sul sistema collettivo e sociale in cui la struttura è inserita. Principalmente si cerca di lavorare per costituire una rete di supporto sociale e familiare, per garantire opportunità di riabilitazione maggiori risulta necessario un metodo di lavoro basato sulla comprensione e sulla fiducia, quindi sulla riabilitazione di competenze ed abilità sociali e, soprattutto, comunicativo-relazionali. In contesti come le comunità terapeutiche, sono molto efficaci, per la possibilità di controllo continuativo da parte degli operatori, l'utilizzo di tecniche riabilitative continuative nel tempo (come sedute frequenti di social skills training) di cui solitamente i pazienti ricoverati beneficiano con ottimi risultati, riscontrabili a distanza di tempo.

#### **La Comunità Terapeutica "S. BONACOSSA"**

*La comunità Bonacossa è una comunità terapeutica di tipo B che ospita, in uno degli ultimi padiglioni dell'ex manicomio di Collegno, nel parco della Certosa, 17 utenti in carico ai servizi psichiatrici dell'ASL To3.*

*Il personale che opera nella struttura è composto da: O.S.S., Infermieri Professionali, Educatori Professionali, Tecnici della Riabilitazione Psichiatrica, e un Medico Psichiatra; in oltre, due psicologi si occupano del gruppo di arte terapia e dei colloqui individuali ai quali alcuni pazienti partecipano settimanalmente.*

*Le attività che caratterizzano la struttura sono: **Piscina**, il Martedì pomeriggio, **Uscita** il Mercoledì pomeriggio, **Riunione** e a seguire **Arte terapia**, il Giovedì mattina, **Pizza** il Giovedì sera:*

- *Il gruppo piscina è un momento utile sotto più punti di vista: motorio, relazionale, cura del sé sono gli aspetti su cui si lavora e che si ha la possibilità di osservare con attenzione.*
- *Le uscite sono un mezzo unico per poter valutare, all'esterno della comunità la capacità individuali e del gruppo.*
- *La riunione dà l'opportunità a tutti i partecipanti di esprimersi e discutere degli eventuali problemi. Tali dinamiche sono molto interessanti da considerare, così come il comportamento di ogni uno nei confronti dell'altro.*
- *Il gruppo di arte terapia è un momento piacevole e ben fatto in cui si ha l'opportunità di conoscere in maniera profonda chi partecipa e decide di portare un vissuto personale.*
- *La possibilità di ordinare un pizza da fuori, fa del gruppo pizza un momento di extra- ordinarietà in cui gli ospiti e gli operatori della comunità si sentono parte di un gruppo unito.*

*Non è difficile, inoltre, che gli operatori organizzino, in maniera non prestabilita, altre attività o uscite in gruppo, che proprio per la loro non programmabilità spesso risultano essere le più apprezzate e meglio riuscite poiché spesso interrompono momenti vuoti.*

*Lunedì mattina avviene la riunione degli operatori in turno, il medico, la caposala, gli psicologi ed eventualmente qualche esterno in caso di problemi particolari o presentazione casi per il futuro inserimento. Questo importante momento serve a confrontarsi e chiarire le strategie di intervento nei casi riportati, oltre che a venire a conoscenza e discutere gli avvenimenti della settimana passata e del weekend.*

*Durante questo tirocinio ho avuto modo di rapportarmi ad un'utenza con un quadro psicopatologico di gravità medio-alto, più impegnativo dal punto di vista relazionale che nel corso di altre esperienze di tirocinio. E' da aggiungere che le difficoltà relazionali nei confronti di tale utenza sono anche dovute ad una non omogeneità del personale che lavora nella struttura, e al cambiamento recente di cui sopra parlavo.*

*La vita di comunità fa sì che il tirocinante sia immerso e in maniera continua nella relazione con l'utenza: oltre ad un rapporto di relazione professionale si viene a creare una conoscenza profonda e globale di ogni aspetto della quotidianità.*

L'assistenza residenziale psichiatrica, oltre ai contesti di vita comunitari può raggiungere soluzioni originali ed altamente innovative, come testimonia l'esperienza del servizio I.E.S.A in questo Dipartimento.

### **Il Servizio I.E.S.A.**

*L'esempio meglio riuscito di quanto, in ambito psichiatrico, le condizioni di vita influenzino l'evolversi della malattia psichiatrica è appunto il servizio IESA, acronimo di **Inserimenti Etero familiari Supportati di Adulti** sofferenti di disturbi psichici.*

*Brevemente, il servizio si occupa dell'inserimento di persone, con forte disagio psichico e assenza o indisponibilità di un proprio nucleo familiare, in contesti abitativi e domestici esterni. Gli inserimenti possono essere di tipo full-time o part-time, in base alla durata della convivenza. Per chi ospita un utente del servizio sono previsti dei rimborsi.*

*Oltre ad essere una valida alternativa alle comunità terapeutiche, sicuramente più costose e meno accoglienti, sotto alcuni punti di vista, la soluzione che prospetta il servizio IESA risulta essere davvero finalizzata al reinserimento, o inserimento, familiare e, di conseguenza, socio-comunitario.*

*Le famiglie volontarie, dopo essere state reclutate, vengono fatte partecipare ad ritrovi e colloqui di approfondimento, per essere selezionate. Dopo la selezione e ripetuti incontri di conoscenza, per ogni famiglia verrà identificato un ospite idoneo alla convivenza. Non di rado l'inserimento si trasforma in una vera e propria amicizia: non sono affatto rari i casi in cui l'ospite diventi parte integrante della famiglia, come se appartenesse ad essa da sempre. Gli ospiti diventano più spesso parte integrante della famiglia, spesso sostituendo ruoli assenti nel nucleo familiare: nonni, fratelli, ma anche "solo" amici. Parlando un po' con loro si comprende come si crei tra le persone una sorta di dipendenza reciproca e positiva, poiché fa sì che*



*l'utente diventi parte integrante di una famiglia e che la famiglia lo accolga come un membro sempre appartenuto ad essa.*

*La soluzione prospettata da questo servizio, oltre ad offrire possibilità di recupero delle abilità, autonomia e riabilitazione, fa sì che l'emarginazione di cui spesso è vittima chi soffre di disturbi mentali venga, se non altro, ridotta tramite il lavoro sulla relazione familiare e la diffusione di conoscenze sulla psichiatria tra la popolazione.*

*Gli operatori che lavorano in questo servizio sono, a turno, sempre reperibili e controllano costantemente l'evolversi delle situazioni, è molto importante che essi siano sempre presenti poiché sia le famiglie ospitanti, sia gli ospiti su di essi ripongono molte aspettative. Le persone che decidono di ospitare un paziente psichiatrico, infatti, si trovano, lungo il percorso che porta alla convivenza, numerose difficoltà, che imparano a gestire con l'aiuto del personale.*

*Questo servizio si pone uno scopo assolutamente innovativo e fonte di interesse scientifico, oltre che umano e professionale: la valutazione di come la famiglia, l'ambiente circostante e le situazioni sociali possano condizionare l'evolversi della psicopatologia.*

#### **4.4 I centri semi-residenziali**

Le funzioni terapeutiche, riabilitative e risocializzanti di **medio-breve periodo** per persone dotate di autonomie sufficientemente buone sono comprese nei progetti strutturati dei servizi semiresidenziali, ovvero che coinvolgono l'utenza solo in alcuni prefissati giorni della settimana, in determinati momenti di essa. Tali progetti prevedono solitamente: **cura del sé, attività di vita quotidiana, attività riabilitative, risocializzanti**, inserimenti lavorativi, momenti dedicati al divertimento ed allo sport.

Il centro semi residenziale è un ottimo strumento nei periodi post-critici, quando si hanno serie difficoltà con la quotidianità, prima di ricominciare una vita autonoma o l'attività lavorativa, è indicata soprattutto per un'utenza dotata di casa propria o famiglia ospitante, dove possa trascorrere le notti e i giorni di non frequentazione del centro.

Il percorso in questi centri, per queste motivazioni, non può durare troppo a lungo poiché si rischia, altrimenti, che l'utenza si adagi su uno stile di vita troppo protetto e "falsificato" rispetto al mondo esterno.

### **Centro semiresidenziale "V. Chiarugi"**

*La prima cosa che si osserva arrivando al centro Chiarugi di Rivalta di Torino è che l'ambiente, è notevolmente rilassato e sereno.*

*I laboratori si svolgono in maniera assolutamente non forzata: l'aspetto casalingo, del prendersi cura della struttura, di sé e degli altri ne fa un luogo senza uguali, dove persino gli operatori e i tirocinanti godono di momenti di reale benessere. Trovo che il centro Chiarugi sia un ottimo modo per abituare l'utenza all'autonomia partendo dall'intimità domestica.*

*La relazione con gli operatori è costante e ben bilanciata, ma ridotta dal fatto che dopo cena le attività del centro terminano, i momenti di tensione sono rari e vengono risolti con colloqui individuali.*

*La dimensione ludica non manca e si passano dei momenti davvero piacevoli, in cui sembra di essere in clima di intimità familiare, dove ognuno si dà da fare per sé e per gli altri. Le attività strutturate comprendono:*

- *cucina, spesa;*
- *giardinaggio-orto-manutenzione della struttura;*
- *ginnastica;*
- *attività esterne;*
- *giochi da tavolo;*
- *cura del sé;*
- *moment liberi;*
- *visione film.*

*Chiarugi è sicuramente uno degli esempi meglio riusciti di integrazione della psichiatria nel territorio, di lavoro sulla quotidianità ed autonomia domestica.*

## 4.5 L'Emergenza Psichiatrica

In psichiatria definiamo **urgenza**, **emergenza** e **crisi** quei fenomeni che richiedono tempestivi intervento di tipo medico, curativo, riabilitativo, educativo e psicologico. Essi sono diversi tra loro nelle definizioni e necessitano ognuno di accorgimenti particolari, conoscere la loro definizione aiuta gli operatore ad intervenire nella maniera corretta.

- **Urgenza:** situazione di sofferenza psichica acuta e grave che richiede un intervento diagnostico e terapeutico immediato. I parametri reperibili nella definizione sono: *descrittivo* e *nosografico* (le acuzie psicopatologiche), quello *prognostico* (a seconda della gravità) e quello *terapeutico-riabilitativo* (in quanto necessita di trattamento immediato). Le urgenze possono essere classificate in:
  - **miste:** combinazione, di sintomi somatici e psichici acuti;
  - **pseudo-psichiatriche:** patologie somatiche che si manifestano con prevalenti disturbi psichici;
  - **pseudo-somatiche:** urgenze psichiatriche che si manifestano attraverso sintomi somatici;
  - **psichiatriche** vere e proprie.
- **Emergenza:** esprime una richiesta legata a situazioni di disagio e di disadattamento sociale, che deve trovare una risposta prima e in ogni caso al di fuori di quella psichiatrica. Nell'emergenza non si assiste tanto ad un peggioramento clinico del paziente o ad uno scompenso acuto, ma piuttosto alla rottura di un equilibrio/relazione con l'ambiente. Trattandosi di una rottura nelle relazioni l'intervento si attua fin dall'inizio in ambito allargato, verso tutti i membri interessati (famiglia, società ...).
- **Crisi:** ossia la rottura di un equilibrio, fino a quel momento relativamente stabile sia a livello individuale, sia relazionale. Condizione non propriamente psicopatologia, ma che richiede attenzione e trattamento, non rappresenta un disturbo psichiatrico ma è antecedente ad esso se la crisi non è adeguatamente risolta. La crisi è un fenomeno Positivo se espressione di un'esigenza di cambiamento con possibilità autoterapeutiche, mentre risulta

essere un fenomeno negativo quando rappresenti la rottura di un ordine preesistente, ossia un devianza dalla “normalità” socialmente accettata e riconosciuta.

### **Centro Crisi “l’Accoglienza”**

*Il centro crisi è una struttura che ha la sua principale funzione nel diminuire i ricoveri in SPDC e nelle case di cura degli utenti seguiti da questo Dipartimento. La finalità è la gestione di situazioni cliniche **subacute**, di “pre-crisi” o crisi tramite percorsi curativi, riabilitativi e risocializzanti a breve termine: massimo quattro settimane.*

*I pazienti ammessi possono essere inviati da più strutture del Dipartimento (CSM, SPDC, alloggi supportati, servizio IESA, comunità terapeutiche). Non sono ammessi pazienti in regime di TSO e/o che necessitino di contenzione, pazienti per cui sia necessario un ricovero maggiore alle tre/quattro settimane e tossicodipendenti.*

*Le funzioni del centro crisi, in generale, sono:*

- **Osservazione** diagnostica di pazienti che non richiedono trattamenti tali da rendere necessaria un’ospedalizzazione, anche a carattere volontario;
- **Accoglienza** di pazienti provenienti da situazioni ambientali transitorie e critiche che necessitano di un breve allontanamento da esse;
- **Accoglienza** di pazienti indirizzati dal CSM per far fronte a situazioni psicopatologiche che necessitano trattamenti intensivi di tipo primariamente psicologico;
- **Accoglienza** di pazienti a rischio di ricadute.

*Durante il periodo di ricovero, l’equipe multidisciplinare (composta da psichiatri, psicologi, TRP, infermieri e OSS) risponderà ai bisogni dell’utenza immergendola, in primo luogo, in un clima di vicinanza emotiva. Lo stile relazionale degli operatori ha caratteristiche di familiarità ed evita l’attuazione di modelli di tipo istituzionale-ospedaliero (ad esempio l’uso del camice).*

*Gli ospiti sono coinvolti in attività quotidiane o **gruppi riabilitativi** in modo graduale e in base alle proprie caratteristiche e all’evolversi dello stato di crisi. L’equipe fa in*

*modo che gli ospiti mantengano i contatti con l'esterno e in particolare con le strutture del dipartimento che frequentavano precedentemente.*

*In questa struttura, il lavoro fondamentale consiste nel progettare un intervento che, tenendo conto del passato e della situazione critica presente, possa evitare ricadute future. Per ogni ospite viene quindi stabilito un progetto di cura e di riabilitazione individuale, in collaborazione con l'eventuale équipe curante territoriale. Se necessario, l'ospite può usufruire di uno "spazio critico" che garantisce la possibilità di un isolamento relazionale nel quale possono intervenire solo gli operatori.*

### **Il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura**

L'unico Servizio di ricovero ospedaliero sopravvissuto alla Legge 180, parte integrante del DSM e del presidio ospedaliero, in cui ha sede, è il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura. Tale struttura si occupa prevalentemente delle situazioni di **urgenza** e, nel caso non se ne possa occupare alcuna altra struttura territoriale, anche di **emergenza**.

Il ricovero in questa struttura viene attuato per motivi di stretta necessità, quasi sempre a causa di gravi scompensi psicopatologici, che richiedono la variazione delle terapie e la monitorizzazione costante dello stato di salute psicofisico, nonché per evitare situazioni di disagio ed emarginazione sociale, agiti aggressivi auto- ed etero-diretti e possibili situazioni di pericolo sociale. In esso si attuano trattamenti psichiatrici volontari (**TSV**) ed obbligatori (**TSO**) tramite accesso diretto (dal Pronto Soccorso) o altri servizi e reparti ospedalieri che chiedano un consulto. I posti letto previsti per tale struttura sono 1 ogni 10000 abitanti e i ricoveri non sono generalmente molto lunghi, la durata media di un ricovero è variabile e dipende dai contesti in cui il ricovero avviene.

### ***Il SPDC dell' AOU San Luigi Gonzaga***

*Nell'ospedale San Luigi Gonzaga di Orbassano (TO) è attivo il Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura<sup>39</sup>, con 12 posti letto a copertura dell'intera area territoriale del*

---

<sup>39</sup> Diretto dal Prof.R.L.Picci

*Dipartimento di Salute Mentale di Collegno-Orbassano.*

*La vita di reparto è caratterizzata da tempi consolidati che si ripetono e altri legati alle necessità del momento. Tutte le mattine alle ore 9 circa si verifica la riunione dell'équipe curante al completo e prende in esame prevalentemente la condizione clinica, terapeutica e progettuale dei pazienti in reparto nel giorno specifico di riferimento. La durata dell'incontro è solitamente compresa in un'ora. Alle ore 7e30, 14e30 e alle 20e30, orari del cambio turno del personale infermieristico ed OSS, avvengono invece i passaggi di consegna tra infermieri i quali rimandano i concetti emersi in mattinata e riunione e annotano ulteriori notizie da segnalare nella riunione successiva.*

*Nel corso della mattinata avvengono i colloqui medici e psicologici e si organizzano brevi uscite nei locali dell'ospedale, accompagnati dagli infermieri i pazienti che possono uscire accompagnati hanno così modo di uscire per qualche minuto dal reparto. Tale compito è spesso condotto dai tirocinanti Tecnici della Riabilitazione Psichiatrica che in tali momenti si ricavano un ottimo momento di condivisione ed osservazione degli utenti all'esterno del contesto specifico di reparto. Uscire per raggiungere il bar o il tabaccaio offrono la possibilità di osservare come i pazienti comunichino con le persone al di fuori del reparto, come si muovano, se siano orientati nel tempo e nello spazio, se siano in grado di gestire i rapporti tra di loro nel fare gruppo, di curare minimamente l'aspetto e il vestiario prima di uscire, se posseggano competenze relazionali sufficienti al vivere sociale.*

*La scarsa attenzione a tali tipi di competenze in ambienti ospedalizzati è a mio giudizio una delle cause di maggior fallimento di progetti post-ricovero, dopo le dimissioni dal reparto. La psicopatologia e la farmacoterapia, sono infatti fattori determinanti, ma non sufficienti di per sé all'esito positivo di qualsivoglia progetto riabilitativo. Bisognerebbe infatti porre maggiore attenzione a fornire, mantenere o migliorare le competenze relazionali e comunicative minime che aiutino il paziente nelle interazioni sociali, spesso non soddisfacenti e causa di disagio anche in contesti di cura e riabilitazione non territoriale.*

*Per tale motivo, questo SPDC sta vedendo un notevole interesse, da parte di tutta l'équipe curante, nell'inserimento di attività e gruppi terapeutico-riabilitativi condotti da psicologi, psicomotricisti e TRP che, oltre ad occupare il tempo dei*

*pazienti ricoverati, li vedono protagonisti di attività che li aiutano e li motivano alla comunicazione ed alla relazione con gli altri, nonché all'espressione del proprio malessere ed alla condivisione di questo tramite attività come: **arteterapia** e **rilassamento**, in collaborazione con il servizio delle terapie espressive, e **gruppi discussione e psicoeducazionali**, i quali forniscono anche indicazioni all'utenza sul significato del ricovero in tale contesto e su ciò che essi possono trarre da questo particolare momento della loro vita.*

*Tali gruppi, permettono all'operatore che li conduce, ma anche a chi li frequenta (operatori e tirocinanti) di considerare dei notevoli miglioramenti, rispetto ad altri momenti della stessa giornata in reparto. In questi momenti si crea un clima intimo e di serenità in cui gli utenti si esprimono liberamente e con fiducia nei confronti dell'intero gruppo, svelando aspetti del loro essere che in nessun altro modo potrebbero emergere.*

Per concludere, ritengo riaffermare che il ruolo del Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica, in tutte le strutture visitate, può verosimilmente divenire fondamentale nel processo di riabilitazione di molti pazienti che necessitano di professionisti in grado di renderli protagonisti di un processo di recupero (incentrato sulle reali necessità non solo cliniche, ma anche sociali e relazionali) spesso ancora troppo teorico, ma che ha ottime possibilità di impraticarsi con la esercizio di questa nuova figura professionale.

L'esperienza dimostra come la relazione possa rappresentare l'apice di qualsivoglia intervento riabilitativo e come la figura del T.R.P possa essere utilizzata nell'organizzazione e gestione di servizi innovativi e moderni, realmente basati sulle esigenze di un'utenza sempre diversa che non può più essere paragonata alla popolazione che fino a circa due decenni fa affollava i manicomi.

## **Capitolo V**

### **IL PROGETTO PILOTA: “CI VOREBBE UN AMICO”.**

#### **5.1 II “Facilitatore della relazione”**

La teoria a cui si rifà questa tesi di laurea trova il suo compimento pratico specifico nell’ambito di un progetto pilota unico nel suo genere, cui ho preso personalmente parte, svoltosi nei Dipartimenti di Salute Mentale Interaziendali di Rivoli-Venaria e Collegno-Orbassano dell’ASL TO3 in collaborazione con l’AOU S. Luigi Gonzaga di Orbassano (TO) negli anni 2009-2010: “Ci Vorrebbe un Amico”, corso di formazione per volontari in ambito psichiatrico. Il corso per: *Facilitatore della Relazione* in salute mentale.

Lo scopo del progetto pilota è stato quello di dare origine ad un corso per formare e rendere consapevolmente disponibili all’attività pratica di volontariato in ambito psichiatrico persone non specificatamente conoscenti, parenti o amici degli utenti psichiatrici, ma semplicemente interessate a conoscere e a rendersi utili nel vasto e non facile campo della salute mentale. Sebbene il titolo di riferimento rimandi all’amicizia, lo scopo non era naturalmente quello di “educare” all’amicizia, ma semplicemente guidare alla relazione d’aiuto persone disponibili al volontariato. Dunque si è scelta la definizione particolarmente evocativa di “Facilitatore della Relazione”, che indica appunto un accompagnatore, un aiutante delle abilità relazionali, ritenendo queste un indiscutibile mezzo non solo di benessere temporaneo, di compagnia passeggera (che comunque non rappresentano finalità di poco conto), ma mezzo vero e proprio di riabilitazione in campo psichiatrico e sociale.

In generale, si sono selezionati e formati volontari disponibili al coinvolgimento in una relazione d’aiuto non professionale con utenti selezionati dei servizi per la Salute Mentale di questi Dipartimenti. Si auspicava che nell’instaurarsi di tale tipo di relazione venisse mantenuta una distanza emotiva tale da permettere ai volontari di condividere con gli utenti alcune esperienze della vita quotidiana, specificatamente



finalizzate al miglioramento delle capacità di comportamento socio-relazionale, con lo scopo di essere una figura non appartenente all'équipe terapeutica, ma neanche alla rete sociale primaria, come la famiglia di provenienza.

### **Le motivazioni e le caratteristiche del progetto**

Si cercherà ora di spiegare il senso della proposta di un nuovo corso di volontariato, nonostante già tanti siano stati organizzati, anche in contesti differenti, e cosa differenzia “Ci Vorrebbe un Amico” da altre esperienze apparentemente simili.

E' stato specificato che i volontari non appartenessero a reti primarie di conoscenza dell'utenza psichiatrica, poiché non mancano, all'interno di questo territorio, esperienze di volontariato condotte da gruppi di parenti<sup>40</sup> o amici di utenti psichiatrici, oltre alle importantissime e ormai note esperienze di Auto Muto Aiuto<sup>41</sup> di pazienti e familiari; mentre difettavano, più precisamente, esperienze di volontariato, per così dire, “neutro”, ovvero costituito da persone motivate all'attività da ragioni esterne a coinvolgimenti di tipo personale o familiare (quali, ad esempio, avere un malato in famiglia). Qualora questo avvenisse, ovvero si presentasse un volontario coinvolto in una situazione di personale conoscenza della patologia psichiatrica, o “familiarità, l'attività da lui condotta in questo progetto esulerebbe dalle esperienze personali, indirizzandosi verso utenti diversi, da lui prima non conosciuti. Tale caratteristica vuole essere la peculiarità di questo progetto, che non vuole confondersi o “rubare il campo” d'intervento e ben più note esperienze di volontariato in ambito sanitario in generale e psichiatrico in particolare.

Tale prerogativa ha fatto sì che ci si impegnasse a formare persone che rappresentassero un “valore aggiunto”, una forza in più, oltre che per i gruppi di familiari e amici dei pazienti, anche per gli operatori professionali che lavorano nei servizi di salute mentale in cui i volontari sono stati inseriti dopo il periodo di formazione.

---

<sup>40</sup>In questo contesto vanno inoltre segnalati i gruppi psico-educazionali per genitori di utenti del Dipartimento che si tengono regolarmente nei CSM del Dipartimento, e nella AOU San Luigi Gonzaga .

<sup>41</sup>Un gruppo AMA ben nutrito, gestito da volontari, spesso parenti di pazienti psichiatrici, in questo Dipartimento appare essere quello di Venaria.

All'esterno di questo dipartimento, l'associazione *Di.A.Psi* con sede a Torino rappresenta un "polo" per il volontariato e l'aiuto in campo psichiatrico, a cui possono aderire anche coloro che non vivono in prima persona il disagio psichico. Tuttavia, la storia dell'origine dell'associazione rimanda a gruppi di familiari di utenti psichiatrici, successivamente allargatosi agli esterni nel corso degli anni; dunque come ideologia e concetto di base risulta essere molto distante da ciò che si è prefissati in questo progetto, in cui lo sviluppo delle attività di volontariato è incentrato sulle necessità dell'utenza dei Centri di Salute Mentale sotto la guida costante di chi lavora nel campo psichiatrico in qualità di operatore. Appare allora chiaro che, laddove vi fossero delle similitudini a livello di applicazione teorica dei corsi, molto diverse appaiono essere le motivazioni, il contesto e l'ideologia con cui questo progetto è stato pensato.

"Ci Vorrebbe un Amico" è stato progettato come uno *strumento* nuovo, una risorsa non ancora presente in questi Dipartimenti e difficilmente riscontrabile altrove nello specifico campo della salute mentale. Esperienze analoghe si possono osservare invece in altri tipi di volontariato di tipo non psichiatrico, per esempio nell'assistenza del malato cronico o in fase terminale, in ospedale o al domicilio<sup>42</sup>.

L'intervento dell'Università degli Studi di Torino<sup>43</sup> ha caratterizzato l'esperienza sotto i profili teorici e pratici, promuovendo altresì la diffusione della cultura che circonda l'attenzione per la salute mentale e la psichiatria, intesa come campo d'intervento non solo medico, ma anche sociale, politico e culturale.

## **5.2 La strutturazione**

E' utile, a questo punto, descrivere nei dettagli come il progetto si sia articolato nella sua lunga ed elaborata progettazione. La strutturazione attenta e meticolosa di questa ha permesso un'articolazione puntuale e senza particolari intoppi dell'attività pratica successiva.

---

<sup>42</sup> Ci si riferisce qui ad associazioni di assistenza intraospedaliera come la AVULS.

<sup>43</sup> Il Facoltà di Medicina e Chirurgia San Luigi Gonzaga di Orbassano, rappresentato nella persona dell'organizzatore prof. R.L. Picci.

### **Il contesto in cui si inserisce il progetto**

Abbiamo precedentemente avuto modo di descrivere in quale maniera, dopo la chiusura degli Ospedali Psichiatrici, i Dipartimenti di Salute Mentale delle Aziende Sanitarie Locali siano stati gli organi designati al trattamento ed alla riabilitazione delle persone affette da disturbi mentali (siano essi moderati, lievi e gravi). Tra i pazienti, coloro che sono affetti da malattie mentali gravi rappresentano circa il 20% degli utenti dei DSM ed è possibile osservare come oltre la metà di essi non sia provvisto di una rete di supporto familiare sufficiente per superare efficacemente il disagio sociale e relazionale che molto spesso accompagna la malattia psichiatrica, peggiorandone sintomatologia e decorso. Pertanto, uno dei principali obiettivi del processo riabilitativo è quello di limitare le conseguenze della patologia sul ritiro e sul funzionamento sociale. A tale scopo vengono impiegati, in combinazione tra loro, trattamenti di tipo farmacologico, psicoterapeutico, psicopedagogico e riabilitativo, in cui rientrano i programmi per l'acquisizione ed il mantenimento di abilità sociali specifiche e generiche: inserimenti lavorativi, educazione all'igiene personale, acquisizione di capacità relazionali, gestione del denaro e così via.

L'affiancamento relazionale (nel tempo libero, o in semplici incombenze quotidiane) è una funzione svolta per lo più dai familiari dei pazienti o da conoscenti, in maniera più o meno consapevole e produttiva. Tuttavia, l'attuale composizione dei nuclei familiari, gli impegni lavorativi dei loro componenti e le dinamiche emotive impediscono sovente l'individuazione di persone che abbiano il tempo di svolgere con costanza tale funzione, anche per un periodo di tempo predeterminato. L'effettuazione di questi compiti da parte di professionisti dell'équipe può realizzarsi solo nelle fasi di minore compenso psichico, ovvero per quei pazienti meno capaci, in determinati momenti di malattia o che non riescono a raggiungere un sufficiente grado di autonomia. Questo avviene anche per ragioni di scarsa disponibilità del personale sanitario e di risorse del servizio, non sempre sufficienti a garantire questo tipo di attività.

Inoltre, molto spesso persone ed informazioni esterne all'ambiente sanitario vengono a disturbare i percorsi di cura, facendo sì che le resistenze al trattamento (già presenti, in ogni caso) da parte del paziente e del contesto si rinforzino, aumentando

la diffidenza nei confronti dei “luoghi delle cure”, comunità e centri di salute mentale, e dei “mezzi delle cure”, ovvero gli psicofarmaci e le attività riabilitative. Ciò fa sì che, soprattutto nelle fasi di “compenso” dalla malattia psichiatrica, gli utenti siano maggiormente suscettibili a ricercare l'autonomia dalle cure e allontanarsi da esse, salvo poi fare ritorno in situazioni di franco scompenso e stato di malessere: il rischio di tale *iter* è davvero elevato.

In questo contesto e clima culturale l'intervento di persone che confermino le informazioni scientificamente corrette, senza essere parte dell'équipe curante, ma in collaborazione con la stessa, può limitare gli insuccessi determinati dalle scarse capacità volitive dei pazienti e dello stesso contesto in cui vivono quotidianamente. Per queste ragioni, nel percorso riabilitativo, è utile e necessario l'intervento di persone volontarie, ma consapevoli e formate, che aiutino l'utente in alcuni aspetti delle relazioni sociali, senza che egli si “allontani” arbitrariamente dal trattamento terapeutico e riabilitativo e dal servizio psichiatrico.

### **Gli obiettivi generali**

L'obiettivo preposto è stato attuare a livello di progetto Pilota il primo corso di formazione per “Facilitatore della Relazione”. Si tratta di una figura capace di affiancare il paziente in situazioni che richiedono competenze relazionali, che egli non riesce ad utilizzare, in modo temporaneo o permanente. Opera sia con azioni che mediano il rapporto tra il contesto ed il paziente, sia con comunicazioni verbali che aiutino il soggetto a decifrare e comprendere la realtà e viceversa.

La sua caratteristica di non essere un tecnico della Psichiatria, pur operando in sinergia con équipe ed operatori psichiatrici, lo rende “fruibile” dal paziente in modo significativamente diverso, in quanto si tratta di una figura che appartiene al mondo della normalità, dal quale il paziente si sente spesso distante, se non addirittura allontanato. I suoi suggerimenti, quindi, possono essere più graditi al paziente, in quanto più simili ai consigli di un *amico* che alle prescrizioni di uno specialista. La stessa funzione di mediatore può essere svolta nei confronti dei familiari del paziente, favorendone la collaborazione con i curanti.

Come sopra detto, il profilo del *facilitatore* non deve sovrapporsi a quello delle numerose figure professionali già presenti nei servizi psichiatrici (infermieri

professionali, educatori professionali, tecnici della riabilitazione psichiatrica). Egli deve riuscire ad utilizzare le competenze relazionali sufficienti ad accompagnare il paziente nel contesto di un programma terapeutico-riabilitativo, per un periodo di tempo stabilito, stimolandolo all'autonomia, alla consapevolezza del proprio disturbo, ma anche della propria dignità e diritto al vivere sociale ed alla cittadinanza.

Un punto non trascurabile del progetto pilota è rappresentato dall'opera di pubblicizzazione dell'esperienza che è stata realizzata (grazie al fondamentale contributo dell'Università degli Studi di Torino e l'intervento del Rotary Club Torino), cercando di lavorare molto sulla sfera riguardante il pregiudizio, lo "stigma" che ancora accompagna nel contesto culturale e sociale il disagio psichico in generale. Il corso di facilitatore si pone dunque anche l'obiettivo fondamentale di diffondere idee e conoscenze corrette della patologia e della salute mentale, intesa come servizio alla persona.

Il valore terapeutico dell'esperienza è garantito dalla supervisione delle équipes dei Centri di Salute Mentale, alle quali è richiesto l'approntamento degli obiettivi e la valutazione dei tempi e dei risultati specifici per ciascun intervento. Inoltre, l'evolversi per intero del progetto è stato pianificato e monitorato costantemente dagli organizzatori del programma.

### **Gli organizzatori del progetto**

Prima di addentrarsi nella descrizione pratica del modo in cui tale progetto è stato realizzato, è giusto citare tutti coloro che lo hanno reso possibile.

#### **COMITATO PROMOTORE E GARANTE DEL PROGETTO:**

**Dott. Enrico Zanalda** (direttore del Dipartimento di Salute Mentale di Rivoli, ASL TO3);

**Prof. Rocco Luigi Picci** (Università degli studi di Torino, Facoltà di Medicina e Chirurgia San Luigi Gonzaga di Orbassano, responsabile del SPDC, AOU San Luigi Gonzaga);

**Dott. Sergio Chiaberto** (Rotary Club Torino Ovest);

**Dott. Franco Bellomo** (Rotary Club Torino Ovest);

**Dott. Gianni Montalenti** (Rotary Club International).

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA DEL PROGETTO:

**Sig.ra Pina Piroli** (Associazione San Luigi Gonzaga Onlus);

Hanno svolto il ruolo di tutor dei volontari:

**Sig.ra Chiara Reggiani** (studentessa C.d.L. in Tecnica della Riabilitazione Psichiatrica, III anno);

**Sig. Daniele D'Ursi** (studente C.d.L in Tecnica della Riabilitazione Psichiatrica, II anno)<sup>44</sup>.

COMITATO SCIENTIFICO DELLA FORMAZIONE

**Prof. Pier Maria Furlan** (Università degli studi di Torino, Facoltà di Medicina e Chirurgia “San Luigi Gonzaga” di Orbassano);

**Prof. Rocco Luigi Picci** (Università degli studi di Torino, Facoltà di Medicina e Chirurgia “San Luigi Gonzaga” di Orbassano, responsabile del SPDC AOU San Luigi Gonzaga);

**Dott. Enrico Zanalda** (direttore del dipartimento di Salute Mentale di Rivoli, ASL TO3);

**Dott.ssa Loredana Cutrone** (responsabile del SPDC Rivoli, Dipartimento di Salute Mentale di Rivoli, ASL TO3).

Il progetto non avrebbe mai potuto essersi articolato senza il contributo di finanziatori, i quali non solo hanno elargito somme di denaro, ma sono anche intervenuti negli aspetti organizzativi e tecnici, con un apporto che è risultato senza ombra di dubbio indispensabile. Non ultimo, la copertura dei costi della campagna pubblicitaria e dell'assicurazione, necessaria affinché i volontari potessero svolgere con serenità le attività designate per un intero anno solare.

SPONSORS DEL PROGETTO:

**Rotary Club Torino Ovest;**

---

<sup>44</sup>In allegato (n.1) è possibile consultare i momenti che mi hanno visto impegnato nella realizzazione di questo progetto nel corso degli anni 2009 e 2010.

**Rotary Club International;**

**Regione Piemonte** (tramite Bando Ricerca Sanitaria Finalizzata);

**Gruppo Reale Mutua Assicurazioni;**

**Fondazione Cassa di Risparmio di Torino;**

**Associazione San Luigi Gonzaga ONLUS**, che ha partecipato al progetto inserendolo nelle iniziative di *empowerment* a favore della salute mentale.

## **5.2 Lo svolgimento**

Il progetto ha visto impegnati gli organizzatori dalle primissime fasi sino alle battute finali, nel senso che, mancando analoghe esperienze nei Dipartimenti interessati, ma anche al di fuori, da cui trarre ispirazione nella realizzazione concreta, si è dovuto costruire un percorso *ex novo*, partendo dalle premesse teoriche.

Le fasi in cui si è articolato il progetto nella pratica sono le seguenti, raggruppabili in quattro ambiti: I) Organizzazione; II) Sensibilizzazione; III) Formazione; IV) Applicazione.

### **Fase I: Organizzazione.**

Il progetto ha avuto, in primissima istanza, una lunga approfondita elaborazione organizzativa, che ha permesso tramite numerosi incontri con gli sponsor e i garanti dell'iniziativa di delineare, nel concreto, obiettivi e risvolti della pratica del volontariato e anche di realizzare, partendo da delle idee, un'organizzazione effettivamente funzionante. Sono state analizzate e discusse liberamente le teorie di riferimento per organizzare al meglio le attività di diffusione dell'iniziativa.

Molto accurato è stato il processo che ha condotto alle scelte grafiche<sup>45</sup> per quanto riguarda gli eventi pubblicitari e la modulistica. Grazie al contributo dell'agenzia pubblicitaria *MAILANDER- Progetti di Comunicazione*, indicata dal Gruppo Reale Mutua Assicurazioni è stato creato il "Piano di comunicazione di Ci Vorrebbe un Amico" tramite il quale si è operata la creazione di spazi pubblicitari, della grafica specifica, della strategia di pubblicizzazione e di divulgazione delle informazioni al

---

<sup>45</sup> La grafica specifica è osservabile nei documenti nell'allegato n.2.

pubblico. Sono stati stampati, in elevato numero, locandine, poster pubblicitari e depliant da diffondere. Aver potuto contare su una produzione grafica e pubblicitaria di elevata professionalità, ha caratterizzato questa esperienza ed ha garantito il suo successo.

## **Fase II: Sensibilizzazione**

Nei mesi di settembre e ottobre del 2009 sono state compiute azioni di tipo informativo e pubblicitario, tramite, la diffusione di locandine e depliant e il coinvolgimento dei mezzi di informazione.

Tramite una conferenza stampa, tenutasi il 21 settembre 2009 presso il Rettorato dell'Università degli studi di Torino (alla presenza del Magnifico Rettore dell'Università degli Studi di Torino, Prof. Elio Pelizzetti e il Preside della Facoltà di Medicina e Chirurgia del San Luigi Gonzaga di Orbassano, Prof. Pier Maria Furlan, oltre all'intero comitato scientifico e organizzativo e agli sponsors del progetto) è stato ufficializzata la campagna di reclutamento volontari.

I mezzi principalmente coinvolti nella pubblicizzazione del progetto sono stati:

- **internet:** tramite “siti” come quello del San Luigi Gonzaga, sia universitario che ospedaliero, e quello dell'ASL TO3), *facebook* (tramite un gruppo di contatti), *MSN* (è stato creato un indirizzo di posta elettronica e di *istant messenger*) e locandine telematiche;
- **carta stampata:** spazi pubblicitari sui quotidiani *La Repubblica*, *Il Giornale*, *La Stampa*;
- **televisione:** sono stati effettuati servizi su *TG 3 Piemonte* e *Torino Sette*;
- **volantinaggio e affissione di locandine** presso luoghi di aggregazione, quali biblioteche, scuole, università, circoli ricreativi, letterari e sportivi, ospedali e servizi psichiatrici;

In questa prima fase è stato ampiamente diffuso il progetto del corso, sottolineando le caratteristiche del ruolo del volontario “facilitatore della relazione” (veicolando, in tal modo, un importante messaggio contro il pregiudizio e lo “stigma” della malattia



mentale). Lo stesso lavoro di informazione è stato condotto nei CSM, scelti per l'inserimento dei volontari per l'attività pratica di volontariato.

Tramite internet, telefonate ed incontri frontali, avvenuti principalmente nei mesi di settembre e ottobre nella sede della Clinica Psichiatrica del San Luigi Gonzaga ad Orbassano, sono stati pre-selezionati i volontari, secondo criteri quali: età, disponibilità emotiva, disponibilità di tempo e soprattutto interesse verso le tematiche proposte. Essi erano informati che l'attitudine sarebbe stata ulteriormente valutata durante le lezioni teoriche e l'attività pratica nei CSM.

### **Fase III: Formazione**

Questa si è sviluppata in due momenti fondamentali: le lezioni teoriche (settembre – novembre 2009) e l'attività di “tirocinio” (da dicembre 2009 a marzo 2010), durante la quale i volontari sono stati inseriti nelle équipes dei CSM prescelti.

I volontari selezionati hanno partecipato a tre lezioni teoriche, con cadenza bisettimanale, svolte da docenti universitari e personale con notevole esperienza formativa, con l'ausilio di materiale cartaceo e informatico multimediale presso la Clinica Psichiatrica dell'Azienda Ospedaliera Universitaria San Luigi Gonzaga di Orbassano (TO).

**1^ Giornata** (10 Ottobre 2009): *“Comunicazione e relazione con il paziente psichiatrico”* (condotto dalla Dott.ssa Loredana Cutrone). In tale contesto i volontari sono stati guidati, in una lezione teorica e interattiva, a comprendere i meccanismi entro cui comunicazione e relazione si attuano e l'importanza che tali aspetti rivestono in generale nei comportamenti sociali umani e nello specifico nel campo della Salute Mentale.

In questa giornata si è anche conclusa la campagna pubblicitaria del progetto, con la divulgazione, tramite uno spazio pubblicitario di mezza pagina su *La stampa, Il Giornale e La Repubblica*, che annunciava l'inizio del corso teorico<sup>46</sup>.

**2^ Giornata** (24 Ottobre 2009): *“Espressività psicopatologica dei disturbi mentali gravi”* (condotto dal Prof. Rocco Luigi Picci). La lezione, in questo caso, ha fornito ai volontari le principali basi teoriche per conoscere l'espressività dei principali

---

<sup>46</sup>Documento in formato grafica originale consultabile in Allegato n. 3.

disturbi psicopatologici: allo scopo di mantenere vivo l'interesse e fornire spunti di riflessione sugli argomenti, che potessero tornare utili nella pratica di volontariato, è stato utilizzato uno strumento multimediale in grado di riprodurre brani di film della cinematografia mondiale, rappresentativi dei disturbi psichiatrici.

**3^ Giornata** (7 Novembre 2009): “*Organizzazione e funzionamento dei Dipartimenti di Salute Mentale*” (condotto dal Dott. Enrico Zanalda). La terza ed ultima giornata di lezione ha visto i volontari occuparsi, sotto la guida dell'esperto, della complicata organizzazione dei servizi per la salute mentale, della psichiatria e del contesto in cui essa è inserita. Ciò è servito ai discenti per avere un'idea più precisa dei servizi in cui avrebbero da lì a poco esercitato la opera di aiuto e supporto.

Gli obiettivi generali delle tre giornate erano quelli di fornire conoscenze di base sui disturbi mentali gravi, sulla normativa nell'ambito della salute mentale e del volontariato, sulle tecniche relazionali e comunicative utili per “facilitare” la relazione con gli utenti psichiatrici, affinché i volontari acquisissero quelle nozioni generali che avrebbero permesso loro un approccio più consapevole all'attività pratica. Il corso non è stato certo sufficiente dal punto di vista teorico e nozionistico, poiché pochi sono stati gli incontri, rispetto alla complessità delle tematiche affrontate, ma quanto meno ha rappresentato una fonte di informazioni basilari e di riflessione e stimolo di interesse. Per tale motivo, è stato consegnato adeguato materiale teorico cartaceo e informatizzato<sup>47</sup>.

L'altro obiettivo delle lezioni teoriche è stato conoscere meglio i volontari per poter valutarne l'attitudine all'attività di volontariato.

Per verificare che gli obiettivi fossero stati raggiunti, è stato condotto un “*Incontro di verifica*” il giorno 28 novembre 2009, per ulteriori spiegazioni teoriche, la verifica di comprensione degli argomenti trattati e la discussione su eventuali spunti di riflessione emersi dal gruppo (condotto da Chiara Reggiani e Daniele D'Ursi).

Durante il corso delle tre lezioni teoriche il gruppo di volontari è stato valutato attentamente e alcuni aspiranti sono stati poi convocati individualmente al termine

---

<sup>47</sup> Il CD Rom “*Immaginario di Psicopatologia*” di Furlan e Picci, One Way, Milano 2006 e dispense sugli argomenti trattati nelle lezioni.

dell'ultima lezione e inviati a presentarsi a un successivo corso per *facilitatore della relazione*, in quanto al momento ritenuti non idonei<sup>48</sup>.

Sono seguiti successivamente due incontri, richiesti espressamente dai volontari, nei giorni 30 gennaio e 24 aprile 2010, che come obiettivi hanno avuto il ripasso della teoria e il confronto sull'avvio dell'attività pratica, tramite il racconto di esperienze concrete e rimandi da parte dei professionisti di quello che era, man mano che si sviluppava, la loro esperienza di tirocinio nei CSM.

L'inserimento nelle équipes dei Centri di Salute Mentale per l'inizio dell'attività pratica di tirocinio è dunque iniziato nel mese di dicembre 2009, durante il quale sono stati condotti numerosi momenti di confronto al fine di favorire l'inserimento in maniera ottimale.

In questa fase gradualmente è dunque avvenuta la conoscenza dell'utenza dei centri e del personale, il tutto sotto il continuo controllo delle équipes curanti e della segreteria organizzativa.

L'attività di tirocinio si è conclusa a fine Marzo 2010.

#### **Fase IV: Applicazione.**

L'avvio dell'attività di "facilitatori della relazione" è avvenuta definitivamente nel mese di aprile 2010 all'interno di strutture facenti capo ai CSM frequentati nel periodo precedente, di "tirocinio", con utenti selezionati ed adeguatamente informati dell'attività. Le équipes dei CSM hanno svolto attività di supervisione, insieme alla segreteria organizzativa, progettando sin dall'inizio strategie, progetti ed obiettivi, durata e conclusione del rapporto, nonché il monitoraggio dello stesso tramite verifica della soddisfazione, *in primis* dell'utenza, poi dei volontari e quindi degli operatori.

Ogni due mesi sono stati progettati e svolti incontri con le équipes ed i volontari inseriti, per confrontarsi sull'attività pratica (tempi, modi, orari e risorse), che ha avuto modo di articolarsi in maniera autonoma, secondo le esigenze dello specifico

---

<sup>48</sup> Si è ritenuto di procedere ad un'ulteriore selezione a questo punto del corso per non creare false aspettative nei partecipanti al corso che non avrebbero potuto svolgere l'attività pratica per svariati motivi personali.

centro, dell'utenza e dei singoli volontari, con l'intermediazione minima della segreteria organizzativa, la quale si è occupata di gestire invece tutte le pratiche burocratiche riguardanti la gestione dei dati personali e l'elaborazione dei dati raccolti con l'evolversi dell'esperienza, nonché della copertura assicurativa, erogata definitivamente dalla Reale Mutua Assicurazioni per l'intera durata delle attività di volontariato (per altro, ad un prezzo molto favorevole per l'associazione di riferimento e assolutamente a costo zero per i volontari).

La segreteria organizzativa ha inoltre gestito i rimborsi di spese extra quali: allestimento di momenti e cerimonie inerenti il progetto e rimborso delle spese effettuate dai volontari.

#### **5.4 Analisi dei dati e considerazioni pratiche**

##### **I volontari**

I contatti ricevuti da svariate persone, dopo la lunga campagna di pubblicità ed informazione del progetto, sono stati una trentina circa, la maggior parte telefonici e altri tramite E-mail. A tutti i contatti sono state fornite informazioni esaustive e dettagliate sul progetto.

Di queste un buon numero (circa un terzo) voleva solo avere informazioni generiche; così le persone inizialmente selezionate tramite colloquio telefonico, prima, e quindi colloquio "vis à vis" dopo, sono state complessivamente diciotto. Esse si sono presentate presentarsi all'incontro per la selezione e hanno compilato un modulo<sup>49</sup> *di conoscenza*, scaricabile tramite internet dai link pubblicitari del progetto o fornito direttamente da noi. Anche grazie alla lettura e alla compilazione del modulo, si è potuto realizzare un incontro dinamico e di reciproca conoscenza tra i selezionatori e gli aspiranti volontari, i quali potevano esprimere liberamente tutte le domande che ritenevano, per capire fino in fondo che cosa proponesse il corso.

Le caratteristiche generali del gruppo selezionato erano le seguenti: età media di 44 anni; per la maggior parte di sesso femminile, due soli uomini; tutti gli aspiranti volontari risiedevano nella provincia di Torino: in gran parte nel territorio coperto

---

<sup>49</sup>Consultabile in allegato n.4 la scheda compilativa di adesione obbligatoria per gli aspiranti volontari.

dal servizio dell'Asl To3 (in particolare nel territorio di Rivoli-Venaria). Tutti e diciotto, con l'eccezione di uno (con un livello di istruzione elementare) avevano un livello culturale di istruzione superiore, due erano in possesso di laurea. Cinque di loro erano pensionati, cinque lavoratori dipendenti, la restante parte studenti (tre universitari, tre di scuola superiore)<sup>50</sup>. La maggior parte di loro era venuto a conoscenza del progetto tramite le pubblicità sui media<sup>51</sup>.

La motivazione e l'interesse verso l'ambito psichiatrico accomunava il gruppo, come si presumeva che fosse.

Si sono potuti individuare tre macro-gruppi a seconda dei motivi di interesse che li hanno spinti ad aderire al progetto<sup>52</sup>:

**1° gruppo:** interessati all'attività in quanto studenti, lavoratori o ex lavoratori in ambito socio-assistenziale (educatori professionali, infermieri professionali, operatori di servizi sociali, psicologi);

**2° gruppo:** coinvolto già in altre attività di volontariato (gruppi di Auto Muto Aiuto, AVULS, volontari in ambito religioso di Lourdes)<sup>53</sup>;

**3° gruppo:** ha avuto modo di conoscere di persona la patologia psichiatrica tramite esperienze dirette, di familiari o riferite da terzi. Consentire a queste persone di partecipare è stato considerato un modo efficace per combattere lo "stigma" che accompagna la malattia mentale, permettendo che pregresse esperienze esterne potessero essere condivise dallo stesso gruppo, sempre con attenta supervisione da parte dei responsabili.

Al termine delle lezioni teoriche, il gruppo ammesso a sostenere il tirocinio pratico si è ridotto a undici persone, da un lato perché alcune si sono rese conto di non avere abbastanza disponibilità di tempo o risorse sufficienti da dedicare ad un'attività che

---

<sup>50</sup>In allegato (n.5) è possibile osservare i dati in maniera sintetica che vengono descritti nel corso del paragrafo: a) Titolo di Studio;

<sup>51</sup>In allegato (n.5) è possibile osservare i dati in maniera sintetica che vengono descritti nel corso del paragrafo: b) mezzi di conoscenza del progetto;

<sup>52</sup>In allegato (n.5) è possibile osservare i dati in maniera sintetica che vengono descritti nel corso del paragrafo: c) motivazione e esperienze nell'ambito;;

<sup>53</sup> Bisogna precisare che nella selezione di volontari provenienti da altre realtà è stato fatto in modo che essi non ricostruissero il gruppo originario.

si andava dimostrando piuttosto impegnativa, dall'altro perché alcuni candidati, osservati durante lo svolgimento delle lezioni, non sono stati ritenuti idonei a proseguire. Di queste, dieci persone hanno effettivamente partecipato all'incontro di confronto finale e successivamente alle attività di preparazione al volontariato<sup>54</sup>.

I risultati al test di "verifica finale"<sup>55</sup> sulla conoscenza della teoria sono stati molto buoni, dal momento che il punteggio medio è stato di 7 su 9.

Anche il livello di soddisfazione delle lezioni teoriche, valutato nell'ambito del medesimo test, è stato molto alto: 9 persone su 10 hanno dichiarato una buona soddisfazione, con la richiesta di una esercitazione pratica e un momento di confronto ed approfondimento, successivamente effettuata dai tutor del progetto.

## **I CSM**

I CSM, selezionati anche per vicinanza territoriale ai domicili dei volontari, sono stati quelli di Rivoli e Venaria, appartenenti entrambi al Dipartimento di Salute mentale di Rivoli<sup>56</sup> all'interno dell'ASL TO3. Ad ognuno di questi è stato affidato un gruppo formato da cinque volontari e un tutor (per quello di Venaria, Chiara Reggiani; per quello di Rivoli, Daniele D'Ursi). Come precedentemente detto, è stata lasciata autonomia agli operatori dei CSM di decidere le modalità di integrazione dei volontari all'interno delle attività: a Venaria sono stati inseriti direttamente in attività domiciliari, nell'ambito di rapporti con singoli utenti; nel centro di Rivoli i volontari hanno partecipato ad attività di gruppo come danza-terapia e gruppo biblioteca. Anche per quanto concerne gli impegni di tempo, volontari ed operatori hanno potuto articolare l'attività di volontariato in base alle esigenze personali loro e degli utenti coinvolti. In linea di massima, comunque, le attività di volontariato hanno impegnato circa due-tre ore in un giorno della settimana, compreso il fine settimana, nei casi in cui i volontari non fossero disponibili, per impegni di lavoro, in altri giorni.

---

<sup>54</sup> In allegato (n.5) è possibile osservare i dati in maniera sintetica che vengono descritti nel corso del paragrafo: d) partecipanti che hanno svolto l'attività pratica.

<sup>55</sup> Il test somministrato per evidenziare lacune nell'apprendimento dei concetti teorici sopra esposti, ed i rispettivi risultati, con le indicazioni per l'attività pratica si trova nell'allegato n 6.

<sup>56</sup> Diretto dal Dott. E. Zanalda.

Per altro, la presenza dei volontari nel fine settimana è risultato piuttosto utile, dal momento che i CSM sono generalmente chiusi e gli utenti vivono proprio in questi giorni un maggiore isolamento socio-relazionale

Dagli incontri periodici con i gruppi di lavoro è chiaramente emerso come i volontari, per quello che concerne i loro compiti, sono stati adeguatamente selezionati e formati: si è quindi avuta la conferma di aver portato nelle équipes di lavoro degli elementi di “arricchimento” soprattutto dal punto di vista relazionale; elementi che, in linea di massima, sono stati ben accettati dagli utenti che hanno visto in loro dei “facilitatori” delle relazioni, esattamente come ci si era prefissati nella progettazione degli obiettivi, senza con questo minimizzare le difficoltà insite nel relazionarsi con persone vittime di disagio psichico e sociale, le quali hanno, come più volte detto in questa tesi, grossi problemi in tutti quei campi che riguardano la relazione con gli altri e con l’ambiente circostante.

Spesso i volontari si sono recati presso il domicilio degli utenti, hanno avuto modo di addentrarsi nella loro intimità domestica e avvicinare la malattia psichiatrica nei risvolti concreti che essa ha nella vita quotidiana. Per loro stessa ammissione è stata questa una bellissima esperienza, degna di essere raccontata ed elaborata, di grande valenza per chiunque la ascolti e voglia capire il mondo dalle malattie psichiche. Un’esperienza bella, ma nello stesso tempo non facile, per chi la viva in prima persona, proprio per la difficoltà ad avviare relazioni efficaci e reciprocamente soddisfacenti fin dall’inizio. I gruppi di discussione hanno spesso avuto quindi come tematica queste difficoltà, che sono state affrontate negli aspetti emotivi (i vissuti dei volontari) e tecnici (le strategie migliori per stabilire una valida alleanza).

E’ apparso meno difficoltoso, al contrario, l’inserimento dei volontari nei gruppi e nei laboratori, in quanto, in tali contesti, sia i volontari che gli utenti sono stati coinvolti in relazioni meno intime e meno intense.

### **I rapporti con i CSM**

In particolare, trasversalmente alle fasi organizzative sopra indicate è emersa l’importanza di delineare, solo grazie all’esperienza pratica di applicazione del progetto, delle “sotto-fasi” che interessassero nello specifico il rapporto degli

organizzatori e dei volontari con i Centri di Salute Mentale prescelti per l'attività di volontariato, al fine di ottimizzare il processo di integrazione.

**FASE INFORMATIVA:** al termine della formazione teorica dei volontari, i tutor contattano i CSM coinvolti nel progetto. In questa fase devono essere svolti 2 incontri con la presenza, per quanto possibile, di tutta l'équipe.

Nel primo incontro il tutor:

- illustra il progetto, gli obiettivi e le finalità;
- fornisce delle indicazioni temporali dell'attività dei volontari: un primo periodo è quello di tirocinio, che può andare da uno a quattro mesi, a seconda dell'andamento; un secondo periodo è quello dell'attività di volontariato da svolgere autonomamente, per circa un anno;
- richiede esplicitamente che l'operatore di riferimento del paziente individuato affianchi il volontario nelle sue attività con il paziente (almeno per i primi 4-5 incontri).

All'incontro successivo partecipano anche i futuri volontari che, dopo essersi presentati illustrano le loro disponibilità settimanali per l'attività di volontariato.

Al termine di tale incontro viene richiesto al CSM di individuare degli utenti che possono beneficiare dell'attività di volontariato dei "Facilitatori della Relazione".

**FASE ORGANIZZATIVA:** in seguito ai due incontri precedenti, si svolge un nuovo incontro in presenza dei volontari e del tutor, nel quale le équipe del CSM presentano i casi individuati ai volontari, tenendo presente che per ciascun utente siano coinvolti due "Facilitatori della Relazione".

L'utente che viene coinvolto deve essere informato adeguatamente da parte dell'operatore di riferimento, prima che inizi l'attività di tirocinio, rispetto alla possibilità di poter condividere alcune esperienze di vita quotidiana con il volontario. Nella prima fase di conoscenza tra il volontario ed il paziente è importante che l'operatore illustri al Facilitatore la situazione clinica, familiare, lavorativa e sociale del paziente, in quanto maggiori sono le informazioni, più agevole è l'attività del volontario, che è tenuto a rispettare la privacy del paziente, durante il processo di conoscenza e di relazione con quest'ultimo.



FASE OPERATIVA: i volontari avviano il periodo di tirocinio, come previsto dal progetto, e partecipano anche ad alcune attività del CSM (attività sportive, rappresentazioni, momenti di festa).

Durante il periodo di tirocinio si svolgono almeno 3 riunioni d'équipe, a cadenza mensile, con il tutor ed i volontari, in modo da monitorare l'andamento del progetto.

FASE CONCLUSIVA: al termine dell'attività di tirocinio viene elaborato, per ciascuno dei pazienti coinvolti, un progetto condiviso, che dura un anno circa, a seconda della disponibilità del volontario, con obiettivi e verifiche nel tempo, in cui sono coinvolti due "Facilitatori della Relazione".

Per l'intera durata del corso, laddove si presentino delle problematiche o delle necessità, i volontari ed il CSM possono rivolgersi ai tutor.

## **5.5 Conclusioni e riflessioni**

Benché un bilancio esaustivo dell'esperienza si possa fare solo al termine dell'attività di volontariato, quindi a distanza di un anno dall'avvio, tuttavia è possibile considerare i dati di soddisfazione di volontari, utenti ed operatori, dopo sei mesi per un'idea indicativa rispetto all'eventualità di riproporre il corso in un futuro prossimo. Il questionario<sup>57</sup> distribuito comprendeva quattro domande ciascuno ed il suo scopo era fondamentalmente quello di comprendere se vi fosse stato tra le parti (organizzatori, operatori, volontari e utenti) un buon livello di collaborazione e una generale soddisfazione nei confronti del progetto. Ci si rende conto che la somministrazione di questionari validati sulla qualità della vita o sulla psicopatologia sarebbe stato un modo più scientifico per approfondire maggiormente gli esiti dell'attività, ma in realtà i tempi sono stati troppo brevi per valutare gli effetti e,

---

<sup>57</sup>I test somministrati per la verifica degli obiettivi proposti ad inizio del corso e i risultati ottenuti sono in allegato n.7.

inoltre, prima di approfondire questi ultimi, è parso utile avere un indice di gradimento dell'esperienza.

### **Valutazione della soddisfazione**

Dalla somministrazione dei questionari si evince una soddisfazione diffusa dell'esperienza e nove volontari su dieci hanno manifestato la volontà di continuare in futuro l'esperienza. La loro motivazione risulta davvero alta e il gradimento nei confronti dell'esperienza si manifesta con l'unica criticità di desiderare maggiori approfondimenti pratici della parte teorica trattata nel corso delle lezioni. Probabilmente lo stesso motivo, insieme all'oggettiva difficoltà a gestire una relazione significativa ha fatto sì che un solo volontario si dichiarasse globalmente poco soddisfatto dell'esperienza. Sarà nostra premura comunque approfondire i motivi della scarsa soddisfazione.

I fattori che hanno contribuito al mantenimento di un elevato livello di motivazione possono derivare dal valido rapporto relazionale e di collaborazione tra le équipe curanti, i tutor e i docenti organizzatori dell'esperienza. E' stata infatti posta molta attenzione da parte di tutti i coordinatori nel fornire costantemente rimandi positivi alle esperienze vissute e riferite dai volontari, in un clima di ascolto, empatia e fiducia. Tale clima, fortemente voluto dai responsabili, ha sicuramente influenzato i rapporti dei volontari con le équipe e gli utenti dei servizi.

L'integrazione nei gruppi di lavoro è stata completa e di reciproca soddisfazione, e gli obiettivi proposti dai singoli progetti sono stati per la maggior parte raggiunti. A testimonianza di ciò sta anche la partecipazione dei volontari a molte iniziative non previste dalla programmazione dell'attività di volontariato, come momenti di aggregazione e di festa organizzati dai DSM.

Anche gli utenti si sono dichiarati per lo più soddisfatti e hanno vissuto la figura dei volontari come una valida risorsa relazionale aggiuntiva e un efficace stimolo alla partecipazione alle attività dei servizi e all'aderenza ai progetti terapeutici.

Come testimoniano i pareri degli operatori, inoltre, i volontari si sono spesso inseriti talmente bene nelle équipe di riferimento da permettere di ipotizzare, per il futuro, una gestione più autonoma della loro attività, meno soggetta al "controllo" da parte dei tutor; si è anche pensato, per il futuro, a un loro coinvolgimento nelle attività di

diffusione dell'iniziativa e di formazione dei futuri volontari, tramite il racconto delle esperienze personali.

### **Accorgimenti per il futuro**

Analizzata l'evoluzione dell'esperienza del progetto pilota "Ci Vorrebbe un Amico", è possibile tracciare le linee programmatiche entro le quali il progetto debba in futuro riproporsi con successo.

Sin dalle fasi progettuali e organizzative sarà utile in futuro riprendere i punti di forza della sua elaborazione, migliorando e trasformando alcuni passaggi, grazie anche ai consigli espressi dagli stessi partecipanti a questa edizione.

L'esperienza presente, infatti, ha permesso di riflettere sui punti di forza, ma anche di debolezza nell'organizzazione di questa esperienza, favorendo una serie di riflessioni.

- La campagna di stampa e pubblicizzazione, se è possibile, deve essere potenziata e svilupparsi con largo anticipo rispetto all'inizio del corso. Deve inoltre puntare maggiormente sulla diffusione mediatica (giornali, radio, tv e internet) e meno su una diffusione di tipo cartaceo (volantini e depliant) che è risultata più impegnativa che efficace.
- In una successiva edizione dovranno essere impegnati i volontari già formati nel fornire il loro contributo anche nell'organizzazione del corso, fin dalle primissime fasi di sensibilizzazione e di pubblicizzazione del progetto tramite modalità opportunamente studiate.
- La selezione dei volontari dovrà impegnare un tempo più lungo (almeno due mesi) e possibilmente più incontri, in modo da poter approfondire la conoscenza dei candidati volontari e valutarne meglio motivazione e disponibilità.
- Le tre lezioni teoriche, a cadenza bi- o tri- settimanale, potranno essere strutturate con le stesse modalità e utilizzare lo stesso materiale di questa edizione, ma si deve fin dall'inizio prevedere un quarto incontro di "consolidamento" delle informazioni fornite, di discussione e di riflessione, nel quale potrà essere somministrato un test di verifica dell'apprendimento e di gradimento del corso.

- Si potrebbe ipotizzare un ulteriore momento di incontro, da organizzare nel primo periodo del servizio di volontariato, per permettere un confronto precoce sulle personali esperienze e favorire lo sviluppo di un certo spirito di gruppo e una maggiore interazione tra i singoli.
- Prima che i volontari avviino il periodo di tirocinio presso i CSM saranno definiti alcuni incontri con i referenti per illustrare il metodo di lavoro e articolare una progettazione precisa delle attività.
- Nella formazione pratica i nuovi volontari potranno utilmente essere affiancati dai volontari dell'edizione precedente nella conoscenza dei servizi e degli assetti organizzativi, dell'equipe di riferimento, delle attività e dei progetti terapeutici, il tutto sotto la supervisione dei tutor (il cui numero potrebbe necessitare di un incremento proporzionalmente all'aumento del numero di volontari).
- Durante l'attività di volontariato dovranno essere somministrati questionari e test per monitorare l'effettiva utilità della presenza dei volontari nei servizi.
- Gli incontri periodici organizzati in questa edizione dovranno, se possibile, essere più frequenti, anche per l'ipotizzabile aumento del numero di volontari, allo scopo di una più accurata monitorizzazione delle attività effettuate nei centri e una maggior coordinazione tra organizzatori ed operatori.
- Sarà opportuno anticipare e accelerare le pratiche burocratiche, quali l'informativa sulla *privacy* e la copertura assicurativa per il servizio dei volontari, in modo da non dover rallentare i tempi di inserimento dei volontari in équipe.
- Sarà necessario prevedere la somministrazione di questionari (possibilmente validati) che valutino, oltre la soddisfazione di tutti i soggetti coinvolti, anche l'efficacia degli interventi, sia da un punto di vista di riduzione della sintomatologia, ma soprattutto in termini di miglioramento della qualità di vita dei pazienti.

I servizi a cui questa esperienza potrebbe espandersi sono tutti quelli compresi dal DSM: Centri di Salute Mentale, Comunità Terapeutiche, Centri Diurni, servizi

ambulatoriali ospedalieri, compreso il SPDC, in cui la presenza di *facilitatori della relazione* potrebbe trovare un particolare significato, sotto l'occhio vigile di professionisti esperti, proprio per le caratteristiche che le patologie psichiatriche in acuzie assumono e per i particolari vissuti che il ricovero può ingenerare nel paziente e nei familiari.

### **Conclusione**

Il giorno 9 Giugno 2010 è stato organizzato l'incontro ufficiale di chiusura<sup>58</sup> del progetto presso l'AOU San Luigi Gonzaga alla presenza di esponenti e autorità dell'Università degli Studi di Torino, del Rotary Club, della Fondazione San Luigi Gonzaga ONLUS, del Gruppo Reale Mutua Assicurazioni e della Fondazione Cassa di Risparmio di Torino, i volontari, gli organizzatori, gli operatori dei CSM coinvolti e un folto pubblico rappresentato da operatori dei servizi psichiatrici dell'ASL TO3.

L'incontro condotto dal Prof. P.M. Furlan, dal Prof. R.L. Picci e dal Dott. E. Zanalda, ha concluso nel modo più degno questa importante esperienza. L'aula gremita ha potuto sentire il parere positivo sull'esperienza di tutti gli organizzatori e degli sponsor, nonché dei portavoce dei volontari che hanno raccontato, brevemente, ma con intensa partecipazione la loro esperienza.

Ci si è salutati con l'obiettivo fondamentale di ampliare in futuro il numero di volontari, in modo da creare un gruppo sempre più numeroso, che permetta una maggiore diffusione delle conoscenze e delle esperienze di volontariato in ambito psichiatrico e possa veicolare un messaggio che, attingendo all'esperienza diretta, permetta di superare i pregiudizi che ancora resistono e che alimentano lo stigma della malattia mentale.

---

<sup>58</sup> La locandina con descrizione dell'evento consultabile in allegato n.8.

## CONCLUSIONI

Le riflessioni teoriche e le esperienze descritte in questa tesi rappresentano una sintesi di quel che, in ambito relazionale, il corso di laurea triennale in Tecnica della Riabilitazione Psichiatrica mi ha trasmesso.

Non si può negare che la definizione di essere umano debba necessariamente comprendere il rapporto con l'ambiente circostante e che ogni parametro secondo il quale noi possiamo valutare lo stile e la qualità di vita non possa prescindere dal rapporto che l'individuo ha con ciò che lo circonda, dunque dalle **relazioni** che egli instaura. La relazione fa parte della vita dell'uomo costantemente, così come la comunicazione, ed è intervenendo su di esse che si possono raggiungere i risultati migliori, in ambito psichiatrico, in particolare riabilitativo e risocializzante. L'essere in relazione con gli altri è una caratteristica propriamente umana e non si può non comunicare, allo stesso modo in cui non ci si può non relazionare, non essendo possibile il non rapporto con gli altri.

Questi sono i motivi per cui un corso di laurea come questo non può permettersi di trascurare un'approfondita formazione in questi ambiti. Tale concetto ha rappresentato lo sfondo e la principale motivazione all'approfondimento teorico di tali tematiche.

D'altra parte, le esperienze pratiche di tirocinio, nel corso di questi anni, mi hanno permesso di imparare che l'ambito psichiatrico richiede il coinvolgimento di operatori altamente motivati allo scopo, se non della guarigione, almeno di un'esistenza soddisfacente e dignitosa nel recupero del diritto alla cittadinanza.

Tale obiettivo non è perseguibile, se si scinde il concetto medico da quello umano e relazionale, poiché la patologia psichiatrica non ha ancora trovato correlati biologici così precisi da fornire una spiegazione esaustiva di ogni fenomeno comportamentale o psichico. La motivazione sia negli operatori sia negli utenti viene alimentata anche dal raggiungimento degli obiettivi e dei risultati, dalla possibilità di miglioramento, dal coinvolgimento nei gruppi, dal riconoscimento del lavoro svolto e dall'ascolto di eventuali problematiche e difficoltà. Questa riflessione vale per tutti gli assetti organizzativi in cui sono stato coinvolto: dai servizi per la salute mentale, alla gestione delle numerose attività proposte corso di laurea, fino alla programmazione

di progetti specifici, come quello di volontariato in ambito psichiatrico “Ci Vorrebbe un Amico”, oggetto di questa tesi.

La forza della psichiatria deve, a mio parere, incentrarsi sulla motivazione e sulla possibilità di sperimentare e sperimentarsi all'interno di categorie non rigidamente “preconfezionate”, tutti aspetti, per altro, possibili all'interno delle strutture psichiatriche del territorio dell'ASL TO3, in particolare del Dipartimento Interaziendale di Salute Mentale, nell'ambito del quale si realizza buona parte della programmazione del corso di laurea in Tecnica della Riabilitazione Psichiatrica.

L'approfondimento da me effettuato parte dalla convinzione che la *relazione terapeutica* si differenzia dalla *relazione “semplice”* perché comprende in sé un fine pedagogico-educativo, terapeutico e riabilitativo espresso e ben chiaro ai membri della relazione. Bisogna però sottolineare che la relazione può essere terapeutica anche quando il fine non è così chiaramente espresso: in altre parole, un normale rapporto simmetrico di tipo amicale tra due persone può avere transitoriamente anche una forte valenza terapeutica, pur non essendo definibile scientificamente *relazione terapeutica*.

Il ruolo del Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica è fondamentalmente basato sulla relazione terapeutica, la cui padronanza teorica e tecnica non solo è garanzia di professionalità dei propri interventi, ma garantisce l'operatore stesso da un eccessivo coinvolgimento emotivo e dal rischio di *burn out*.

Uno dei compiti fondamentali di chi lavora in ambito psichiatrico è di fornire la possibilità all'utenza di costruire, sviluppare o recuperare le abilità adeguate per instaurare validi rapporti interpersonali, per vivere nella miglior maniera possibile l'ambiente circostante e le relazioni sociali.

Mettere in rilievo gli aspetti socio-relazionali non vuol certo sminuire l'importanza di tutta una serie di ambiti e competenze, quali la psicopatologia, la psicodinamica, la psicometria, la psicodiagnostica, la psicofarmacologia e la psicoterapia, che certamente devono essere conosciute, studiate ed approfondite e applicate. Tuttavia, per la completezza di un progetto tecnico, esse costituiscono una condizione necessaria, ma non sufficiente; senza un intervento sugli aspetti socio-relazionali esiste un forte rischio di fallimento del progetto stesso. D'altra parte, ottime

competenze relazionali, in assenza di competenze di tipo psicodinamico, psicopatologico e farmacologico, non sono di per sé sufficienti a garantire l'efficacia di un qualsivoglia progetto riabilitativo. La storia insegna, infatti, come solo dal 1952, con la scoperta del primo neurolettico, la *Clorpromazina*, si sia potuto cominciare ad ipotizzare un contesto di vita meno restrittivo per le persone affette da gravi patologie mentali.

E' anche necessario che sempre più si affrontino gli aspetti comunicativi e relazionali con metodo scientifico, misurando con opportuni strumenti gli esiti degli interventi riabilitativi: essi devono rafforzare la propria valenza scientifica tramite descrizioni, dimostrazioni e progetti sperimentali che ne confermino l'efficacia<sup>59</sup>.

La riabilitazione deve quindi fare il definitivo passaggio da relazione intesa come intrattenimento, diversivo e fonte di generico benessere, a strumento tecnico, avvallato scientificamente, utile quanto quelli psicofarmacologico e psicoterapeutico. Ovviamente non è ritenuto indispensabile che tutti i professionisti utilizzino la relazione terapeutica con le stesse modalità: il Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica, l'Educatore, l'Infermiere, lo Psicologo ed lo Psichiatra valorizzeranno la relazione in modi diversi per raggiungere obiettivi diversi, seppur all'interno di un progetto terapeutico comune. E' pur vero che qualsiasi obiettivo terapeutico avrà sempre a che fare, almeno in parte, con le tematiche della relazione e della comunicazione. Ciò vale in particolar modo per chi per chi, come i Tecnici della Riabilitazione, fondano il proprio intervento su di esse, tramite l'utilizzo di tecniche individuali o di gruppo, che si andranno ad intersecare con i piani progettuali farmacologici, educativi e psicoterapeutici.

L'esperienza di tirocinio all'interno dei servizi del Dipartimento di Salute Mentale dell'ASL TO3 è significativamente improntata a dimostrare come concetti e affermazioni teoriche abbiano sempre una ricaduta sul piano operativo. Il lavoro riabilitativo che in tale dipartimento viene realizzato non esclude nessun ambito d'intervento al ruolo della relazione interpersonale, dall'organizzazione dei servizi ai progetti individuali.

---

<sup>59</sup> Come sta capitando attualmente attraverso studi che dimostrano come la riabilitazione -e anche la psicoterapia- sia in grado di agire sui fattori di crescita neuronale, portando a modificazioni cerebrali, non solo funzionali, ma anche strutturali, evidenziabili con tecniche di *neuroimaging*.



Partendo da queste considerazioni teoriche, è stato progettato e attuato il progetto pilota “Ci vorrebbe un amico”, il primo corso di formazione per “Facilitatore della relazione” un progetto patrocinato dalla Regione Piemonte, dall’ASL TO3, dall’Associazione Onlus San Luigi Gonzaga e dalla Facoltà di Medicina e Chirurgia San Luigi Gonzaga.

Lo scopo è stato quello di dare origine ad un corso per formare e rendere consapevolmente disponibili all’attività pratica di volontariato in ambito psichiatrico persone non specificamente familiari, parenti o amici degli utenti psichiatrici, ma semplicemente interessati a conoscere e a rendersi utili nel vasto e non facile campo della salute mentale.

Tra le funzioni attribuite al Dipartimento di Salute Mentale (DSM) vi è quella di promuovere attività di integrazione ed “empowerment” sociale attraverso programmi che coinvolgono associazioni di utenti, familiari e volontari.

Nell’ambito della Salute Mentale il modello organizzativo del DSM, istituito ai sensi dei Progetti Obiettivi Nazionali, ben si presta a divenire la sede privilegiata dell’integrazione con la risorsa del volontariato.

Quasi tutti i DSM hanno esperienze di collaborazione con associazioni dei familiari e cooperative sociali, talvolta organizzate in associazioni di utenti. Vi sono, inoltre, esperienze avanzate di collaborazione con gruppi di auto-mutuo-aiuto e con cooperative di tipo B per l’inserimento dei pazienti nel mondo del lavoro.

Per quanto concerne il Progetto “Ci Vorrebbe un Amico”, è stato specificato che i volontari non appartenessero a reti primarie di conoscenza dell’utenza psichiatrica, perché non mancano, all’interno di questo Dipartimento, numerose esperienze di volontariato condotte da gruppi di familiari o amici di utenti psichiatrici, oltre alle importantissime e ormai note esperienze autogestite da pazienti a familiari di auto mutuo aiuto; mentre mancavano esperienze di volontariato, per così dire, “neutro”.

Ci siamo quindi impegnati a formare persone che rappresentassero un valore aggiunto, una forza in più, oltre che per i gruppi di familiari e amici dei pazienti, anche per gli operatori professionali che lavorano nei servizi di salute mentale.

E’ stato progettato dunque uno “strumento” nuovo, una risorsa non ancora presente nella nostra ASL e difficilmente riscontrabile altrove nello specifico campo della salute mentale.

In generale si è fatto in modo di selezionare e formare volontari affinché ognuno di essi fosse coinvolto in una relazione di aiuto non professionale, nella quale venisse mantenuta una distanza emotiva tale da permettergli di condividere alcune esperienze della vita quotidiana, finalizzate al miglioramento delle capacità di comportamento socio-relazionale (o, semplicemente, che permettesse al paziente di stare meglio): per questo si è scelto il nome di “Facilitatore della relazione”, che indica appunto un accompagnatore, un aiutante delle abilità relazionali.

L'affiancamento relazionale (nel tempo libero, nelle varie incombenze della vita quotidiana, ecc.) è una funzione svolta per lo più dai familiari dei pazienti o da conoscenti, in maniera più o meno consapevole o produttiva. Tuttavia l'attuale composizione dei nuclei familiari, gli impegni lavorativi dei loro componenti e le dinamiche emotive impediscono sovente l'individuazione di persone che abbiano il tempo, la voglia, la capacità di svolgere con costanza tale funzione.

Inoltre un altro importante valore di tale figura è la possibilità di confermare le informazioni scientificamente corrette, senza essere parte dell'equipe curante ma in collaborazione con la stessa, limitando gli insuccessi determinati dalle scarse capacità volitive dei pazienti e dalla loro facile influenzabilità da parte del contesto in cui vivono quotidianamente.

In sintesi, questi sono i punti di forza della figura del Facilitatore della Relazione.

- Si tratta di una figura capace di affiancare il paziente in situazioni che richiedono competenze relazionali, che questi non riesce ad utilizzare, in modo temporaneo o permanente.
- Opera sia con azioni che mediano il rapporto tra il contesto e il paziente sia con comunicazioni verbali che aiutano il paziente a decifrare e comprendere la realtà e viceversa.
- La sua caratteristica di non essere un tecnico della Psichiatria, pur operando in sinergia con gli operatori psichiatrici, lo rende “fruibile” dal paziente in modo significativamente diverso: si tratta di una figura che appartiene al mondo della “normalità” dal quale spesso il paziente si sente distante e/o allontanato. I suoi suggerimenti, quindi, possono essere più graditi al paziente in quanto più simili ai consigli di un amico che alle prescrizioni di uno specialista. La stessa funzione

di mediatore può essere svolta nei confronti dei familiari del paziente, favorendone la collaborazione con i curanti.

- Il profilo tecnico del facilitatore non deve sovrapporsi a quello delle figure professionali già presenti nei servizi (infermieri, educatori professionali o tecnici della riabilitazione psichiatrica). Egli deve riuscire a utilizzare le competenze relazionali sufficienti ad accompagnare il paziente, nel contesto di un programma terapeutico riabilitativo, per un periodo di tempo stabilito, stimolandolo all'autonomia, alla consapevolezza del proprio disturbo e del proprio diritto alla cittadinanza.

Vorrei ancora sottolineare un ulteriore aspetto, a mio avviso di grande rilevanza: la valenza antistigma di tale iniziativa. E la stigmatizzazione dei malati di menti è una questione ancora molto attuale in psichiatria, tanto che recenti ricerche ritengono che lo psichiatra dovrebbe valutarne l'effetto come prassi standardizzata nel suo lavoro quotidiano, in questo modo sostenendo sia i familiari che il paziente stesso e riducendone le conseguenze.

In psichiatria sono ancora molti gli stereotipi (uno per tutti: che il malato di mente sia pericoloso), che tendono a irrigidirsi in pregiudizi (vale a dire in giudizi senza conoscenza specifica o esperienza diretta), in teorie pre-confezionate basate su luoghi comuni. Stereotipi e pregiudizi in psichiatria hanno trovato e trovano ancora oggi un'ampia diffusione mediatica: si parla di stigma "strutturale", quando cioè sono gli organi di stampa, e non i singoli individui, a promulgare messaggi stigmatizzanti circa la malattia mentale

Personalmente credo che la diffusione di iniziative come questa, grazie anche alla testimonianza diretta delle persone coinvolte, i non tecnici, che quindi non possono essere di parte, sia il miglior modo di combattere lo stigma che ancora tanto riguarda e fa soffrire i nostri pazienti.

Nello specifico, il progetto "Ci Vorrebbe un Amico" ha rappresentato una valida occasione per verificare direttamente come le competenze relazionali siano una fonte indispensabile di benessere e salute mentale all'interno dei servizi psichiatrici. L'esperienza ha visto inserite in équipe multidisciplinari persone non specificatamente qualificate da un punto di vista medico, psicologico e riabilitativo,

ma che hanno potuto confrontarsi con l'utenza soprattutto tramite competenze relazionali e comunicative.

In tale contesto, ho potuto mettere alla prova tutte le abilità che questo corso di laurea mi ha trasmesso: capacità organizzative e di gestione-supporto nelle fasi di programmazione e diffusione dell'iniziativa, capacità di osservazione e di analisi delle comunicazioni nella selezione dei volontari, la conoscenza della psicopatologia e delle teorie riguardanti la riabilitazione psichiatrica nel formare i volontari e nel diffondere una cultura *antistigma*, competenze di relazione, accompagnamento e ascolto durante le attività di volontariato, capacità di produrre, durante e a seguito dell'esperienza, valutazioni accurate.

Dal punto di vista emotivo tale esperienza ha permesso dunque di confrontarmi con le mie competenze, di affinarle e migliorarle, nonché rendermi conto che la mia partecipazione al corso di laurea in questi anni ha prodotto risultati effettivamente professionalizzanti dal punto di vista sia teorico che pratico.

Per quanto riguarda il futuro non è dato sapere a nessuno con certezza che cosa accadrà, come si evolveranno la psicopatologia e il modo di studiarla e trattarla, i servizi per la salute mentale, la cultura psichiatrica e come la riabilitazione verrà integrata nei processi di cura. Il passato (descritto sommariamente nel corso della tesi) deve essere conosciuto e tenuto a mente, poiché l'evoluzione storica dell'uomo insegna che nessuna condizione passata, in particolare se negativa, abbia la possibilità di ripresentarsi. Non ha senso quindi vivere la condizione attuale focalizzati al passato e alla stigmatizzazione di ciò che è stato, ma neanche totalmente proiettati su un futuro, poco definito e per certi aspetti utopistico, ma si dovrebbe soffermarsi al meglio sulla situazione presente, che offre un ampio ventaglio di possibilità in campo riabilitativo e momenti di sperimentazione per pazienti ed operatori.

Nel presente infatti, i tanti operatori che lavorano nei vari servizi psichiatrici, grazie alle loro conoscenze culturali, le competenze relazionali e comunicative, la voglia di fare e costruire, la voglia di credere nelle possibilità di riabilitazione, costruiscono il futuro giorno dopo giorno, senza aspettare che "dall'alto qualcuno cambi qualcosa".

Proprio a loro, insieme agli utenti che li frequentano, infine, vuole andare il pensiero di chi si cimenta a riflettere sulla riabilitazione in psichiatria: essi rappresentano la

forza da motivare ed incentivare, oltre che formare costantemente; solo da loro possono cominciare ed evolversi processi di cambiamento auspicabili.

Con l'augurio che la riabilitazione possa davvero rappresentare il futuro della medicina e la riabilitazione psichiatrica il futuro della psichiatria.

## BIBLIOGRAFIA

- AAVV, a cura di RAFFAELLI V., *Il tecnico della riabilitazione psichiatrica: dai modelli teorici alla prassi quotidiana*, 2007, Università degli studi di Vero
- AAVV, *Grande Dizionario della Lingua Italiana*, Torino 2004
- ADENZATO M., ENRICI I., (2005) *Comprendere le menti altrui: meccanismi neuro cognitivi dell'interazione sociale*, in *Quaderni di psicoterapia cognitiva* 16 vol. 8 n 1, pp.14-28,
- AMERICAN PSICHIATRIC ASSOCIATION, *Psichiatria culturale: un'introduzione*, Raffaello Cortina Editore, Milano 2004
- BA G., LABANCA S., *Metodologia della riabilitazione psicosociale*, Franco Angeli, Milano 1994
- BA G., *Strumenti e tecniche di riabilitazione psichiatrica epsicosociale*, Franco Angeli, Milano 2003
- BASAGLIA F., *Franco Basaglia scritti*, Einaudi, Torino 1983
- BATESON G., JACKSON D. D., HALEY J., WEAKLAND J., *Verso una teoria della schizofrenia*, Astrolabio, Roma 1967
- BATTAGLIA A., CANEVARO A., CHIURCHIU' M., LEONE A.,PIERRO M.M, SORRENTINO A.M., VECCHI M., SERENI C., PONTIGGIA G., *Figli per sempre*, Carocci Faber, Roma 2002
- BENEDETTI G., *Una vita accanto alla sofferenza mentale*, Franco Angeli, Milano 2010
- BOGETTO F., MAINA F., *Elementi di Psichiatria*, II Edizione, Edizioni Minerva Italica, Torino 2008
- BOWLBY J., *Attaccamento e perdita*, Bollati Boringhieri, Torino 1999
- BRANDANI W., TOMISCH M., *La progettazione educativa*, Carocci Faber Roma 2000
- COLAFELICE M., *Il training di abilità sociali*, Raffaello Cortina editore 2003
- COPPO P., *Tra psiche e culture*, Bollati Bolinghieri, Torino 2003
- DALLA VOLTA A., *Dizionario di psicologia*, Giunti e Barbera, Firenze 1974
- DEVOTO, OLI, *Dizionario della Lingua Italiana*, 2006, Le Monnier
- FERRARIO F. , *Il lavoro di rete nel servizio sociale*, Carocci, Roma 1992
- FESHBACH H., MORSE P.,) *Methods of Theoretical Physics*. Cambridge University Press 1953

- FREUD A., *L'Io e i meccanismi di difesa*, PSYCHO G.Martinelli Firenze 1967
- FREUD S., *L'Io e l'Es*, in "Opere", vol. IX, Boringhieri, Torino 1987
- FURLAN P.M. et al., *Il Centro Crisi "L'accoglienza" del D.S.M. 5b*, Università di Torino,  
*Una possibile alternativa al ricovero ospedaliero nei disturbi mentali gravi, in fase acuta*. Poster in Italian Journal of Psychopathology VIII Congr.Naz. della Soc.Ital.di Psicopatologia *Dal disturbo alla malattia*, Roma, 25 febb.-1 mar.2003
- FURLAN P.M. et al., *Il gruppo appartamento come strumento di presa in carico del paziente e dei suoi bisogni*. Vol.Abstracts 15<sup>^</sup> Incontro A.FE.R.U.P./IV Congr.Naz. SIPU *Urgenze psichiatriche e rete di servizi nel territorio: evoluzione e cambiamento*. Torino, 30-31 gen.-1 febb. 2004
- FURLAN P.M. et al., *L'inserimento eterofamiliare supportato di adulti sofferenti di disturbi psichici*. Volume degli Atti I Congr.Naz., Ed.Alice nello specchio, Torino 2000
- FURLAN P.M.(a cura di), *La 180 ha Vent'anni*, atti del congresso SIP 14 Ottobre 1998, Torino
- FURLAN P.M., DELLA PIANA E., GALLONI M. (a cura di), *I Luoghi delle cure in Piemonte, medicina e architettura tra medioevo ed età contemporanea*, Celid, Università degli studi di Torino, Torino 1994
- FURLAN P.M., PICCI R. L., *Disturbi di personalità, depressione e controllo degli impulsi*, in "Ai confini della depressione", (a cura di) Giannelli A., Menacci C., Fondazione Varenna, Milano 1996
- FURLAN P.M., PICCI R. L., *Immaginario di psicopatologia*, manuale multimediale, One way, Milano 2006
- FURLAN P.M., PICCI R.L., CRISTINA E., CASTELLET Y., BALLARA' F., *Modelli d'intervento in psichiatria d'urgenza*, Rivista Europea di Psichiatria Editrice, 1992
- FURLAN P.M., PICCI R.L., MUNIZZA C., GARIS M.C., DE BARTOLO T., ZUCCOLIN M., ROSA M., *L'organizzazione assistenziale e standards formativi di un Dipartimento di Salute Mentale*, Riv.Sper.Fren., vol. CXIV n.1, Torino 1990
- FURLAN P.M., *Urgenze psichiatriche e rete dei Servizi nel territorio: evoluzione e cambiamento*. Vol.Abstracts 15<sup>^</sup> Incontro A.FE.R.U.P./IV Congr.Naz. SIPU *Urgenze psichiatriche e rete di servizi nel territorio: evoluzione e cambiamento*. Torino, 30-31 gen.-1 febb. 2004

- GALIMBERTI U., *Dizionario di Psicologia*, Utet, Torino 1992
- GUARCELLO E., SEMERATO L., *Sulle orme delle capacità relazionali*, The boopen Ed., Napoli 2007
- LIBERMAN R. Paul, *La riabilitazione psichiatrica*, Raffaello Cortina Editore, Milano 2003
- MASLOW A. H., *Motivazione e personalità*, Armando Editore, Roma 1992
- MILANI L., *Competenza pedagogica e progettualità educativa*, EDITRICE LA SCUOLA, Brescia 2000
- MORRIS C. W., "*Foundations of the Theory of Signs*" (1938), International Encyclopedia of Unified Science, University of Chicago Press
- MURATORI F., PLACIDO-ESPANSA F., *La depressione in Clinical Neuropsychiatry*, Giovanni Fioriti ed., Roma 2010
- NATHAN T., *Non siamo soli al mondo*, Bollati Bolinghieri, Torino 2003
- NOSARI S., *L'educabilità*, ed. La Scuola, Brescia 2002
- PEPLAU, H.E. *Interpersonal relations in nursing*, G. P. Putnam & Sons, New York 1952
- PEPLAU, H.E., *Basic principles of patient counselling*. Smith Kline & French Laboratories, Philadelphia 1964
- PICCI R.L., BIINO M., *Le parole della speranza*, Il Laboratorio Edizioni, Torino 1986
- PICCI R.L., GIARETTO R.M., COLOMBO A., *Professione: Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica*, atti del convegno SIPM, Palermo 2009
- PICCI R.L., SERRADURA S., CRISTINA E., FURLAN P.M., *Il ventennio e la salute mentale. Gli ospedali psichiatrici di Torino dal 1920 al 1945*. In: *I nuovi luoghi delle cure: Ospedale e territorio*. A cura di Pier Maria Furlan, Vol 2, Ed. Celid, Torino 2007
- PIETRINI B., RAGGI F., *Il manifestarsi dell'essere in S. Montefoschi*, Zephyro Ed., Milano 2009
- PIZZA G., *Antropologia medica*, Carocci, Roma 2007
- ROGERS C. R., *La terapia centrata sul cliente*, Psycho, Firenze 2000
- ROSSI G., BALOTTIN U., FAZZI E., ROSSI M. (2006) *Il contributo della teoria dell'attaccamento alla neuropsichiatria 0-3 anni*, *Giornale di Neuropsichiatria dell'Età Evolutiva* n.26 (pp. 459-471)



- SARACENO B., *La fine dell'intrattenimento. Manuale di riabilitazione psichiatrica*, ETAS, Milano 1995
- SCHINDLER O., SCHINDLER A., *Fisiologia della comunicazione*, Omega Edizioni, Torino 2001
- WATZLAWICK P., HELMICK B. J., JACKSON D. D., *Pragmatica della comunicazione umana*, Casa Editrice Astrolabio, Roma 1971
- WATZLAWICK P., *Istruzioni per rendersi infelici*, Feltrinelli, Milano 1983
- ZANOBINI M., USAI M.C. LEPRI C., BARZAGHI C., *Psicologia della disabilità e della riabilitazione*, Franco Angeli, Milano 2005
- ZILBOORG G., HENRY G. W., (1941) *Storia della psichiatria* (tr. It.), Feltrinelli, Milano 1963

## **ALLEGATI**

### **Allegato 1**

*Attività svolte nell'ambito del progetto: "Ci Vorrebbe un Amico".*

## **Allegati 2**

*Depliant informativo di “Ci Vorrebbe un Amico” 2009-2010.*

### **Allegato 3**

*Annuncio pubblicitario di “Ci Vorrebbe un Amico” 2009-2010.*

#### **Allegato 4**

*Scheda compilativa di adesione per i volontari di “Ci Vorrebbe un Amico” 2009-2010.*

## **Allegato 5**

*Dati generali degli aspiranti volontari di “Ci Vorrebbe un Amico” 2009-2010.*

## **Allegati 6**

- a) Test teorico sottoposto ai volontari di “Ci Vorrebbe un Amico” 2009-2010

**b)** *Risultati al test teorico sottoposto ai volontari di “Ci Vorrebbe un Amico” 2009-2010*



**Allegati 7**

- a) Test conclusivo sottoposto ai volontari di “*Ci Vorrebbe un Amico*”  
2009-2010

**b)** Risultati al test conclusivo sottoposto ai volontari di “Ci Vorrebbe un Amico” 2009-201

## **Allegato 8**

*Invito alla conferenza conclusiva di “Ci Vorrebbe un Amico” 2009-2010 il 9 Giugno 2010.*