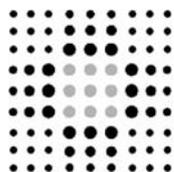


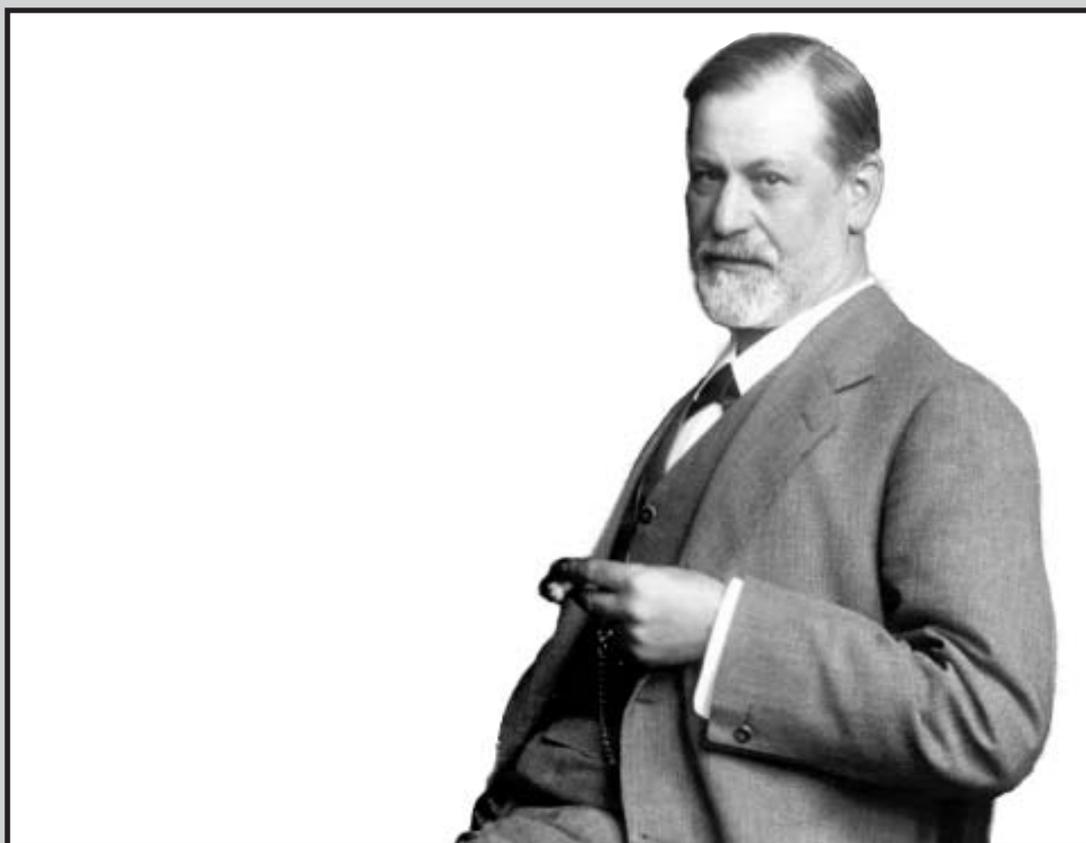
**O** 2007  
**T**  
**T**  
**O**  
**B**  
**B**  
**E**



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA**  
Azienda Unità Sanitaria Locale di Rimini

**PROGRAMMA DI PSICOLOGIA**  
Dall'analisi dei bisogni alla pratica clinica

**Quaderni ASRI**



**102**

a cura della Dott.ssa Maria Maffia Russo



## Indice

**Presentazione** ..... pag. 3  
Dott. Paolo Pasini – *Direttore ISS San Marino*

### **Introduzione**

**“Dall’analisi dei bisogni alla pratica clinica”** ..... pag. 4  
Dott.ssa Maria Maffia Russo - *Direttore del Programma di Psicologia Azienda USL Rimini*

**“Fattori di rischio e fattori di protezione in adolescenza”** ..... pag. 9  
Dott.ssa Augusta Barbieri - *Psicologa, psicoterapeuta Azienda USL Rimini*

**Protocolli localmente concordati per l’area adolescenza** ..... pag. 14  
*La diagnosi e il trattamento degli adolescenti a rischio.*  
*La diagnosi e il trattamento dei disturbi del comportamento alimentare in adolescente.*  
*La diagnosi e il trattamento dell’adolescente con psicopatologia.*

**“La valutazione delle risorse genitoriali:  
strumento per l’attivazione di un percorso di cura”** ..... pag. 40  
Dott.ssa Marta Lorusso - *Psicologa, psicoterapeuta Azienda USL Rimini*

**Protocolli localmente concordati per l’area famiglia** ..... pag. 45  
*La diagnosi clinica e il trattamento della famiglia nei casi di maltrattamento e abuso di minori.*  
*La valutazione clinica ed il trattamento della famiglia affidataria.*  
*La diagnosi e il trattamento delle famiglie disfunzionali.*  
*L’attività psicologica rivolta alle famiglie con paziente psichiatrico inserito in comunità.*

**“Criteri di eleggibilità ai trattamenti psicologici  
per i pazienti adulti nell’Azienda USL di Rimini”** ..... pag. 76  
Dott. Sergio Tarducci - *Psicologo, psicoterapeuta Azienda USL Rimini*

**Protocolli localmente concordati per l’area adulti** ..... pag. 80  
*La diagnosi e il trattamento della depressione post partum.*  
*La diagnosi e il trattamento delle problematiche psicologiche connesse a I.V.G..*  
*La diagnosi e il trattamento dei disturbi della sfera emotiva.*  
*La diagnosi e il trattamento dei disturbi di personalità nei giovani adulti.*  
*La diagnosi e il trattamento dei disturbi da uso di sostanze.*  
*La diagnosi e il trattamento del ritardo mentale.*  
*La diagnosi e il trattamento del disagio psico-sociale.*  
*La diagnosi e il trattamento psicologico nei casi di disabilità fisica e/o sensoriale in età adulta.*

**“Minori a rischio e vulnerabili sul piano socioambientale, familiare, educativo, affettivo, emotivo: Trattamento psicologico integrato e interventi di rete”** ..... pag.124

Dott.ssa Anna Rosa Novaga - *Psicologa, psicoterapeuta Azienda USL Rimini*

**Protocolli localmente concordati per l'area infanzia**..... pag.127

*La diagnosi ed il trattamento dei minori a rischio di deprivazione socio ambientale e/o familiare e/o di vulnerabilità educativa e/o affettiva.*

*La diagnosi ed il trattamento dei disturbi del comportamento.*

*La diagnosi ed il trattamento dei disturbi pervasivi dello sviluppo con o senza ritardo mentale.*

*La diagnosi ed il trattamento dell'abuso e del maltrattamento nell'età evolutiva.*

**“L'ospedale come luogo di relazione:i punti centrali dell'attività psicologica”** ..... pag.158

Dott.ssa Pamela Bagli - *Psicologa, psicoterapeuta Azienda USL Rimini*

**Protocolli localmente concordati per l'area ospedale**..... pag.162

*La diagnosi ed il trattamento dei paziente terminale in hospice.*

*La diagnosi ed il trattamento paziente con insufficienza renale cronica.*

*La diagnosi ed il trattamento del paziente oncologico.*

*La diagnosi ed il trattamento del bambino onco-ematologico e dei suoi famigliari.*

## Presentazione

L'istituzione del Programma Psicologia presso l'Azienda Usl di Rimini, rappresenta molto di più di un riassetto del quadro organizzativo, costituisce il riconoscimento della necessità di una profonda rivisitazione dei percorsi di cura attraverso modalità e strumenti che fino ad ora, e forse, anche ora, rimangono, in taluni contesti, piuttosto estranei alla pratica clinica in psicologia.

Innanzitutto prendere le mosse dalla valutazione dei bisogni può apparire scontato, ma non lo è, in quanto partire dai bisogni significa produrre un percorso di valutazione delle risorse disponibili, di programmazione degli interventi, di esigenze di connessione con altri operatori ed altri servizi, significa mettere in relazione e in discussione le pratiche e le metodologie del singolo professionista con la comunità dei colleghi.

Significa, dunque, affrontare il rischio dell'autoreferenzialità o della dinamica che prevede un orizzonte di esclusiva appartenenza professionale, per prendere, invece, il largo verso dimensioni molto più ampie: quelle del confronto fra pratiche terapeutiche, il confronto con gli altri servizi e le professioni, il riconoscimento necessario della compatibilità delle risorse.

A questo punto la prospettiva dell'integrazione esce dalle dimensioni dello "slogan", a volte ideologic, o per essere assunta quale linea guida, "leit motiv", che diventa la caratteristica inevitabile di ogni percorso che presuma di essere efficace.

Questo lavoro testimonia i larghi frutti di questa prospettiva, applicando concretamente il criterio dell'integrazione e dell'efficacia nei contesti più critici in cui si sostanziano i bisogni più evidenti e immediati: nell'area dell'adolescenza, della famiglia, dell'infanzia, degli adulti e in ambito ospedaliero. L'esplicita documentazione dei procolli localmente concordati testimonia una volontà ed una prospettiva che si affrancano dalle appartenenze a "circoli esclusivi" o dai ristretti ambiti dei singoli servizi, per scegliere un percorso che guardi soprattutto alle condizioni pratiche del contesto, dei servizi, delle competenze, delle risorse. In questo modo il protocollo esce dal formalistico, schematico, burocratico (e in fondo difensivo) approccio al problema, per costituire un percorso strutturato, utile, pragmaticamente percorribile, che possiede nell'efficacia e nella risposta al bisogno il suo proprio orizzonte.

In secondo luogo questa metodologia è ampiamente aperta alle revisioni che la realtà, l'insorgenza dei nuovi bisogni, i mutati tempi, richiederanno. Insomma, è insito nel metodo di approccio, la necessità di una verifica e revisione costante "in progress" degli strumenti di valutazione, delle metodologie, delle forme organizzative.

Auspichiamo che il prodotto finale sia rappresentato da ciò che ci attendiamo: integrazione tra professioni, operatori, servizi; dimensione strutturata dell'intervento, valutazione dei risultati e revisione delle procedure. Tutto ciò non per un'astratta alchimia organizzativa, ma per rispondere ai bisogni dei cittadini.

A me sembra che questa sia la prospettiva in cui nasce questa nuova stagione di sviluppo dei servizi di psicologia e, confortati dall'ampia e concreta documentazione, dalla serietà e impegno nell'approccio e dall'impegno di sottoporre tutto il processo ad un consapevole e impegnativo percorso di valutazione, non possiamo che guardare favorevolmente agli esiti futuri, anche se, naturalmente, saranno i risultati a dirci se si è visto giusto.

In ogni caso, non possiamo che rimarcare il grande impegno profuso da tutti i professionisti e da tutti i gruppi, cui va un sentito e sincero ringraziamento, così come i medesimi sensi di riconoscenza vanno al Direttore del Programma Psicologia Dott.ssa Maria Maffia Russo per la dedizione nell'organizzare questo lavoro.

Con l'auspicio di trovarci fra qualche tempo per valutare i proficui risultati di un tale, imponente, lavoro, auguro a tutti gli operatori di mantenere la stessa tensione e motivazione perchè le sfide che ci attendono saranno sempre più intense, importanti e impegnative.

Paolo Pasini

## **DALL'ANALISI DEI BISOGNI ALLA PRATICA CLINICA**

**Dott.ssa Maria Maffia Russo**

In occasione della presentazione del Programma di Psicologia, che si è realizzata nel mese di maggio 2006, è stata esposta una prima fase del lavoro del Programma, che aveva l'obiettivo di individuare i bisogni, inerenti l'area della psicologia, della popolazione nella Provincia di Rimini. Tali bisogni sono stati rintracciati a partire da strumenti nazionali, i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), e strumenti locali (42 interviste a dirigenti dell'Azienda Sanitaria) in modo da contestualizzare i bisogni alla realtà della nostra Provincia.

A seguito di questo lavoro sono stati individuati i bisogni dei seguenti target di popolazione: l'Infanzia, l'Adolescenza, la Famiglia, gli Adulti e i Pazienti ospedalizzati.

La seconda fase del lavoro, oggetto di questo documento, ha avuto invece l'obiettivo di individuare le risposte specifiche della Psicologia ai bisogni della popolazione, così come sono emersi nel corso della prima fase del lavoro, e di renderle visibili e riconoscibili.

Per dare attuazione alla promozione dell'efficacia ed appropriatezza di tali risposte nella pratica clinica è stato individuato, come strumento di lavoro, il "Protocollo Localmente Concordato": tale strumento "micro" ha permesso di evidenziare, all'interno dei confini "macro" dei LEA, le risposte specifiche, a cura dell'area della psicologia dell'Azienda USL di Rimini, ai bisogni individuati.

### **Le priorità**

Nel pianificare e realizzare questo lavoro è stato necessario definire alcuni criteri per individuare le priorità, in ordine all'appropriatezza degli interventi:

- l'osservazione dei dati epidemiologici per evidenziare l'incidenza di un particolare disagio nel nostro territorio;
  - l'analisi della domanda con particolare attenzione rivolta a discriminare tra bisogni indotti e bisogni reali;
  - l'individuazione degli interventi di maggiore efficacia secondo gli studi scientifici e le Linee Guida Nazionali e infine l'attenzione al limite rappresentato dalle risorse finite del Servizio Nazionale Sanitario,
- sono stati gli indicatori utilizzati.

### **Il Protocollo Localmente Concordato**

Il metodo di lavoro per la realizzazione dei protocolli ha previsto la costruzione di 5 gruppi di lavoro mono-professionali e l'individuazione di un conduttore per ciascuno di essi.

Il Direttore del Programma ha incontrato i conduttori dei gruppi per un totale di 5 incontri, mentre i conduttori dei gruppi si sono confrontati con il proprio gruppo di partecipanti con un impegno medio di circa 60 ore per ogni gruppo. Sono stati coinvolti tutti gli psicologi dell'Azienda USL.

Il mandato di ogni gruppo, uno per ogni target di popolazione precedentemente individuato (Infanzia, Adolescenza, Famiglia, Adulti e Pazienti Ospedalizzati), è stato quello di partire dalla pratica clinica, così come viene attualmente svolta nell'ambito dell'Azienda USL di Rimini: l'attenzione all'aderenza tra la pratica clinica e il percorso di individuazione dei bisogni, ha permesso di evitare i tradizionali rischi connessi alla costruzione di Linee guida, ossia di farne un esercizio semplicemente accademico, di realizzare una direttiva "amministrativa" e/o di farne uno strumento esclusivamente dedicato a veicolare l'informazione scientifica.

Certamente il valore aggiunto della metodologia di lavoro utilizzata è stato quello di sviluppare una "competenza professionale" di professionisti che, pur lavorando in settori diversi (NPI, Tutela Minori, SerT, Salute Mentale, Consultorio, disabilità fisica...) e con diverse esperienze formative, hanno evidenziato una comune "pratica-esperienziale" e sviluppato una competenza "orizzontale" sulle metodologie di approccio piuttosto che sulle singole tecniche di intervento.

In questo modo si è tentato di superare la logica dell'appartenenza alle singole Unità Operative, logica che rischia di diventare una barriera alla comunicazione, permettendo di sviluppare un "sapere connessionale", intendendo con ciò quella operazione cognitiva che consente di muoversi da un terreno conosciuto ad un altro non ben conosciuto con il risultato di produrre nuovi apprendimenti.

In questi anni l'area della psicologia dell'Azienda USL è stata impegnata in Servizi ed attività rivolte a persone appartenenti a gruppi vulnerabili per i quali sono richiesti trattamenti a setting plurimi e ad alta integrazione socio-sanitaria: per esempio l'integrazione scolastica e lavorativa di persone disabili, la ricerca di alternative all'istituzionalizzazione per minori trascurati, maltrattati e/o abusati, l'ambito delle dipendenze patologiche, della salute mentale, delle condizioni di disagio giovanile e delle fragilità genitoriali. La costruzione dei protocolli ha fatto seguito ad una riflessione sui nuovi bisogni, con l'utilizzo di alcune regole guida. Attraverso il monitoraggio della pratica clinica si è tentato di individuare i cambiamenti necessari nei vari setting clinici. La ricerca si è confrontata con questioni epistemologiche, scientifiche e sociali complesse, ma la necessità di pensare e descrivere un paradigma integrato, multifattoriale e flessibile della psicologia clinica e della psicologia di comunità, è stata sicuramente la prima regola.

Poi è stato necessario considerare il setting, cioè la cornice entro la quale si sviluppa il trattamento, il luogo in cui il paradigma della complessità trova la sua concretezza. La sua esplicitazione e trasparenza sono condizioni indispensabili di professionalità e scientificità.

L'importanza della "contestualizzazione" a livello locale si è declinata nel considerare il nostro contesto sociale (programmi provinciali, ricerche nel territorio), l'organizzazione specifica di appartenenza (il modello aziendale), le risorse disponibili e la formazione dei professionisti.

Un altro aspetto, perseguito in modo sistematico, è stato quello relativo alla ricerca in letteratura delle prove di efficacia disponibili rispetto alle metodologie e ai trattamenti individuati nei vari protocolli.

Ultimo elemento, regola guida, è stato la condivisione delle scelte che ha rappresentato anche la base per l'implementazione dei protocolli.

### ***Le finalità***

Il protocolli realizzati, in numero di 23, hanno un triplice scopo: mettere a disposizione di tutti i professionisti degli indicatori utili per definire quale intervento sia più efficace e quale trattamento più appropriato a specifiche categorie di pazienti; esplicitare agli altri professionisti dell'Azienda quale è la specificità della risposta della psicologia in ordine alle priorità evidenziate; rendere visibile e informare l'utenza su quanto e cosa attendersi dal Servizio Sanitario e dagli operatori come risposta ai propri bisogni.

I protocolli sono stati costruiti a partire da un indice comune che esplicita l'inquadramento teorico, i fattori di rischio, gli strumenti e le modalità per la diagnosi, gli strumenti e le modalità per il trattamento, i criteri di eleggibilità ai trattamenti individuati, i criteri di accesso e i documenti di registrazione.

### ***Inquadramento teorico***

Nel corso del lavoro i punti centrali della discussione hanno riguardato:

primo fra tutti la prospettiva per cui, valutare prioritariamente il bisogno del paziente e del suo contesto, presuppone che la domanda a cui rispondere non sia qual è la tecnica migliore, ma piuttosto quale quella più efficace per questo paziente che ha questo specifico problema e in questa specifica situazione. In campo clinico si è venuto affermando sempre più un approccio metodologico caratterizzato dalla logica della flessibilità in opposizione al dogmatismo che considera una sola la vera cura.

### ***Modalità per la diagnosi***

È ormai assodato che sono molteplici i fattori che concorrono a determinare lo stato di disagio e/o di disturbo mentale: la storia familiare, il contesto sociale e le caratteristiche personali; pertanto diviene indispensabile, al fine di avere una visione globale del paziente, tenere conto di tale multifattorialità e quindi integrare la classificazione descrittiva del sintomo con la “classificazione positiva”, che individua le risorse presenti nelle persone, nelle famiglie e nei gruppi evidenziandone i modelli di funzionamento. La valutazione diagnostica è inoltre un processo dinamico, che tiene conto dei fattori protettivi e di opportunità di cambiamento.

Un altro importante elemento di riflessione nei gruppi è stata l’attenzione posta all’individuazione delle condizioni di rischio. L’attenzione a tale paradigma permette di costruire ipotesi diagnostiche precoci sul disagio, di identificare le relazioni predittive e significative che possono contribuire allo sviluppo dello stesso e di individuare gli interventi di protezione.

L’osservatorio della psicologia clinica appare privilegiato a questo scopo, può infatti contribuire alla definizione di strategie di potenziamento dei fattori protettivi e alla costruzione, in collaborazione con le altre agenzie presenti nel territorio, di progetti terapeutici integrati nelle situazioni ad alta complessità di bisogno.

### ***Eleggibilità ai trattamenti***

In merito all’eleggibilità ai trattamenti psicologici per il target “adulti” due sono i riferimenti di cui abbiamo tenuto conto: i Livelli Essenziali di Assistenza e il dibattito sui disegni di Legge del 2006 “Cancrini” e “Di Virgilio”.

I L.E.A. definiscono macro-raggruppamenti di target di popolazione eleggibili al trattamento psicologico nel Servizio Sanitario Nazionale, che risultano però essere troppo generici per la identificazione di quali tipologie di pazienti e per quali trattamenti. I disegni di Legge “Cancrini” e “Di Virgilio” pongono la questione della esternalizzazione delle psicoterapie: la considerazione che le strutture pubbliche non possono permettersi di offrire interventi psicoterapeutici strutturati a tutti i soggetti che ne fanno richiesta, si accompagna alla proposta di attribuire il mandato alle Aziende USL di prescrivere e monitorare trattamenti psicoterapeutici e di garantirne l’accesso in regime di terzietà. I disegni di Legge propongono inoltre che le risorse vengano individuate attraverso la compartecipazione alla spesa dei cittadini da una parte, e dall’altra, attraverso il risparmio ottenuto nell’ambito dei Dipartimenti di Salute Mentale, dal ridotto uso dei farmaci e dalla diminuzione dei ricoveri ospedalieri, creando così una connessione/consequenzialità che, a nostro parere, pone questioni di ordine etico e deontologico di complicata risoluzione.

A seguito di tali considerazioni il gruppo di lavoro “adulti” ha delineato le caratteristiche di eleggibilità dei pazienti ai trattamenti psicologici nell’Azienda USL di Rimini, concordando sull’assunto che la classificazione diagnostica non può rappresentare l’unico parametro di inclusione di un paziente al trattamento, ma è necessario considerare la correlazione tra le aree compromesse quali le alterazioni funzionali, il disagio psicosociale, i problemi relazionali, l’abuso di sostanze, lo stato di disabilità e il deficit intellettuale, e le risorse presenti e quindi, il profilo del funzionamento mentale ancor più del quadro sintomatologico.

### ***I trattamenti***

Lo sviluppo della psicoterapia, l’ampliamento delle potenzialità del lavoro psicologico, sia clinico che di comunità e l’estendersi delle ricerche empiriche e cliniche sulle psicoterapie, rendono necessaria una sempre maggiore chiarezza riguardo a tecniche e obiettivi. In risposta a ciò lo strumento dei Protocolli Localmente Concordati ha posto particolare attenzione all’esplicitazione degli obiettivi dei trattamenti.

Una particolare riflessione è stata fatta, in riferimento ai percorsi terapeutici, sulla necessità di coniugare, nell’ambito del Servizio Pubblico, i principi della tecnica con la complessità dei bisogni e con la pluralità dei setting possibili e la psicoterapia “a tempo definito” ha risposto a questa necessità. Nel dibattito all’interno del gruppo la psicoterapia “breve” o “focale”, tecnica che

riguarda una limitata quota di utenza e che presuppone un'attenta selezione della stessa, è stata distinta in modo netto dalla fallace coincidenza con "corta".

Il lavoro terapeutico con i gruppi rappresenta un'altra tipologia di trattamento che abbiamo indicato come efficace e appropriato, nell'ambito del Servizio Pubblico, poiché rappresenta, con il proprio setting, una rete intermedia fra quella primaria (la famiglia) e quella secondaria (i contesti extra-familiari) e quindi permette la mobilitazione delle caratteristiche complessive dei legami sociali.

La pluralità di opportunità offerte dal lavoro con i gruppi ne richiede una rigorosa declinazione:

- proponiamo l'utilizzo della "psicoterapia" per quei gruppi che per problematiche affrontate ed adeguatezza del setting, si pongono espliciti obiettivi di cura della sintomatologia;
- gruppi di sostegno che si pongono obiettivi di maturazione emotiva, di positivo scambio interpersonale e di migliore gestione dei sintomi e delle difficoltà;
- infine gruppi di psico-educazione che si pongono obiettivi di socializzazione, formativi, pedagogici e preventivi legati alla crescita soggettiva, interpersonale e organizzativa del paziente, della sua famiglia e della comunità.

Ulteriori tipologie di trattamento che abbiamo preso in esame sono:

- i trattamenti integrati, interventi diversi e complementari, focalizzati su un bisogno riconosciuto come centrale;
- gli interventi di rete, interventi che svolgono una funzione protettiva di sostegno sociale assicurato sotto forma di aiuto emotivo, strumentale, informativo e valutativo.

Caratterizzati entrambi da una logica di cogestione con altre articolazioni aziendali e da una metodologia di lavoro multidisciplinare.

### ***La valutazione degli esiti***

La valutazione degli esiti in psicoterapia è fondamentale per aumentare il grado di conoscenza su come fornire prestazioni sempre più appropriate, in risposta ai bisogni assistenziali e di cura. Nei protocolli localmente concordati sono indicati i criteri di inclusione dei pazienti ai trattamenti e gli strumenti per la diagnosi. Abbiamo individuato quali strumenti di valutazione specifici per i trattamenti:

- il CORE-OM (Clinical outcome for routine evaluation) per il target adulti, largamente utilizzato nel Regno Unito per valutare l'esito delle psicoterapie nel Servizio Pubblico per il target "adulti" e validato in Italia a cura di 22 Servizi Pubblici di psicologia. Lo strumento è apparso particolarmente utile poiché, oltre ad essere di facile impatto ed impiego per gli operatori, risponde ad una duplice esigenza: valutare l'esito degli interventi proposti e definire i profili clinici degli utenti dell'area della psicologia.
- la ricerca-intervento, in collaborazione con l'Università di Bologna, per la validazione dei Protocolli. La prima sperimentazione riguarderà il Protocollo sulla Depressione post-partum.

### ***Psicologia ospedaliera***

Una riflessione specifica è stata realizzata a proposito della psicologia ospedaliera: sono stati individuati gli obiettivi specifici della psicologia clinica in ospedale e costruiti 4 Protocolli Localmente Concordati.

Tra gli obiettivi specifici la ricerca rappresenta lo strumento di elezione per favorire la comunicazione con i colleghi medici; sono in atto attualmente tre ricerche:

- valutazione dell'efficacia del modello operativo del lavoro psicologico con pazienti oncologici;

- la consapevolezza della diagnosi: validazione di uno strumento diagnostico;
- la percezione del bisogno di competenze e di strumenti psicologici da parte degli operatori sanitari.

La formazione delle équipe curanti rappresenta un ulteriore obiettivo della psicologia ospedaliera.

### **Obiettivi futuri**

La terza fase dell'attività del Programma di Psicologia sarà dedicata alla costruzione di percorsi di cura integrati fra i diversi professionisti e le diverse articolazioni aziendali, al fine di predisporre risposte a domande e bisogni che si presentano con sempre maggiore complessità e che richiedono una gestione del percorso di cura e l'utilizzo di strumenti del governo clinico appropriati.

I progetti oggetto del lavoro futuro riguardano:

#### *Area famiglia/infanzia:*

- Abuso e maltrattamento:  
definizione di équipe multidisciplinare per l'approfondimento diagnostico e il trattamento per le situazioni di maltrattamento e abuso sui minori
- Genitorialità sociali: affidamento e adozioni:  
definizione di percorsi integrati

#### *Area adolescenza:*

- Disturbi del comportamento alimentare:  
definizione di percorso integrato per la valutazione diagnostica ed il trattamento dei DCA

#### *Area adulti:*

- Disabilità fisica e sensoriale:  
definizione di protocollo integrato tra Neurologia Ospedaliera e Servizi Territoriali per l'assistenza psicologica nei casi di disabilità fisica e/o sensoriale in età adulta.
- Depressione post-partum:  
definizione di protocollo integrato tra Servizi Ospedalieri e Territoriali per il rilevamento precoce ed il trattamento della depressione post-partum.

*A conclusione del lavoro svolto vorrei ringraziare i professionisti psicologi dell'Azienda USL di Rimini, che con il loro lavoro hanno contribuito ad evidenziare la complessità insita nelle relazioni di cura e ne hanno permesso, in alcuni casi, una esplicitazione scientifica, superando rigidità teoriche e setting prestabiliti.*

*Ringrazio inoltre i giovani colleghi che con il loro entusiasmo ed i "freschi" studi, hanno favorito la ricerca in letteratura di lavori caratterizzati da originalità di elaborazione rispetto ai parametri classici delle terapie psicologiche.*

## **FATTORI DI RISCHIO E FATTORI DI PROTEZIONE IN ADOLESCENZA**

**Dott.ssa Augusta Barbieri**

### **Adolescenza e rischio**

L'adolescenza è una fase particolarmente delicata dello sviluppo dove le molte potenzialità e risorse convivono con un elevato rischio di perturbazioni sia intrapsichiche che interpersonali. Parlare di adolescenza significa parlare di un processo che si realizza su un arco di vari anni. Si tratta di un cambiamento che consiste in modificazioni complesse che attengono tutti i livelli strutturali e funzionali dell'individuo: quello biologico, specie quello somatico e sessuale, quello psicologico, nei suoi versanti cognitivi, affettivi-emotivi, quello relazionale-sociale. Essa si caratterizza come un periodo di transizione in cui l'individuo, deve affrontare una serie di compiti, tra cui lo sviluppo di una propria identità, l'accettazione della nuova struttura corporea, il distacco dal nucleo familiare, il raggiungimento di un senso di responsabilità che lo rende capace di rispondere di sé, cioè di riconoscere ed assumere il proprio posto nella storia. Affrontare una così grande trasformazione comporta "disagio" e ne sono testimonianza tanti comportamenti che espongono al rischio. Una tale tendenza sembra essere una parte ineliminabile del processo adolescenziale. Bisogna considerare queste azioni a rischio come modalità dotate di senso, utilizzate da numerosi adolescenti, in uno specifico momento della loro vita e in un particolare contesto per raggiungere scopi personalmente e socialmente significativi (autonomia, identificazione, trasgressione, coping, comunicazione con i coetanei). Affrontare il rischio in adolescenza è, per certi aspetti, un compito evolutivo, anche se è necessario distinguere fra un rischio adattivo e costruttivo e un rischio autodistruttivo e coattivo. Il primo è fondamentale per una messa alla prova del corpo e delle nuove capacità cognitive, quindi accompagnato da una buona consapevolezza del pericolo e dei propri limiti. Il secondo invece è un rischiare per rischiare; piuttosto che di necessità bisogna parlare di fatalità poiché chi rischia non si percepisce responsabile, ma agito da forze alieni.

Sta di fatto che i percorsi di sviluppo sono vari e personalizzati, ma non così pervasivamente disadattivi come una certa rappresentazione sociale dell'adolescenza ha invece sottolineato. La ricerca empirica ha mostrato, al contrario, che il coinvolgimento nel disagio ad alto rischio riguarda una minoranza di adolescenti, la maggioranza dei quali transita alla giovinezza e all'età adulta senza mettere a repentaglio in modo grave il proprio benessere.

La stessa tendenza è stata rilevata anche nella nostra realtà dal progetto di Educazione Familiare "Morte, Futuro, Desiderio", coordinato dal Prof. Andreoli e realizzato dall'Assessorato ai Servizi Sociali del Rimini nel 2003, i cui risultati mettono in evidenza una buona tenuta del tessuto familiare e sociale in ordine alla crescita e sviluppo degli adolescenti, anche se evidenziano situazioni di disagio "estremo" che vanno attentamente considerate.

### **Fattori di rischio e fattori di protezione**

Il motivo per cui un ragazzo finisce per sviluppare un quadro patologico ed un altro no, non risiede solamente in quel ragazzo, ma risulta dall'ampia interazione fra molteplici fattori. Definiamo **fattori di rischio** quelle condizioni oggettive e soggettive che ostacolano lo sviluppo orientando l'adolescente a comportamenti maladattivi. Nessun singolo fattore di rischio è determinante, ma è la loro aggregazione a costituire una reale situazione di pericolo per lo sviluppo. Essi infatti non si presentano mai in forma isolata, ma risultano fortemente correlati, secondo il noto detto per cui le disgrazie non vengono mai da sole. La letteratura scientifica usa il termine "effetto vortice" per indicare che gli eventi negativi sono spesso interconnessi: per esempio, la povertà di risorse economiche è aggravata dalla disoccupazione, gli adulti che perdono il lavoro e fanno uso di sostanze psicotrope non sono in grado di esercitare in modo efficace le loro competenze genitoriali e ricorrono a comportamenti e pratiche abusive nei confronti dei minori.

Nella minoranza di adolescenti ad alto rischio possiamo raggruppare i comportamenti problematici in due grandi aree : quella **dei disturbi esternalizzati** (tendenza ad agire verso l'esterno le proprie conflittualità interne) e quella **dei disturbi internalizzati** (si mantengono all'interno del vissuto dell'individuo). I primi possono esitare in comportamenti devianti, oppositivi ed aggressivi; i secondi in forme psicopatologiche come depressione, ansia, disturbi nevrotici, disturbi del comportamento alimentare.

Proviamo ora ad individuare quali siano i **fattori di rischio** implicati nello sviluppo di **disturbi esternalizzati**:

A) Individuali e psicologici:

- Appartenenza ad un'altra cultura, handicap fisico e/o mentale, risultati scolastici fallimentari, vulnerabilità biologica, scarse competenze cognitive e sociali, basso livello di autostima, ricerca di esperienze sensoriali forti, alti livelli di impulsività ed aggressività, comportamenti autodistruttivi, disturbi della condotta diagnosticati nell'infanzia

B) Familiari:

- Storia familiare multiproblematica (problemi economici, di alcool e tossicodipendenza, malattia mentale..), alta conflittualità familiare, abusi e maltrattamenti fisici e psicologici, esposizione alla violenza nell'ambito familiare, perdite/separazioni, morte o grave patologia di un genitore, scarse capacità di accudimento e relazioni affettivamente deprivanti e rifiutanti, mancanza o inadeguatezza degli interventi educativi degli adulti

C) Psicosociali:

- Cristallizzazione in comportamenti di gruppo rituali, ripetitivi e negativi; prevalenza di una cultura sociale permissiva improntata alla ricerca del piacere e alla negazione del limite; particolare contesto riminese caratterizzato da "due velocità" e che registra un profondo divario fra i mesi estivi e quelli invernali.

Se consideriamo invece i fattori di rischio per lo sviluppo dei **disturbi internalizzati** non è facile offrire un elenco, visto l'ampiezza delle forme psicopatologiche. Per tale motivo si ritiene utile effettuare una scelta e focalizzarsi sui fattori di rischio dei disturbi del comportamento alimentare (DCA). La motivazione che ci guida in tale opzione è legata al fatto che i DCA rappresentano una forma di disagio, tipica del nostro contesto culturale, che risulta in aumento nella popolazione adolescenziale tanto da essere considerata da alcuni autori (Gordon R. , 2002) una vera e propria epidemia sociale:

D) Fattori di rischio individuali e psicologici

Età, sesso femminile, pregressa condizione di lieve sovrappeso, abuso sex o altre esperienze traumatiche, tratti di personalità come perfezionismo, pensiero rigido, ansia, depressione, isolamento sociale, presenza di tratti ossessivi, bassa autostima, timore di non essere accettati, eccessiva introiezione di norme sociali, ipercriticismo nei confronti del peso e dell'aspetto fisico.

E) Familiari:

Presenza di disturbi psichici o psichiatrici, relazioni familiari disfunzionali (confusione di ruoli, invischiamento relazionale, mancanza di confini generazionali), casi di disturbi del comportamento alimentare all'interno della famiglia, un'attenzione ossessiva al peso e alle forme corporee da parte dei genitori e dei fratelli,/sorella, un attaccamento caratterizzato da timore di separazione , atteggiamento ipercritico ed ossessivo da parte dei genitori nei confronti della figlia.

## F) Psicosociali

Maggiore diffusione della patologia alimentare nei paesi industrializzati, diffusione dell'idea di magrezza quale canone di bellezza, specie per la donna, eccessiva attenzione al corpo, pratica di discipline sportive in cui il requisito della magrezza è valorizzato per ottenere prestazioni e risultati ottimali (pattinaggio, ginnastica artistica, danza..)

Accanto ai fattori di rischio è necessario considerare anche i **fattori ambientali protettivi** e la **resilienza** ( in fisica descrive la proprietà dei materiali di resistere agli urti senza spezzarsi) dell'adolescente, che fa sì che, nonostante l'esposizione a fattori di rischio anche multipli, un certo numero di ragazzi non sviluppi alcun disturbo. I fattori protettivi non devono essere considerati unicamente come l'assenza o l'opposto dei fattori di rischio, quanto piuttosto come fattori autonomi in grado di bilanciare gli effetti nocivi dei fattori di rischio. **La resilienza** fa capo a quei fattori individuali, costituzionali e temperamentali, che rendono alcuni adolescenti particolarmente capaci di resistere ai fattori di rischio e di far fruttare al massimo i fattori protettivi anche modesti, che comunque non sono mai assenti nella vita di ciascun individuo.

L'identificazione di un modello patogenetico che tiene conto dei fattori di rischio, dei fattori protettivi e della resilienza dell'adolescente è un momento essenziale per la diagnosi, il trattamento e la prevenzione delle condotte psicopatologiche.

Distinguiamo i fattori di protezione in individuali-psicologici, familiari e sociali:

- a) Individuali-Psicologici:
  - Resilienza, fattori temperamentali, empatia, autostima, desiderio di migliorarsi, insight, capacità di assumersi la responsabilità, autonomia personale.
- b) Familiari:
  - Buone relazioni affettive, possibilità di ricevere supporto e aiuto nelle difficoltà.
- c) Sociali:
  - Buone relazioni amicali e di vicinato, possibilità di usufruire di agenzie scolastiche, educative e di servizio sociale pubbliche e del privato sociale.

## Esemplificazione di un caso clinico

Giovanni è un giovane di 16 anni. Il padre, operaio, abusa di alcool e ha fatto un percorso per disintossicarsi, senza esito. La madre lavora come impiegata e soffre di un disturbo del comportamento alimentare, un Binge eating disorder. In casa ci sono altre due figlie, Lucilla e Teresa esattamente di 14 e 20 anni. Le condizioni economiche del nucleo sono precarie anche perché il capofamiglia cambia spesso attività, rimanendo per lunghi periodi disoccupato. Giovanni frequenta il secondo anno di un istituto professionale, ma bigia spesso la scuola e quando è presente si comporta come un bullo, rivolgendosi con prepotenza agli insegnanti, mancandoli di rispetto e arrivando anche all'insulto. Si sospetta che faccia uso di sostanze. I genitori già in carico al servizio sociale per una richiesta di contributo, sono molto preoccupati e fanno presente all'assistente sociale i mancati rientri notturni del figlio che si accompagna a ragazzi del paese più grandi e ritenuti dei poco di buono. Inutili sono i tentativi del servizio di coinvolgere il ragazzo per sollecitare una sua presa di responsabilità. La situazione precipita e Giovanni una notte insieme agli amici viene coinvolto in un furto.

In questo caso si evidenziano numerosi fattori di rischio (psicopatologia dei genitori, povertà del nucleo, atteggiamenti provocatori sfidanti, bullismo, sospetto uso di sostanze, acting dell'adolescente...) e la domanda degli operatori riguarda la possibilità di attivare fattori di protezione che agiscano come "cuscinetto contro i rischi", in modo da favorire lo sviluppo delle capacità di recupero di Giovanni e, così, orientarlo ad uno sviluppo più adattivo.

Attraverso la valutazione clinica come lente che orienta lo psicologo ad individuare la presenza di fattori protettivi, emerge subito la disponibilità dei genitori ad un'autentica collaborazione con il servizio. Questi vengono accompagnati prima a porre un contenimento delle condotte devianti del ragazzo attraverso una denuncia, poi all'accettazione di un percorso del figlio in comunità. Il trattamento psicologico è inteso, quindi, come attivatore di una dimensione riflessiva che aiuti una messa in discussione e contrasti la tendenza all'acting.

Lo sguardo clinico ci aiuta ad elaborare un progetto di intervento sul ragazzo al quale collaborano vari operatori e che si rivela come fattore protettivo fondamentale in quanto cerca di integrare gli elementi che sono coinvolti nella complessità del caso. L'ipotesi che ci guida parte dal constatare che Giovanni tende ad utilizzare i comportamenti devianti per esternare un conflitto interno e difendersi da un sentimento di vuoto e di disvalore. Sul piano relazionale tali atteggiamenti gli servono per segnalare alla madre, onnipotente ed intrusiva, una presa di distanza; e al padre, marginale e inetto, il bisogno di diversificarsi dal suo modello.

Il progetto prevede da un lato la presa in carico dei genitori da parte dello psicologo con i seguenti obiettivi: comprendere le dinamiche relazionali e il ruolo esercitato sul comportamento del figlio, riconoscere il danno involontariamente esercitato e attivare esperienze emozionalmente correttive. Dall'altro lato viene attuata la presa in carico di Giovanni in Comunità in un percorso di accoglienza e terapia in cui viene messo a fuoco il drammatico rapporto con il padre tanto odiato quanto desiderato. La valutazione clinica come possibilità per favorire e rinforzare una buona alleanza terapeutica con la famiglia e l'adolescente rimane il perno intorno al quale ruotano gli interventi e tutti i fattori di protezione. Per esempio la collaborazione fra i professionisti del servizio e della comunità, la loro reciproca disponibilità a confrontarsi unita alla disponibilità del padre a riprendere un rapporto con il figlio rappresentano il fondamento per un'evoluzione positiva del ragazzo. Osserviamo con interesse che se riusciamo ad attivare fattori protettivi si innescano processi di resilienza inaspettati. Per esempio nel caso di Giovanni il riavvicinamento tra padre e figlio in uno spazio dedicato, sottrae il ragazzo alla fusione materna e permette ad entrambi di riconoscersi come persone, un padre e un figlio che si vogliono bene. Tale riavvicinamento risulta così coinvolgente che anche il padre chiederà prima del ritorno a casa del figlio di entrare in una clinica per disintossicarsi.

## **Concludendo**

Ci sembra suggestivo concludere le nostre riflessioni con due pensieri letterari, -uno di Gustave Flaubert e l'altro di Graham Greene- ed un'immagine di Salvador Dalì.

“L'avvenire ci tormenta, il passato ci trattiene, il presente ci sfugge” è la frase di Flaubert che sintetizza in maniera efficace lo stato d'animo che ingabbia spesso gli adolescenti più fragili e a rischio di disturbi che spesso incontriamo nei nostri servizi. Il secondo pensiero, di Greene: “Nella nostra adolescenza c'è sempre un momento in cui una porta si apre e lascia entrare l'avvenire”, ci fa riflettere sulla possibilità che nella vita un evento si riveli come un fattore protettivo inaspettato. Nella veste di operatori auspichiamo, almeno qualche volta, di essere per i ragazzi che incontriamo attivatori di resilienza, in modo tale da spalancare ad un avvenire più positivo come la bella immagine di Dalì suggerisce.

*“L’avvenire ci tormenta, il passato ci trattiene, il presente ci sfugge.”*

*Gustave Flaubert*

*“Nella nostra adolescenza c’è sempre un momento in cui una porta si apre e lascia entrare l’avvenire”*

*Graham Greene*



PROGRAMMA DI PSICOLOGIA Ausl di Rimini	<b>protocollo localmente concordato per LA DIAGNOSI E IL TRATTAMENTO DEGLI ADOLESCENTI A RISCHIO</b>	
---	--	--

## SOMMARIO

1. Introduzione.....	15
1.1. Inquadramento teorico .....	15
1.2. Target di riferimento e bisogno associato .....	18
2. Fattori di rischio.....	18
3. Strumenti e modalità per la Diagnosi.....	19
4. Strumenti e modalità per il Trattamento .....	19
5. Criteri di eleggibilità.....	20
6. Criteri di accesso .....	21
7. Documenti di registrazione.....	21
8. Riferimenti Bibliografici .....	22

Dr.ssa Augusta Barbieri- Conduttore del gruppo

Dr.ssa Maria Clerice Bucci  
 Dr.ssa Paola Marconi  
 Dr.ssa Patrizia Mussoni  
 Dr.ssa Marina Severi  
 Dr.ssa Letizia Zucchelli

Figure di supporto:

Dr.ssa Alessandra Ferrini  
 Dr.ssa Michela Mascarucci

PROGRAMMA DI PSICOLOGIA Ausl di Rimini	<b>protocollo localmente concordato per  LA DIAGNOSI E IL TRATTAMENTO DEGLI  ADOLESCENTI A RISCHIO</b>	
---	--	--

## 1. INTRODUZIONE

### 1.1. INQUADRAMENTO TEORICO

L'adolescenza è un periodo di rapide trasformazioni sul piano fisico, psicologico e relazionale; rappresenta una fase particolarmente delicata dello sviluppo dove le molte potenzialità e risorse convivono con un elevato rischio di perturbazioni sia intrapsichiche che interpersonali.

Essa si caratterizza come un periodo di transizione in cui l'individuo deve affrontare una serie infinita di compiti avendo a disposizione risorse personali talvolta inadeguate e sempre meno riferimenti culturali-sociali.

Tra i compiti di sviluppo essenziali compaiono per esempio lo sviluppo di una propria identità, il distacco dal nucleo familiare per il raggiungimento dell'autonomia personale, l'accettazione della nuova struttura corporea, l'acquisizione di un sistema di valori e di un comportamento socialmente accettabile, l'intreccio di nuove relazioni significative e il raggiungimento di un'indipendenza emotiva...I percorsi di sviluppo sono vari e personalizzati, ma non così pervasivamente disadattivi e problematici come si è ritenuto. La ricerca empirica ha mostrato, al contrario, che il coinvolgimento nel disagio riguarda una minoranza di adolescenti, la maggioranza dei quali transita alla giovinezza e all'età adulta senza mettere a repentaglio in modo grave il proprio benessere.

L'interazione fra una personalità "in formazione" ed una società che offre modelli di vita fragili e diversificati fa sì che l'adolescente possa essere definito "soggetto a rischio" che mette in pratica comportamenti a rischio in quanto possono compromettere sia il benessere psicosociale che la salute fisica.

La grande diffusione dei comportamenti a rischio in età adolescenziale, così come il fatto che molti di essi tendano a scomparire o a ridursi nelle età seguenti nella maggior parte dei giovani, indica chiaramente come non è possibile interpretarli in termini di psicopatologia individuale.

Bisogna considerare queste azioni a rischio come modalità dotate di senso, utilizzate da numerosi adolescenti, in uno specifico momento della loro vita e in un particolare contesto, per raggiungere scopi personalmente e socialmente significativi (autonomia, identificazione, trasgressione, coping, comunicazione con i coetanei...).

Affrontare il rischio in adolescenza non è un piacere e tanto meno un divertimento ma è una necessità fase-specifica della pubertà, è paradossalmente un compito.

La tendenza a intraprendere tutta una serie di comportamenti che espongono al rischio sembra essere una parte ineliminabile del processo evolutivo.

E' importante distinguere il rischio necessario e adattivo dal rischio autodistruttivo e coattivo che dovrebbe essere invece contenuto.

Il rischio costruttivo è necessario per la messa alla prova del nuovo corpo e delle nuove capacità cognitive, di solito è vissuto con buona consapevolezza del pericolo e dei propri limiti.

Il rischio distruttivo è un rischiare per rischiare; piuttosto che di necessità bisogna parlare di fatalità poiché chi rischia non si percepisce responsabile, ma si sente agito da forze aliene. Questo rischio fatale appare organizzato attorno a due poli motivazionali: quello della sfida e quello della ricerca dell'eccitazione. Quest'ultimo risulta essere il più rischioso in quanto sintomatico di un vuoto relazionale profondo. La dinamica del comportamento rischioso assomiglia in questi casi alla dipendenza da sostanze: l'eccitazione è ricercata nel tentativo di colmare un vuoto profondo e di sentirsi attraverso l'auto stimolazione che la situazione rischiosa attiva. Si rischia per sentirsi vivi.

All'interno del rischio distruttivo esiste quindi un rischio rabbioso che, nella sfida, testimonia ancora un barlume di speranza, e un altro di chi disperatamente rischia per sentirsi al mondo.

Il rischiare dunque appare nella mente dei ragazzi non fine a se stesso ma fortemente determinato da motivazioni sottostanti.

Molti adolescenti sono attratti da comportamenti spericolati che soddisfano il loro desiderio di vivere sensazioni nuove ed eccitanti: questo fenomeno è noto come sensation seeking ( caccia di sensazioni forti). Spesso tali condotte sono sostenute da un atteggiamento di ottimismo ingiustificato, basato sulla credenza di essere immuni dal pericolo, e dall'egocentrismo caratteristico dell'adolescenza.

La tendenza a manifestare la sofferenza psichica attraverso l'azione, acting out, è tipica del processo di sviluppo adolescenziale. Tuttavia tutto ciò è accettabile finché non si arriva alle cosiddette condotte rischiose, che possono comportare conseguenze letali o negative per la salute psico-fisica dei ragazzi.

Si parla invece nello specifico di **adolescenti ad alto rischio** indicando quella minoranza di adolescenti caratterizzati da una forte implicazione nel rischio.

Sul piano personale questi adolescenti hanno una bassa stima di sé inferiore a quella dei loro coetanei, hanno meno fiducia nelle loro capacità scolastiche, sono insoddisfatti del presente ed incerti sul futuro, si sentono meno in grado di affrontare i compiti quotidiani, si percepiscono insicuri e presentano elevati livelli di stress e sentimenti depressivi. Sono coinvolti in una pluralità di comportamenti a rischio, trascorrono per lo più il loro tempo libero fuori casa

PROGRAMMA DI PSICOLOGIA Ausl di Rimini	<b>protocollo localmente concordato per LA DIAGNOSI E IL TRATTAMENTO DEGLI ADOLESCENTI A RISCHIO</b>	
---	--	--

svolgendo attività prive di progettualità. Si tratta spesso di ragazzi che provengono da diverse tipologie di nuclei familiari:

- ✓ famiglie multiproblematiche nelle quali si sommano difficoltà di vario genere da quella economica a quella psichiatrica;
- ✓ nuclei familiari monogenitoriali;
- ✓ nuclei familiari separati, e spesso si parla di separazioni conflittuali, per cui i figli non vedono nei genitori un riferimento ed un sostegno, mentre da parte loro i genitori sembrano aver rinunciato a svolgere un ruolo educativo;
- ✓ famiglie di separati in casa in cui si aggravano le difficoltà comunicative e relazionali;
- ✓ le cosiddette famiglie perfette con un certo grado di benessere e alte aspettative riguardo ai loro figli;
- ✓ famiglie fortemente iperprotettive che non favoriscono lo svincolo dal nucleo originario.

Per questa minoranza di adolescenti che vivono una situazione di profondo disagio, l'elevata implicazione in comportamenti a rischio svolge la funzione di fuga ed evasione dalle difficoltà e dall'incapacità di far fronte alle responsabilità in modo adattivo.

La sperimentazione specifica di questa fase, se da un lato rappresenta un fattore di crescita, un necessario mettersi alla prova in situazioni pericolose per conoscersi e sfidare, dall'altro può anche diventare, se non gestita, un rischio che minaccia l'integrità fisico-psicologica-sociale dell'adolescente.

E' importante distinguere allora quando certi comportamenti possono essere considerati specifici dell'adolescenza e quando connotino una più stabile strutturazione deviante.

Esistono certamente molteplici manifestazioni del disagio adolescenziale. Alcune sue forme trovano una collocazione nella psicopatologia e rappresentano una sofferenza rivolta verso l'interno, un ripiegamento su se stessi (vedi protocollo specifico). Ci sono poi forme di disagio rivolte verso l'esterno che si manifestano in un comportamento o in una serie di comportamenti. Si tratta di comportamenti a rischio, di ribellione, di sfida, di sopraffazione, di devianza, di fuga o di completa rinuncia. Ciò che accomuna queste manifestazioni di disagio adolescenziali, espressioni di una posizione conflittuale, è che appaiono all'adulto cariche di valenze. Questi giudizi, inoltre, facilmente si trasferiscono dal comportamento al soggetto che l'ha posto in essere, etichettato come ribelle, deviante e antisociale. Se non individuati per tempo o male interpretati, le difficoltà sottostanti possono accrescersi, lo sviluppo e l'integrazione sociale essere irrimediabilmente compromessi. Per questo motivo la rilevazione dei segnali di disagio deve riguardare e coinvolgere ogni elemento della rete sociale ed essere multidisciplinare comprendendo sia fattori socioculturali che psicologici, in un'ottica evolutiva.

Un elenco delle cosiddette condotte rischiose potrebbe contenere:

1. **comportamenti antisociali,**
2. **dipendenze (alcol, droghe, fumo..),**
3. **bullismo,**
4. **guida pericolosa,**
5. **fuga da casa,**
6. **gioco d'azzardo,**
7. **dipendenza da un mondo virtuale (videogiochi, internet, playstation..),**
8. **rapporti sessuali non protetti e contagi virali,**
9. **gravidanze precoci...**

### **1. COMPORTAMENTI ANTISOCIALI**

Comprendono atti di vandalismo, violenza negli stadi, aggressioni razziali, violenze sessuali... e tanti altri comportamenti violenti che rappresentano una sfida all'identità e permettono all'adolescente di sperimentarsi e di conquistarsi un proprio ruolo all'interno della società, della famiglia, della scuola e del gruppo di coetanei. In tal senso potremmo considerare le azioni violente come messaggi, come un linguaggio per comunicare particolarmente pregnante e rilevante in adolescenza.

Il versante sistemico relazionale attribuisce ad un certo tipo di relazioni familiari la genesi della devianza minorile: figure parentali rigide o troppo deboli per contenere i comportamenti adolescenziali.

La teoria psicoanalitica crede che alla base del comportamento deviante ci sia:

- un'incapacità ad interiorizzare delle norme,
- insufficiente controllo degli impulsi,
- ricerca dell'appagamento immediato dei propri desideri,
- un Io inadeguato e onnipotente,
- un SuperIo incapace di definire i limiti.

PROGRAMMA DI PSICOLOGIA Ausl di Rimini	<b>protocollo localmente concordato per LA DIAGNOSI E IL TRATTAMENTO DEGLI ADOLESCENTI A RISCHIO</b>	
---	--	--

## **2. LE DIPENDENZE: ALCOOL E DROGHE, FUMO**

Fare una differenza tra l'abuso di sostanze e la dipendenza non è facile. La dipendenza inizia come un abuso, ma si può abusare senza essere dipendenti.

Dipendenza significa non avere il controllo sulla durata e l'uso di una sostanza, sia essa droga, alcool o farmaci. La dipendenza può essere fisica o psicologica.

Per dipendenza fisica si intende quando l'organismo diventa dipendente dalla sostanza, ossia quando una persona aumenta la soglia di tolleranza alla sostanza, tanto da aumentare la dose per avere gli stessi effetti. Quando si è fisicamente dipendenti, smettere di far uso di droga può portare a sintomi di astinenza.

La dipendenza psicologica si può presentare da sola o associata a quella fisica. Coloro che sono psicologicamente dipendenti, sono sopraffatti dal desiderio di fare uso della sostanza.

Alcune droghe, cosiddette pesanti, come il crack o l'eroina, possono provocare così facilmente assuefazione che sono sufficienti anche poche volte prima che chi ne fa uso risulti dipendente. Quando la vita e gli interessi di una persona sono rivolti esclusivamente al bisogno di procurarsi la droga, allora la dipendenza ha preso il sopravvento.

L'approccio avviene sempre più precocemente: si usano sostanze non solo per evadere da un malessere ma anche per amplificare il divertimento, per produrre eccitazione, per rendere più facile e fruibile il contatto con se stessi e con gli altri. La sostanza non è il problema ma la soluzione di un problema: il suo uso è normale e consente di rispondere ai bisogni espressi e inespressi.

## **3. IL BULLISMO**

Il bullismo si manifesta in due forme principali:

1. il bullismo diretto che prevede delle azioni apertamente aggressive nei confronti della vittima, di tipo fisico (pugni, calci, violazione della proprietà) e verbale (insulti, derisioni, stigmatizzazioni razziali o di difetti fisici) entrambi tipicamente maschili;
2. il bullismo indiretto, caratterizzato dall'isolamento sociale e dall'esclusione dal gruppo, prevede offese, calunnie e pettegolezzi, tipicamente femminile.

In ogni caso si tratta di una forma di opposizione estrema, in cui la giovane vittima sperimenta una condizione di profonda sofferenza, di grave svalutazione della propria identità e di crudele emarginazione.

## **4. LA GUIDA PERICOLOSA**

Sia in auto che in moto può costituire una novità fortemente eccitante, trasgressiva ed adultizzante, ma mette a repentaglio la vita e l'incolumità propria ed altrui. Spesso questo fenomeno è associato allo stato di ebbrezza ed è più frequente nei maschi, esponendo il ragazzo a problemi giudiziari.

## **5. LA FUGA DA CASA**

L'adolescente in crisi può arrivare a sentirsi privo di risorse, di soluzioni, di vie d'uscita: in questi casi può credere di avere come unica alternativa quella della fuga. Le principali tipologie di allontanamento sono riconducibili principalmente a tre categorie:

- ❑ la fuga verso (ricerca del nuovo); l'adolescente indipendentemente dall'aver sperimentato vissuti di sofferenza entro il contesto familiare, scolastico o sociale, è spinto alla ricerca di esperienze e emozioni, nuove e diverse da quelle cui è abituato. Tale comportamento è connesso con l'esigenza di porsi e risolvere alcuni interrogativi di significato circa l'esistenza.
- ❑ La fuga da (fuga dall'ambiente); l'adolescente che fugge spesso vive all'interno di una situazione familiare multiproblematica o di difficoltà in ordine a relazioni conflittuali quotidiane. La famiglia talvolta si presenta come patologica o come luogo di estrema povertà. La fuga è vista come allentamento da questa grave situazione di pregiudizio.
- ❑ L'essere cacciato; l'adolescente talvolta vive l'esperienza di essere cacciato di casa a motivo di una situazione di conflittualità familiare, di prematura dissoluzione della famiglia stessa, di difficoltà economiche o di abuso di sostanze da parte dei genitori. La fuga è in genere una partenza impulsiva spesso solitaria e di breve durata, generalmente senza una meta precisa.

## **6. IL GIOCO D'AZZARDO**

Il gioco d'azzardo è di per sé un'attività fortemente eccitante legata a potenti meccanismi di rinforzo endogeno (l'ebbrezza di una vittoria e la suspense prima dell'esito, possono valere il rischio di innumerevoli perdite). Pone il ragazzo davanti al rischio di perdere il proprio denaro e doversene procurare altro magari rubandolo. Questa condotta evidenzia alcune differenze di genere: nei maschi è frequentemente associata al consumo di alcool e ad una vita sessuale precoce, un vivere al limite le esperienze, nelle femmine tende a rimanere a sé stante.

PROGRAMMA DI PSICOLOGIA Ausl di Rimini	<b>protocollo localmente concordato per LA DIAGNOSI E IL TRATTAMENTO DEGLI ADOLESCENTI A RISCHIO</b>	
---	--	--

Un'altra condizione di rischio potrebbe essere l'handicap mentale e/o fisico che, per le caratteristiche di alterazione dell'esperienza sul piano fisico e psicologico presenti sin dalla nascita, porta l'adolescente ad avere meno risorse per affrontare i compiti di sviluppo normali della sua età (il suo lavoro per la costruzione dell'identità è più complesso...) e quindi ad un rischio di disadattamento sociale e di devianza. Le situazioni di criticità che predispongono al rischio sono:

- la nascita di un figlio portatore di handicap che spesso modifica le dinamiche familiari determinando lo stabilirsi di legami patologici; lo svincolo dai legami genitoriali può in questo caso trovare resistenze che accrescono le difficoltà di separazione-individuazione;
- i cambiamenti corporei derivati dallo sviluppo sessuale riportano in primo piano il confronto con i coetanei e la conseguente necessità di elaborazione del lutto di un'immagine corporea sana e minimamente confrontabile con i modelli socialmente proposti;
- la necessità di costruire relazioni nuove e quindi legami affettivi più stabili e maturi è spesso ostacolata da difficoltà logistiche nel poter condividere luoghi e interessi che sono motivo di aggregazione per i coetanei; a ciò si aggiunge la fatica a "stare nel gruppo" e divertirsi in una situazione di svantaggio.
- Le frequenti esperienze di frustrazione, rifiuti e derisioni (reali o vissuti come tali) portano a maturare un'immagine negativa, sentimenti di insicurezza e bassa autostima, tendenza all'isolamento e chiusure depressive.

La situazione di criticità tipica dell'adolescenza viene quindi ad essere aumentata dalla condizione di svantaggio dovuta all'handicap che determinare tempi più lunghi nelle varie fasi di passaggio con momenti regressivi o, neicasi più gravi, veri e propri stati psicopatologici (depressione, stati di ansia, condotte rischiose, comportamenti antisociali, dipendenze, disturbi alimentari...)

Non è da sottovalutare la condizione di rischio in cui si trovano gli adolescenti emigranti, per i quali aumentano i bisogni ma risulta ancora difficile trovare risposte adeguate.

La presenza sul nostro territorio di un numero sempre crescente di ragazzi/e migranti ci sollecita infatti a prestare un'attenzione maggiore alla specificità dei loro bisogni e a valutare accuratamente l'adeguatezza di Istituzioni e Servizi nel saperli accogliere e curare, senza chiedere loro di doverci per forza assomigliare. La strada da percorrere per questi adolescenti è sicuramente più faticosa rispetto a quelli autoctoni e comporta numerosi passaggi potenzialmente traumatici: la costruzione dell'identità non può prescindere dall'integrazione di caratteristiche individuali e vicissitudini familiari con le strategie di inclusione ed esclusione della società di nuova appartenenza.

## **1.2. TARGET DI RIFERIMENTO E BISOGNI ASSOCIATI**

Adolescenti a rischio di condotte devianti con età compresa tra i 14 e i 22 anni.

## **2. FATTORI DI RISCHIO**

### **Fattori di rischio individuali e psicologici:**

- appartenenza ad un'altra cultura
- handicap fisico e/o mentale
- risultati scolastici fallimentari
- vulnerabilità biologica
- scarse competenze cognitive e sociali
- precedenti episodi depressivi
- basso livello di autostima
- ricerca di esperienze sensoriali forti (alta velocità, sassi dal cavalcavia..)
- alti livelli di impulsività ed aggressività
- comportamenti autodistruttivi
- disturbi della condotta diagnosticati nell'infanzia
- precoci adultizzazioni

### **Fattori di rischio familiari:**

- storia familiare multiproblematica (problemi economici, di alcool e tossicodipendenza, malattia mentale..)
- alta conflittualità familiare
- abusi e maltrattamenti fisici e psicologici

PROGRAMMA DI PSICOLOGIA Ausl di Rimini	<b>protocollo localmente concordato per LA DIAGNOSI E IL TRATTAMENTO DEGLI ADOLESCENTI A RISCHIO</b>	
---	--	--

- esposizione alla violenza nell'ambito familiare
- perdite/separazioni, morte o grave patologia di un genitore
- scarse capacità di accudimento e relazioni affettivamente deprivanti e rifiutanti
- mancanza o inadeguatezza degli interventi educativi degli adulti

**Fattori di rischio psicosociali:**

- cristallizzazione in comportamenti di gruppo rituali, ripetitivi e negativi
- una filosofia sociale improntata alla ricerca del piacere e alla negazione del limite

### 3. STRUMENTI E MODALITÀ PER LA DIAGNOSI

Lo strumento principale utilizzato per la diagnosi di un comportamento a rischio è il **colloquio clinico** con l'adolescente, con i genitori e con l'intero nucleo familiare.

Si utilizzano poi:

- Questionari come
  - CBCL
  - CDI
  - SCALE SAFA
  - SCID
  - TD E VAL
  - MMPI-A
  - MMPI-2
  - VINELAND
  - GSM5
  - SUBS
- Test psicometrici:
  - matrici di Raven
  - WISC-R
- Test proiettivi:
  - TAT
  - CAT
  - Test carta e matita (disegno della famiglia, dell'albero, uomo sotto la pioggia...)
  - Rorschach
  - Blacky pictures
  - Test dei colori di Luscher
  - Fat
  - Sceno test
  - FRT
  - ...

### 4. STRUMENTI E MODALITÀ PER IL TRATTAMENTO

**Consulenza individuale/ consulenza ai genitori**

Obiettivi del trattamento:

- ✓ valutazione delle risorse individuali e contestuali
- ✓ attivazione di una dimensione riflessiva che contrasti la tendenza all'acting
- ✓ eventuale indicazione di percorsi successivi.

Durata del trattamento dalle 4 alle 10 sedute

PROGRAMMA DI PSICOLOGIA Ausl di Rimini	<b>protocollo localmente concordato per LA DIAGNOSI E IL TRATTAMENTO DEGLI ADOLESCENTI A RISCHIO</b>	
---	--	--

❑ **Consultazione terapeutica alla coppia genitoriale**

Obiettivi del trattamento:

- ✓ attivazione di una dimensione riflessiva che aiuti una messa in discussione sulle proprie competenze genitoriali
- ✓ azione di sostegno e contenimento dell'ansia
- ✓ aiuto per la lettura alternativa dei comportamenti adolescenziali (non solo intesi in modo provocatorio..)

Durata del trattamento dalle 4 alle 12 sedute

❑ **Sostegno psicologico individuale**

Obiettivi del trattamento:

- ✓ miglioramento delle performance e dei comportamenti adattivi
- ✓ rafforzamento dell'Io e attivazione delle sue risorse
- ✓ apprendimento di strategie di problem solving.

Durata del trattamento entro le 24 sedute

❑ **Psicoterapia a tempo definito**

Obiettivi del trattamento:

- ✓ aiutare il paziente a superare questa fase del ciclo di vita prendendo le giuste distanze dalle figure genitoriali
- ✓ imparare a vivere nel presente, nell'attualità dei propri bisogni
- ✓ avere la possibilità di rinarrare la storia della propria vita
- ✓ prevenire le conseguenze sintomatiche e le manifestazioni psicopatologiche
- ✓ miglioramento delle capacità introspettive

Durata del trattamento dalle 12 alle 24 sedute

❑ **Psicoterapia familiare**

Obiettivi del trattamento:

- ✓ attivazione di una dimensione riflessiva
- ✓ riorganizzazione dei ruoli familiari disfunzionali
- ✓ rilettura delle dinamiche interne
- ✓ definizione dei confini generazionali
- ✓ attivazione di una dimensione riparativa da parte delle figure genitoriali e di responsabilità da parte dell'adolescente.

Durata del trattamento dalle 10 alle 24 sedute

❑ **Psicoterapia di gruppo**

Obiettivi del trattamento:

- ✓ sviluppo di competenze interpersonali
- ✓ capacità di apprendere dall'esperienza altrui
- ✓ maggiore tolleranza di ansie e frustrazioni.

Durata del trattamento fino ad un massimo di 24 sedute

❑ **Psicoeducazione per gruppi di genitori**

Obiettivi del trattamento:

- ✓ informazioni e conoscenze rispetto al compito evolutivo dei figli adolescenti
- ✓ capacità di contenimento dell'ansia
- ✓ promozione di capacità autoriflessive e di confronto con gli altri componenti del gruppo

Durata del trattamento max 12 sedute

❑ **Programmazione di interventi socio-educativi ed inserimento in agenzie idonee, con monitoraggio e supervisione degli operatori coinvolti**

- ✓ promozione di progetti integrati e condivisi sul paziente e la sua famiglia

A lungo termine se presente un provvedimento dell'autorità giudiziaria.

❑ **Consulenza a strutture istituzionali (scuola, istituti, comunità, tribunale dei minori..)**

Tra le varie possibilità di intervento elencate, assume particolare rilevanza il **trattamento familiare** nel formato gruppale (presenza di tutti i membri della famiglia) o nel formato parallelo (genitori/figli) e la **psicoterapia breve di individuazione**.

PROGRAMMA DI PSICOLOGIA Ausl di Rimini	<b>protocollo localmente concordato per LA DIAGNOSI E IL TRATTAMENTO DEGLI ADOLESCENTI A RISCHIO</b>	
---	--	--

Caratteristica comune della quasi totalità degli interventi rivolti agli adolescenti che si trovano nella difficoltà di superare la crisi è il tempo definito (4-30 sedute). Il limite del tempo non è ostacolo al processo terapeutico ma un'occasione per mettere in campo tutte le risorse presenti nel sistema sia individuali che familiari, ponendo l'accento sulle potenzialità del paziente. Sottolineare le sue risorse, ancora prima che le sue difficoltà, individuare quei punti di forza che in passato hanno consentito di affrontare problemi, e che ora hanno bisogno di essere richiamati per un percorso verso l'autonomia e l'emancipazione, rappresenta una modalità che favorisce il processo di individuazione.

## 5. CRITERI DI ELEGGIBILITÀ

Per quanto riguarda il sostegno psicologico è indicato nel caso in cui ci si trova di fronte a:

- ✓ Presenza di un Io fragile
- ✓ Insufficiente capacità di introspezione
- ✓ Scarsi strumenti cognitivi
- ✓ Condizione di vulnerabilità sociale

La psicoterapia è adatta se il paziente possiede:

- ✓ Maggiore strutturazione dell'Io
- ✓ Capacità di introspezione
- ✓ Sufficienti risorse relazionali

La psicoterapia di gruppo è indirizzata a coloro che hanno:

- ✓ Capacità di reggere il confronto con un gruppo di coetanei
- ✓ Tolleranza di situazioni frustranti e ansiogene
- ✓ Mancanza di condizioni psicopatologiche gravi (tendenza alla psicosi, spunti paranoici..)

La terapia familiare richiede:

- ✓ disponibilità al coinvolgimento e all'autoriflessione sulle dinamiche relazionali che ostacolano il processo di separazione- individuazione dell'adolescenza
- ✓ capacità di mettersi in discussione
- ✓ adesione al progetto terapeutico possibilmente di tutti i membri del nucleo familiare

## 6. CRITERI DI ACCESSO

- Spazio giovani
- Sert
- Tutela minori
- Neuropsichiatria infantile
- Medici e pediatri di base
- Area ospedaliera
- Sert
- ...

## 7. DOCUMENTI DI REGISTRAZIONE

- Cartella clinica cartacea
- Cartella informatizzata (Sister, Flusso informativo regionale, Mad-track..)
- videoregistrazioni

PROGRAMMA DI PSICOLOGIA Ausl di Rimini	<b>protocollo localmente concordato per LA DIAGNOSI E IL TRATTAMENTO DEGLI ADOLESCENTI A RISCHIO</b>	
---	--	--

## 8. RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- American Psychiatric Association Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM IV-TR), Tr It. Masson Mialno 2001
- Ammaniti M., "Manuale di psicopatologia dell'adolescenza", Cortina Editore 2002
- Burbatti G., Castoldi I. "Il pianeta degli adolescenti", Mondadori 1998
- Bonino S., Cattelino E., Ciairano S., "Adolescenti e rischio. Comportamenti, funzioni e fattori di protezione", Ed Giunti
- Cirillo S., Rangone G., Selvini m., 1994, "Il sottotipo regolare della famiglia dell'adolescente", Terapia Familiare n°44, pp 37-48, 71-72
- De Leo , Malagoli Togliatti M. "Recenti prospettive di ricerca intervento sulla prevenzione della devianza minorile", in Minorigiustizia n°2 2000
- Forresi B. (a cura di) Con la collaborazione di: Vera Cuzzocrea, Anna Rita Lissoni, Tiziana Liverani, Giovanni Lopez, Paola Terenzi, Irene Trobia. "Guida per genitori ed insegnanti all'ascolto del disagio in adolescenza", Sallustiana Editrice 2002
- Pietropolli Charmet G., "I nuovi adolescenti", Cortina Editore Milano 2000
- Progetto aziendale adolescenza, "La mappatura delle risposte aziendali verso l'utenza adolescente: lettura trasversale dell'offerta di prodotto, dei fattori di qualità e degli strumenti di verifica", Regione Emilia Romagna AUSL di Rimini
- Progetto n°7, "Sperimentare nuove modalità di integrazione dei Servizi Sanitari e Sociali rivolti agli adolescenti (giugno 2000-febbraio 2002)", Regione Emilia Romagna Ausl di Cesena, Bologna, Forlì, Modena, Rimini.
- Psichiatria di comunità vol V num 1 marzo 2006, "Adolescenza rischi e incidenti. La prevenzione e i suoi paradossi", a cura di Paola Carbone
- Senise T., "Psicoterapia breve di individuazione. La metodologia di Tommaso Senise nella consultazione con l'adolescente", Feltrinelli 2004
- Sorrentino A.M., 2006, "Figli disabili"

PROGRAMMA DI PSICOLOGIA Ausl di Rimini	<b>protocollo localmente concordato per LA DIAGNOSI E IL TRATTAMENTO DEL DISTURBO DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE IN ADOLESCENTE</b>	
---	---	--

---

## SOMMARIO

1.Introduzione.....	24
1.1 Inquadramento teorico .....	24
1.2 Target di riferimento e bisogni associati.....	27
2 Fattori di rischio.....	27
3 Strumenti e modalità per la Diagnosi .....	27
4 Strumenti e modalità per il trattamento .....	28
5 Criteri di eleggibilità.....	29
6 Criteri di Accesso .....	29
7 Documenti di registrazione.....	29
8 Riferimenti bibliografici .....	29

Dr.ssa Augusta Barbieri- Conduttore

Dr.ssa Maria Clerice Bucci

Dr.ssa Paola Marconi

Dr.ssa Patrizia Mussoni

Dr.ssa Marina Severi

Dr.ssa Letizia Zucchelli

Figure di supporto:

Dr.ssa Alessandra Ferrini

Dr.ssa Michela Mascarucci

PROGRAMMA DI PSICOLOGIA Ausl di Rimini	<b>protocollo localmente concordato per LA DIAGNOSI E IL TRATTAMENTO DEL DISTURBO DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE IN ADOLESCENTE</b>	
---	---	--

## 1. INTRODUZIONE

### 1.1 INQUADRAMENTO TEORICO

I Disturbi del Comportamento Alimentare, nelle varie espressioni che li distinguono, rappresentano la patologia più diffusa nella società occidentale dell'ultimo ventennio. Si è detto tanto sui motivi che giustificano l'enorme diffusione di tali patologie; in sintesi appare condivisa l'idea di un adeguamento a quei modelli culturali che prospettano ideali di bellezza improntati a standard esagerati di magrezza. Tuttavia, ciò non significa che la cultura, anche nelle sue forme più estreme, possa definirsi come la causa di tali patologie, ma piuttosto che essa fornisca la cornice di riferimento di un disturbo i cui fattori di rischio sono rintracciabili nei tratti psicologici individuali e sociali.

Tra i fattori più frequentemente implicati nell'insorgenza dei disturbi alimentari si evidenziano bassa autostima, perfezionismo, depressione, impulsività, distorsione dell'immagine corporea, carenza di rilevanti rapporti sociali, rapporti familiari invischianti e difficoltà nelle relazioni interpersonali. La fatica di crescere, la difficoltà ad accettare cambiamenti che sembrano minacciosi, la paura di abbandonare le sicurezze infantili, si esprime nel modo più semplice: non crescere, rifiutando il corpo sessuato...e tutto ciò che ne consegue.

Nei Paesi occidentali, inclusa l'Italia, nella fascia d'età compresa tra i 12 e i 25 anni, su 100 ragazze 8-10 soffrono di qualche disturbo del comportamento alimentare; tra queste 1-2 presentano un D.C.A. in forma grave (Anoressia Nervosa, Bulimia Nervosa) per le quali le terapie sono spesso lunghe e faticose, le altre di un qualche quadro aspecifico più lieve e spesso transitorio. Fino ad una decina di anni fa erano disturbi tipici della classe più benestante, mentre oggi possiamo dire che questa distinzione non è più realistica.

I disturbi del comportamento alimentare comprendono cinque quadri clinici:

#### 1) ANORESSIA NERVOSA

E' il rifiuto di mantenere il peso corporeo ad un livello normale per altezza ed età (la perdita di massa corporea porta a mantenere il peso al di sotto dell'85% rispetto a quanto previsto). La più grande paura è ingrassare, pur essendo in evidente sottopeso, tanto che il dimagrimento è autoindotto evitando cibi che fanno prendere peso. Alla base dell'anoressia c'è una dismorfofobia, cioè un disturbo nel modo di percepire il peso e le forme del proprio corpo; è evidente la percezione di sé come troppo grassa anche se palesemente emaciata, e ne seguono complicanze mediche tra le quali nella donna l'amenorrea, frequenti ospedalizzazioni per alimentazione forzata, rischio di morte per inedia, elevato rischio suicidiario e disturbi depressivi.

Tra i sintomi ricordiamo:

- insoddisfazione per il proprio corpo e disturbo nella percezione del corpo;
- senso di inadeguatezza;
- tendenza al perfezionismo;
- sfiducia interpersonale;
- paura di crescere;
- ascetismo;
- indifferenza per l'eccessivo dimagrimento;
- insicurezza sociale...

L'età di insorgenza si colloca tra la prima e la tarda adolescenza (12-18 anni) con una distribuzione del 95% nella popolazione femminile.

Per effettuare una diagnosi di anoressia secondo l'ICD-10 sono necessari:

- ✓ perdita di peso ponderale che è almeno del 15% al di sotto di quello atteso;
- ✓ perdita di peso autoindotta attraverso l'evitamento di cibi che fanno ingrassare unito a uno o più delle seguenti condotte tra vomito autoindotto, purghe, esercizio eccessivo, uso di farmaci anoressizzanti e/o diuretici
- ✓ è presente un disturbo dell'immagine corporea (idea intrusiva di diventare grassa)
- ✓ disfunzione endocrina diffusa che riguarda l'asse ipotalamo-ipofisi-gonadi che si manifesta nelle donne con amenorrea e nei maschi come perdita dell'interesse sessuale e della potenza
- ✓ se l'esordio è pre-puberale la sequenza degli eventi puberali è rimandata o persino arrestata.

PROGRAMMA DI PSICOLOGIA Ausl di Rimini	<b>protocollo localmente concordato per LA DIAGNOSI E IL TRATTAMENTO DEL DISTURBO DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE IN ADOLESCENTE</b>	
---	---	--

Ne esistono due sottotipi secondo il DSM-IV:

- *restrittivo*, la perdita di peso è ottenuta principalmente attraverso la dieta, il digiuno e l'attività fisica eccessiva; la persona non presenta frequenti episodi di abbuffate o di comportamenti di svuotamento
- *bulimico* se alle abbuffate compulsive seguono comportamenti di autosvuotamento come il vomito autoindotto o l'abuso di lassativi.

L'ICD-10 invece parla di *anoressia nervosa atipica* in cui si verifica l'assenza di uno o più caratteristiche dell'anoressia nervosa come l'amenorrea o la significativa perdita di peso ma per il resto il quadro rimane tipico. Si utilizza anche per descrivere quei pazienti che presentano tutti i sintomi fondamentali dell'anoressia nervosa ma solo in grado lieve.

Secondo la Bruch l'anoressia non è altro che la manifestazione di un disturbo più profondo al concetto di sé e di una relazione disturbata madre-infante, un tentativo disperato di essere unici e speciali, un attacco al falso sé promosso dalle aspettative genitoriali, una richiesta sempre più pressante d'aiuto. E' un tentativo di cura di sé per sviluppare attraverso la disciplina del corpo un senso di autoefficacia.

Mara Selvini Palazzoli pone particolare attenzione alle relazioni familiari dell'anoressica viste come disfunzionali. Tali modalità relazionali nocive per i figli, messe in atto dai genitori, possono divenire comprensibili alla luce di esperienze confondenti e carenzianti vissute dagli stessi nella propria famiglia d'origine. I genitori modulano le proprie strategie di rapporto coi figli sulle base dei propri bisogni irrisolti, quelle stesse strategie che in passato li avevano protetti da una sofferenza distruttiva nei rapporti con genitori e fratelli.

## **2) BULIMIA NERVOSA**

E' un'alterazione del comportamento alimentare caratterizzata da accessi ricorrenti di iperalimentazione non controllabile dal soggetto, cui fanno seguito massicci sensi di colpa, che inducono ad utilizzare misure limitanti sugli effetti ingrassanti del cibo, e periodi di digiuno.

La prima caratteristica sono gli episodi ricorrenti di abbuffate compulsive, ovvero mangiare in un periodo di tempo circoscritto una quantità di cibo che è indiscutibilmente superiore a quella che la maggior parte della gente mangerebbe nello stesso tempo correlata alla mancanza di controllo sull'atto di mangiare.

A questo seguono comportamenti ricorrenti impropri di compenso come vomito autoindotto, abuso-uso improprio di lassativi, diuretici, altri farmaci, esercizio fisico eccessivo, tutti indirizzati a prevenire aumenti di peso, che rimangono la più grande preoccupazione della paziente.

Il decorso è cronico, con periodi di intermittenza, cioè periodi di abbuffate e digiuni alternati a periodi di alimentazione regolare. La distribuzione appare del 5-8% tra le femmine, e del 1-2% tra i maschi.

Le persone che soffrono di questo disturbo vivono costantemente emozioni negative, sono ossessionate dal perfezionismo e dal pensiero "tutto o nulla", quindi o si pongono degli standard elevati e sono profondamente insoddisfatte quando non riescono a raggiungerli o non riescono a rispettare le proprie rigide regole dietetiche.

E' importante sottolineare che ben il 50% delle anoressiche presenta episodi di bulimia e tale dato depone a favore di un continuum tra i due disturbi del comportamento alimentare anche se da una parte si assiste alla rigida autodisciplina e alla severa coscienza dell'anoressica mentre dall'altra si contrappone il comportamento impulsivo, irresponsabile e indisciplinato della persona bulimica.

E' frequente l'associazione con i disturbi dello spettro depressivo, con farmaci dipendenze e tossicodipendenze, tra le complicanze mediche le più tipiche sono le erosioni dentali e la disidratazione.

Tra i due principali sistemi di classificazione diagnostica non esistono differenze sostanziali nella descrizione della patologia, se non che il DSM-IV parla di due sottotipi:

- *Sottotipo con condotte di svuotamento* se la persona si provoca frequentemente il vomito come compensazione
- *Sottotipo senza condotte di svuotamento* se la persona usa altre forme di compensazione come l'esercizio fisico o il digiuno ma non si provoca il vomito.

## **3) DISTURBO DA ALIMENTAZIONE INCONTROLLATA (Binge Eating Disorder)**

Consiste in episodi ricorrenti di abbuffate compulsive che suscitano disagio e sofferenza ma non sono associati all'uso abituale di comportamenti impropri di compenso. L'abbuffata di cibo dopo una frustrazione o una situazione stressogena è comune a moltissime persone, ma l'aspetto più caratteristico di queste abbuffate "patologiche" è la perdita di controllo sul cibo e la mancanza assoluta di freni. Il circuito patologico consiste nel mangiare con maggiore rapidità rispetto al normale, mangiare finché non ci si sente pieni, assumere una grande quantità di cibo senza avere realmente appetito, mangiare da soli per la vergogna, arrivare a sentire un senso di disgusto verso se stessi e sentirsi depressi a causa delle abbuffate, quindi ricominciare..

PROGRAMMA DI PSICOLOGIA Ausl di Rimini	<b>protocollo localmente concordato per LA DIAGNOSI E IL TRATTAMENTO DEL DISTURBO DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE IN ADOLESCENTE</b>	
---	---	--

Si tratta di persone in leggero sovrappeso o addirittura obese che quando cominciano ad abbuffarsi decidono che ormai la giornata è compromessa per cui si concedono infiniti strappi alla regola. Come negli altri quadri il cibo diventa un modo per evitare le problematiche della vita e allontanare stati emotivi intollerabili come l'ansia o la rabbia: è come se il grasso diventasse uno scudo e il sovrappeso una rassegnazione, ingrassando si limita il giudizio degli altri al solo corpo senza esporre i propri sentimenti e la propria intimità. Questi pazienti hanno:

- una visione di sé che oscilla tra il massimo della stima nella propria efficienza alla critica più feroce,
- sono dominate dalla paura ossessiva di biasimo e di delusione,
- posseggono un'estrema vulnerabilità alla disconferma,
- sono sovrastate dal terrore di deludere gli altri ed essere deluse.

La loro fragilità le rende incapaci di affrontare ansie e frustrazioni e le porta a rifugiarsi nel sogno di grandi aspettative di vita con inevitabili delusioni. Il senso di vuoto interno viene erroneamente interpretato come fame, necessità e nutrimento. A tutto ciò si aggiunge che anche le delusioni suscitano disorientamento e vengono placate con mangiate eccessive. Solitamente ambienti familiari incerti e confusi aumentano la probabilità di sviluppo del disturbo. La crisi può esser scatenata da improvvise variazioni del tono dell'umore, da una situazione depressiva, dal sentirsi grassa e quindi da un calo improvviso dell'autostima; dopo la crisi i soggetti pianificano le loro abbuffate cioè acquistano il cibo, lo nascondono, poi lo consumano nell'isolamento e nella segretezza senza neppure masticarlo, fino ad essere completamente pieni. Il cibo funziona da psicofarmaco e da cura autoindotta. E' importante ricordare come non ci sia vomito compensatorio nonostante un elevato introito di cibo sia ai pasti che fuori pasto, ma soprattutto come compaia un senso di vergogna per non riuscire a controllare la propria alimentazione.

Sono colpite più le donne degli uomini, vi è un'elevata familiarità per l'obesità e frequente comorbidità psichiatrica soprattutto per la depressione maggiore.

#### **4) OBESITA'**

L'obesità è associata ai DCA maggiori e soprattutto ai Binge Eating Disorders; è tipicamente una malattia cronica associata ad altre importanti alterazioni cliniche (disturbi del metabolismo glucidico, ipertensione arteriosa...), fattore di rischio per le malattie cardio e cerebrovascolari e per il diabete.

Il trattamento necessario deve essere multidisciplinare volto a perseguire la modifica dello stile di vita del paziente; la sua efficacia rimane legata alla gravità dell'obesità e alla propensione al cambiamento dello stesso paziente.

#### **4) DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE NON ALTRIMENTI SPECIFICATI**

1. *disturbo emotivo da rifiuto di cibo*, dove non c'è preoccupazione morbosa per il corpo ma è presente un disturbo dell'umore;
2. *alimentazione selettiva*, con il rifiuto di provare nuovi alimenti al di fuori di pochi cibi che si ingeriscono e assenza di distorsioni cognitive;
3. *disfagia funzionale*, evitamento del cibo unito alla paura di vomitare e essere soffocato;
4. *rifiuto pervasivo*, cioè rifiuto totale di alimentarsi, bere, camminare e prendersi cura di sé unito ad un'opposizione ostinata ai tentativi di aiuto;
5. *disturbo del comportamento alimentare aspecifico*, il soggetto ha un'alimentazione equilibrata ma si procura vomito dopo i pasti per ottenere un ulteriore calo di peso, c'è una perdita psicogena dell'appetito;
6. *exercising*, il soggetto ha l'ossessione di bruciare calorie ricorrendo ad un'intensa attività fisica. L'obiettivo è mantenere un peso ideale e di avere un corpo atletico invidiabile;
7. *nibbling*, sbocconcellare continuamente il cibo senza saziarsi e senza assumere un pasto normale, che nasconde una leggera depressione o una crisi d'ansia;
8. *vomiting*, la persona mangia in modo compulsivo attuando abbuffate seguite da episodi di vomito, in tal modo pur premettendosi di godere del piacere del cibo non ingrassa.
9. *iperalimentazione associata con altri disturbi psicologici*, cioè un'iperalimentazione che ha portato ad obesità reattiva ad eventi stressanti (lutti, incidenti, operazioni chirurgiche..);
10. *vomito associato con altri disturbi psicologici* che può verificarsi nelle sindromi dissociative, nell'ipocondria e durante la gravidanza.
11. *ruminazione*, ripetuto rigurgito e rimasticamento del cibo dopo il pasto.

PROGRAMMA DI PSICOLOGIA Ausl di Rimini	<b>protocollo localmente concordato per LA DIAGNOSI E IL TRATTAMENTO DEL DISTURBO DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE IN ADOLESCENTE</b>	
---	---	--

## 1.2 TARGET DI RIFERIMENTO E BISOGNI ASSOCIATI

Adolescenti che soffrono di Disturbi del Comportamento Alimentare

## 2 FATTORI DI RISCHIO

### Fattori di rischio individuali e psicologici:

- Et : l'adolescenza rappresenta di per s  un momento di maggiore vulnerabilit .
- Sesso: il 90-95% dei pazienti   di sesso femminile.
- Fattori fisici come obesit , diabete di tipo 1, menarca precoce..
- Pregressa condizione di lieve sovrappeso
- Abuso sessuale o altre esperienze traumatiche
- Tratti di personalit  individuali:
  - perfezionismo,
  - pensiero rigido "tutto o niente",
  - ansia,
  - depressione,
  - isolamento sociale,
  - presenza di tratti ossessivi,
  - bassa autostima e atteggiamento di sacrificio,
  - timore di non essere accettati per ci  che si  ,
  - eccessiva introiezione di norme sociali
  - percezione dell'immagine di S  legata all'idealizzazione della magrezza e della bellezza.
  - ipercriticismo nei confronti del peso e dell'aspetto fisico

### Fattori di rischio familiari:

- famiglie con presenza di disturbi psichici o psichiatrici,
- relazioni familiari disfunzionali (confusione di ruoli, invischiamento relazionale, mancanza di confini generazionali),
- casi di disturbi del comportamento alimentare all'interno della famiglia,
- un'attenzione ossessiva al peso e alle forme corporee da parte dei genitori o dei fratelli/sorelle.
- legame di attaccamento caratterizzato da timore di separazione ed indipendenza del/la figlio/a
- atteggiamento ipercritico ed ossessivo da parte dei genitori nei confronti del/la figlio/a.

### Fattori di rischio psicosociali:

- Maggiore diffusione della patologia alimentare nei paesi industrializzati.
- Diffusione dell'idea di magrezza quale canone di bellezza, specie per la donna, incentivata dai mass media.
- Eccessiva attenzione sul corpo e sull'immagine della donna utilizzando modelli di magrezza e perfezione estrema quali parametri di riferimento.
- Pratica di disciplin  sportive in cui il requisito della magrezza   valorizzato per ottenere prestazioni e risultati ottimali (pattinaggio, ginnastica artistica, danza..)

## 3 STRUMENTI E MODALIT  PER LA DIAGNOSI

Lo strumento principale utilizzato per la diagnosi di un Disturbo del Comportamento Alimentare   il colloquio clinico con l'adolescente, con i genitori e con l'intero nucleo familiare.

Si utilizzano poi:

- Questionari :
  - CBCL
  - CDI
  - SAFA

PROGRAMMA DI PSICOLOGIA Ausl di Rimini	<b>protocollo localmente concordato per LA DIAGNOSI E IL TRATTAMENTO DEL DISTURBO DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE IN ADOLESCENTE</b>	
---	---	--

- FAD
- EAT-3
- STAI
- ....

- Test proiettivi:

- TAT
- Test carta e matita (disegno della famiglia, dell'albero, uomo sotto la pioggia, genogramma...)
- Rorschach
- Fat
- Sceno test

- ...

#### 4 STRUMENTI E MODALITÀ PER IL TRATTAMENTO

Il trattamento d'elezione per i disturbi del comportamento alimentare è un trattamento integrato che prevede la presenza di un'equipe di professionisti quali lo psicoterapeuta, l'internista, il nutrizionista; questi ultimi devono effettuare dei controlli sistematici dei parametri fisiologici vitali dei pazienti. Il trattamento, in caso di un peso talmente basso da essere a rischio di morte, può consistere anche in un ricovero ospedaliero o un trattamento di day-hospital precedente al cammino intrapersonale.

Nell'azienda attualmente il percorso terapeutico prevede due metodologie prevalenti: il trattamento familiare con successive suddivisione in formati diversificati (coppia, individuale, fratria..) o la presa in carico da parte di due operatori distinti della paziente da un lato e dei genitori dall'altro. In questo caso tra i due professionisti necessita un confronto stabile.

##### □ **Psicoterapia familiare**

Obiettivi del trattamento:

- Favorire una più adeguata distribuzione dei ruoli e una maggiore definizione dei confini e delle gerarchie
- Sollecitare una dimensione riflessiva e una messa in discussione dei vari membri della famiglia
- Stimolare una presa di coscienza dei pattern relazionali disfunzionali e l'attivazione di esperienze emozionali correttive
- Attenuazione delle idee ossessive ed intrusive inerenti al cibo attraverso la ricerca dei loro significati
- Migliorare i comportamenti adattivi della paziente e favorire un funzionamento più adeguato
- Raggiungere un peso non pericoloso per la salute fisica

##### □ **Psicoterapia individuale**

Obiettivi del trattamento:

- Favorire un'adeguata percezione di sé e della propria immagine
- Sollecitare una dimensione riflessiva e una messa in discussione del proprio funzionamento psicologico
- Attenuazione delle idee ossessive ed intrusive inerenti al cibo attraverso la ricerca dei loro significati
- Migliorare i comportamenti adattivi della paziente e favorire un funzionamento più adeguato
- Raggiungere un peso non pericoloso per la salute fisica

##### □ **Sostegno ai familiari**

Obiettivi del trattamento:

- Chiarificazione dei sintomi e delle relative implicazioni psicologiche
- Supporto nell'accettazione e nel fronteggiare la situazione attraverso comportamenti adeguati
- Favorire una dimensione riflessiva sulle proprie competenze genitoriali

PROGRAMMA DI PSICOLOGIA Ausl di Rimini	<b>protocollo localmente concordato per LA DIAGNOSI E IL TRATTAMENTO DEL DISTURBO DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE IN ADOLESCENTE</b>	
---	---	--

#### **Terapia di gruppo**

Si tratta di una tipologia di trattamento non ancora attiva in azienda ma auspicabile con pazienti affetti da disturbo del comportamento alimentare in quanto i suoi principali obiettivi sono:

- Attivare strategie di riflessione per recuperare un'identità soggettiva attraverso l'identificazione con persone che soffrono della stessa patologia e il rispecchiamento sintomatico
- Favorire la condivisione dei sentimenti di vergogna, il confronto e garantire uno spazio accogliente di contenimento e di sostegno
- Permettere la mentalizzazione degli aspetti sintomatici espressi dal corpo ed esprimere il dolore in forma comunicabile e tollerabile
- Esperire il gruppo come un luogo privo di giudizi e rifiuti per favorire la ripresa del sentire emozionale

### **5 CRITERI DI ELEGGIBILITÀ**

I criteri di eleggibilità per la scelta dell'intervento sono principalmente:

- ✓ Disponibilità condivisa rispetto al programma di intervento
- ✓ Sufficiente capacità di introspezione
- ✓ Sufficienti risorse relazionali

### **6 CRITERI DI ACCESSO**

- NPI
- Pediatri/medici di base
- Area ospedaliera
- Area consultoriale
- Psichiatria
- Sert
- Spazio giovani

### **7 DOCUMENTI DI REGISTRAZIONE**

- Cartella clinica del paziente
- Videoregistrazioni
- Scala per la valutazione del funzionamento sociale (VGF)

### **8 RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI**

- *“Progetti di intervento per i disturbi del comportamento alimentare”*, dipartimento di salute mentale Ausl di Modena, 2005
- American Psychiatric Association *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM IV-TR)*, Tr It. Masson Milano 2001
- Ammaniti M., *“Manuale di psicopatologia dell'adolescenza”*, Cortina Editore 2002
- *Decima revisione della Classificazione Internazionale delle sindromi e dei disturbi psichici e comportamentali OMS 1992*, Ed. Masson ICD-10
- Gabbard G.O., *“Psichiatria psicodinamica”*, Cortina Editore 2002
- Gordon R., *“Anoressia e Bulimia. Anatomia di un'epidemia sociale”*, Cortina Milano 2002
- Selvini Palazzoli M., Cirillo S., Sorrentino A., *“Giochi psicotici nella famiglia”*, Cortina Milano 2003
- Selvini Palazzoli M., Cirillo S., Sorrentino A., *“Ragazze anoressiche e bulimiche. La terapia familiare”*, Cortina Milano 2001

PROGRAMMA DI PSICOLOGIA Ausl di Rimini	<b>protocollo localmente concordato per LA DIAGNOSI E IL TRATTAMENTO DELL'ADOLESCENTE CON PSICOPATOLOGIA</b>	
---	--	--

## SOMMARIO

1	Introduzione.....	31
1.1	Inquadramento teorico .....	31
1.2	Target di riferimento e bisogni associati.....	34
2	Fattori di rischio.....	35
3	Strumenti e modalità per la Diagnosi .....	36
4	Strumenti e modalità per il trattamento .....	36
5	Criteri di eleggibilità.....	38
6	Criteri di Accesso .....	39
7	Documenti di registrazione.....	39
8	Riferimenti bibliografici .....	39

Dr.ssa Augusta Barbieri- Conduttore

Dr.ssa Maria Clerice Bucci

Dr.ssa Paola Marconi

Dr.ssa Patrizia Mussoni

Dr.ssa Marina Severi

Dr.ssa Letizia Zucchelli

Figure di supporto:

Dr.ssa Alessandra Ferrini

Dr.ssa Michela Mascarucci

PROGRAMMA DI PSICOLOGIA Ausl di Rimini	<b>protocollo localmente concordato per LA DIAGNOSI E IL TRATTAMENTO DELL'ADOLESCENTE CON PSICOPATOLOGIA</b>	
---	--	--

## 1 INTRODUZIONE

### 1.1 INQUADRAMENTO TEORICO

L'adolescenza è un periodo di rapide trasformazioni sul piano fisico, psicologico e relazionale; rappresenta una fase particolarmente delicata dello sviluppo dove le molte potenzialità e risorse convivono con un elevato rischio di perturbazioni sia intrapsichiche che interpersonali.

Essa si caratterizza come un periodo di transizione in cui l'individuo deve affrontare una serie infinita di compiti avendo a disposizione risorse personali talvolta inadeguate e sempre meno riferimenti culturali-sociali.

Tra i compiti di sviluppo essenziali compaiono per esempio lo sviluppo di una propria identità, il distacco dal nucleo familiare per il raggiungimento dell'autonomia personale, l'accettazione della nuova struttura corporea, l'acquisizione di un sistema di valori e di un comportamento socialmente accettabile, l'intreccio di nuove relazioni significative e il raggiungimento di un'indipendenza emotiva... I percorsi di sviluppo sono vari e personalizzati, ma non così pervasivamente disadattivi e problematici come si è ritenuto. La ricerca empirica ha mostrato, al contrario, che il coinvolgimento nel disagio riguarda una minoranza di adolescenti, la maggioranza dei quali transita alla giovinezza e all'età adulta senza mettere a repentaglio in modo grave il proprio benessere.

Esistono molteplici manifestazioni del disagio adolescenziale. Alcune sue forme trovano una collocazione nella psicopatologia e rappresentano una sofferenza rivolta verso l'interno. Ci sono poi forme di disagio rivolte verso l'esterno che si manifestano in una serie di comportamenti a rischio.

Le forme psicopatologiche sono di vario tipo. Ha notevole influenza nello sviluppo di una psicopatologia l'attuale trasformazione della famiglia che alcuni autori, primo fra tutti Charmet, identificano nel passaggio dalla famiglia etica alla famiglia affettiva. Questo significa che i genitori intendono trasmettere amore piuttosto che regole e principi astratti. La prospettiva di questo tipo di famiglia è quello di contribuire a costruire figli felici. I figli della famiglia affettiva sarebbero quei ragazzi che si trovano ad affrontare le burrasche del processo adolescenziale con una modesta esperienza di dolore e frustrazione alle spalle e ciò contribuisce non poco a quei fenomeni di intolleranza nei confronti del dolore mentale che caratterizza l'adolescenza attuale, promuove quei tipici comportamenti anestetici nei confronti della vita. Ecco allora che l'iperinvestimento narcisistico sfocia in psicopatologie in cui noia e tristezza sostituiscono rabbia e senso di colpa.

L'assunto che le psicopatologie dell'adolescenza vadano affrontate da un punto di vista diverso rispetto alle psicopatologie dell'adulto si è dimostrato molto significativo quando si considera la patologia grave come le psicosi che si riscontrano in alcuni pazienti adolescenti. Secondo alcuni autori infatti l'accertamento di una frattura con la realtà durante l'adolescenza non è necessariamente un indizio di psicosi, ma può intendersi come un aspetto della reazione dell'adolescente all'irruzione di fantasie che contengono desideri sia sessuali che aggressivi nei confronti del proprio corpo, fantasie che sono contrarie all'immagine che l'individuo ha del proprio corpo idealizzato e che impediscono l'instaurarsi dell'organizzazione sessuale definitiva. In tale modo viene interferita la risoluzione del compito specifico dell'adolescenza che consiste nella costruzione della propria identità anche sessuale.

Esiste un'altra fetta di adolescenti che hanno avuto un'infanzia deprivata, vissuti all'interno di famiglie multiproblematiche, con grave trascuratezza del caregiver che influisce negativamente e non poco sulla personalità adulta del soggetto, che si ritrovano ad affrontare i compiti evolutivi propri dell'adolescenza con un bagaglio carenziale e possono quindi sviluppare forme patologiche varie, dai disturbi d'ansia ai breakdown psicotici.

Jeammet (2004) si chiede se nel lavoro con l'adolescente sia prioritario privilegiare il suo mondo interno o, invece, preferire la gestione della realtà esterna, facendo affidamento sul fatto che essa permette l'evoluzione del ragazzo/a. Risolve la domanda affermando che i lunghi anni di lavoro di frontiera coi ragazzi lo hanno portato alla convinzione che realtà esterna ed interna siano facce della stessa medaglia, parti che entrano in risonanza reciproca e che, quindi, vadano utilizzate congiuntamente e in modo complementare.

In fondo è la posizione assunta da diversi autori dell'approccio di tipo sistemico relazionale, in primis il Gruppo di Milano, erede di Mara Selvini Palazzoli (Cortina, 1998), che ha elaborato un modello di intervento sulla famiglia in cui sono previste oltre a sedute con tutti i componenti del nucleo, formati di colloquio individuale con l'adolescente come spazio per riflettere sulla propria realtà interna.

Sebbene l'adolescenza sia una fase di passaggio e la sintomatologia possa avere un carattere di transitorietà e risolversi positivamente dopo un periodo relativamente breve, quando si parla di adolescente ci si riferisce alla maggior parte delle categorie diagnostiche presenti nel DSM-IV:

1. disturbi di personalità
2. disturbi d'ansia
3. disturbi dell'umore
4. disturbo dissociativo

PROGRAMMA DI PSICOLOGIA Ausl di Rimini	<b>protocollo localmente concordato per LA DIAGNOSI E IL TRATTAMENTO DELL'ADOLESCENTE CON PSICOPATOLOGIA</b>	
---	--	--

5. disturbo d'identità
6. tossicodipendenze e disturbi da abuso di sostanze (vedi protocollo specifico)
7. psicosi (vedi protocollo specifico)
8. disturbi del comportamento alimentare (vedi protocollo specifico)

### 1. DISTURBI DI PERSONALITA'

Un disturbo di personalità rappresenta un modello di esperienza interiore e di comportamento che devia marcatamente rispetto alle aspettative della cultura dell'individuo, è pervasivo ed inflessibile e stabile nel tempo venendo a determinare una compromissione clinicamente significativa a livello del funzionamento (cognitivo, affettivo, interpersonale e di controllo degli impulsi).

Appartengono all'Asse II e sono distribuiti in tre cluster:

- A. Paranoide, schizoide, schizotipico
- B. Borderline, narcisistico, antisociale, istrionico
- C. Ossessivo-compulsivo, evitante e dipendente.

E' molto difficile riconoscere e diagnosticare i disturbi di personalità in adolescenza. Questa difficoltà sarebbe connessa alle caratteristiche intrinseche a questa fase dello sviluppo in cui la personalità va incontro a una rapida e complessiva ristrutturazione che viene ad alterare gli equilibri preesistenti. Dai risultati di alcuni studi emerge l'idea di un continuum tra l'area della vulnerabilità psichica, caratterizzata da instabilità affettiva e compromissione della capacità relazionale, e disturbo di personalità dall'altro. Le complesse modificazioni adolescenziali in combinazione con stress sopraggiunti di diversa origine, possono portare ad una sintomatologia almeno in parte sovrapponibile al disturbo di personalità, laddove vi sia stata una compromissione del sistema relazionale di attaccamento.

Per quanto riguarda il **disturbo borderline**, il più probabile in adolescenza, risulta essere una modalità pervasiva di instabilità delle relazioni interpersonali, dell'immagine di sé e dell'affettività uniti ad una marcata impulsività, comparsa entro la prima età adulta con i seguenti sintomi caratteristici:

- tentativi disperati di evitare un reale o immaginario abbandono;
- relazioni instabili e intense, caratterizzate dall'alternanza tra gli estremi di iperidealizzazione e svalutazione;
- alterazione dell'identità (assenza di un concetto integrato di sé e altro);
- impulsività in aree come sesso, abuso di sostanze, guida spericolata, abbuffate;
- ricorrenti minacce suicidiarie;
- instabilità affettiva dovuta a una marcata reattività dell'umore;
- sentimenti cronici di vuoto;
- rabbia immotivata e intensa e difficoltà di controllo;
- incapacità di tollerare le frustrazioni;
- ideazione paranoide.

### 2. DISTURBI D'ANSIA

Il comportamento di un individuo rientra nella categoria generale dei disturbi d'ansia quando lo stato d'ansia acuta è sperimentato assieme ad un senso travolgente di paura e timore che rendono il soggetto inabile per un periodo di tempo, è accompagnato da segni di tensione e dall'attivazione del sistema nervoso autonomo.

Si verifica anche una compromissione significativa dell'area di funzionamento sociale e lavorativo.

Appartengono all'asse I e ne esistono varie manifestazioni:

- Disturbo d'ansia da separazione
- Disturbo d'ansia generalizzata
- Fobie
- Disturbo ossessivo compulsivo (DOC)
- Attacchi di panico
- Disturbo post traumatico da stress (PTSD)

### 3. DISTURBI DELL'UMORE

Sono caratterizzati da un'alterazione significativa del tono dell'umore. Spesso si manifestano questi quadri simili nell'adolescenza, si tratta di riscontrare se sono solo manifestazioni transitorie del tumultuoso passaggio che è l'adolescenza oppure siano spie di una patologia depressiva in atto. Il DSM-IV ritiene che per distinguere la depressione nell'infanzia e nell'adolescenza occorre tenere presente l'irritabilità come tratto evidente dell'alterazione dell'umore e la durata per almeno un anno dei sintomi caratteristici.

Sono suddivisi in:

PROGRAMMA DI PSICOLOGIA Ausl di Rimini	<b>protocollo localmente concordato per LA DIAGNOSI E IL TRATTAMENTO DELL'ADOLESCENTE CON PSICOPATOLOGIA</b>	
---	--	--

1. DISTURBI DEPRESSIVI

a sua volta comprendente:

- disturbo depressivo maggiore
  - disturbo distimico
  - disturbo depressivo non altrimenti specificato*
- sono inclusi in questo raggruppamento nosografico:
- disturbo disforico premenstruale
  - disturbo depressivo minore
  - disturbo depressivo breve ricorrente
  - disturbo depressivo post-psicotico della schizofrenia

2. DISTURBI BIPOLARI

- disturbo bipolare*
- disturbo bipolare II*
- disturbo ciclotimico*
- disturbo bipolare non altrimenti specificato*

3. ALTRI DISTURBI DELL'UMORE

- disturbo dell'umore dovuto ad una condizione medica generale*
- disturbo dell'umore indotto da sostanze*
- disturbo dell'umore non altrimenti specificato*

#### 4. DISTURBO DISSOCIATIVO

La caratteristica essenziale dei Disturbi Dissociativi è la sconnessione delle funzioni, solitamente integrate, della coscienza, della memoria, della identità o della percezione. Le alterazioni possono essere improvvise o graduali, transitorie o croniche. Il DSM IV distingue 4 specifici disturbi dissociativi:

- l'amnesia dissociativa
- la fuga dissociativa
- il disturbo dissociativo dell'identità
- il disturbo da depersonalizzazione

#### 5. DISTURBO D' IDENTITA'

E' un grave disagio soggettivo riguardante l'incapacità di integrare i vari aspetti del proprio sé in un costrutto relativamente coerente e accettabile.

I criteri diagnostici sono:

- A. grave disagio soggettivo riguardante l'incertezza circa una varietà di tematiche riguardanti l'identità
- B. menomazione del funzionamento sociale e lavorativo
- C. durata di almeno tre mesi
- D. l'alterazione non è sufficientemente generalizzata e persistente da giustificare la diagnosi del disturbo borderline di personalità.

In particolare una specificazione di questa patologia appena descritta è **il disturbo dell'identità di genere (GID)** che si caratterizza per un'intensa e persistente identificazione con il sesso opposto e per un forte disagio di appartenere al proprio sesso in adolescenti o adulti biologicamente normali. In adolescenza in particolare si manifesta con il desiderio di essere dell'altro sesso, di adottarne i comportamenti e imitarne l'abbigliamento (cross-dressing), di essere considerato e trattato dagli altri come un individuo del sesso opposto, in quanto persiste la convinzione interna di avere sentimenti e reazioni tipici dell'altro sesso. L'adolescente vive con GID vive con profondo disagio l'appartenenza al proprio sesso biologico e disprezza, prova disgusto o indifferenza per le sue caratteristiche sessuali primarie e secondarie. Il disagio di essere del sesso indesiderato può divenire così marcato in un adolescente da determinare il rifiuto del suo aspetto corporeo e la preoccupazione costante di liberarsi delle caratteristiche sessuali, fino al punto di richiedere trattamenti ormonali, sperando che la modificazione dell'aspetto corporeo risolva la sofferenza personale derivante dalla dissonanza tra la mente e il corpo e permetta un miglior funzionamento sociale.

I disturbi dell'identità di genere sono tre:

- D. dell'identità di genere della fanciullezza;
- D. dell'identità di genere dell'adolescenza e dell'età adulta;
- Transessualismo

PROGRAMMA DI PSICOLOGIA Ausl di Rimini	<b>protocollo localmente concordato per LA DIAGNOSI E IL TRATTAMENTO DELL'ADOLESCENTE CON PSICOPATOLOGIA</b>	
---	--	--

## 6. DISTURBO DA USO E ABUSO DI SOSTANZE

### 7. PSICOSI

Un disturbo mentale, nelle classificazioni precedenti al DSM-IV, era definito “psicotico” se comportava una “menomazione che interferiva consistentemente con la capacità di soddisfare le esigenze ordinarie della vita”. Il termine è stato anche precedentemente definito come una perdita dei confini dell’io o una compromissione importante della capacità di esame della realtà. Oggi il termine *psicotico* si riferisce alla presenza di determinati sintomi. Comunque, la costellazione specifica dei sintomi alla quale il termine si riferisce varia di un certo grado nelle categorie diagnostiche. Nella Schizofrenia, nel Disturbo Schizofreniforme, nel Disturbo Schizoaffettivo e nel Disturbo Psicotico Breve, il termine *psicotico* si riferisce a deliri, ad allucinazioni rilevanti di qualunque tipo, al linguaggio disorganizzato, o al comportamento disorganizzato o catatonico. Nel Disturbo Psicotico Dovuto a una Condizione Medica Generale e nel Disturbo Psicotico Indotto da Sostanze, *psicotico* si riferisce ai deliri, o soltanto a quelle allucinazioni che non sono accompagnate da consapevolezza. Infine, nel Disturbo Delirante e nel Disturbo Psicotico Condiviso, *psicotico* è equivalente a delirante.

Entrano a far parte della psicosi i seguenti disturbi:

1. la schizofrenia
2. il disturbo delirante
3. il disturbo psicotico breve
4. il disturbo schizoaffettivo
5. disturbo schizofreniforme
6. schizofrenia ad esordio precoce (EOS).
7. disturbo psicotico condiviso
8. disturbo psicotico dovuto a condizione medica generale
9. disturbo psicotico indotto da sostanze

Ammaniti individua tre quadri clinici della psicosi:

- A. *psicosi della tarda adolescenza* che insorgono nel momento in cui si attua la separazione finale della famiglia;
- B. *psicosi della media adolescenza* in cui il crollo sembra essere precipitato dall’impossibilità di affrontare il processo di lutto degli oggetti d’amore infantili,
- C. *psicosi della pubertà* che si manifestano con un esordio insidioso,

In adolescenza la più frequente manifestazione di psicosi è la schizofrenia ad esordio precoce (EOS). Il quadro clinico tende a differenziarsi rispetto a quello dell’adulto per: la predominanza dei maschi, l’esordio insidioso, la maggior frequenza di familiarità per il disturbo schizofrenico, prognosi peggiore e maggior difficoltà nell’effettuare una corretta diagnosi differenziale. Nelle circostanze in cui uno sviluppo precedente non aveva permesso la strutturazione di un Io sufficientemente integrato, la crisi adolescenziale può perdere le sue potenzialità maturative ed evolvere verso un accesso acuto caratterizzato dalla disorganizzazione dei confini dell’Io e delle rappresentazioni mentali e dal collasso dello spazio psichico.

E’ caratterizzata dai seguenti sintomi: deliri, allucinazioni, eloquio disorganizzato, comportamento grossolanamente disorganizzato o catatonico, sintomi negativi cioè appiattimento dell’affettività, alogia e abulia.

Gli episodi psicotici possono essere abbastanza comuni tra i giovani, la maggior parte dei quali si rimette completamente se i disturbi vengono affrontati tempestivamente e in modo opportuno. Se i disturbi psicotici non vengono prontamente riconosciuti e curati possono portare la persona ad una condizione di grave difficoltà e disabilità, dalle quali è molto difficile uscire

Nella maggior parte dei casi, il primo episodio psicotico è preceduto da un periodo della durata massima di 4 mesi in cui si manifestano i primi segni di disagio. L’esordio può coincidere con il momento in cui iniziano a comparire i sintomi psicotici veri e propri (per esempio, la persona che soffre di psicosi potrebbe udire voci o vedere cose che in realtà non esistono.); in certi casi, invece, l’esordio può essere meno vistoso e più insidioso, il giovane può tenersi dentro la sua sofferenza senza manifestare apertamente contenuti insoliti del pensiero.

### 1.2 TARGET DI RIFERIMENTO E BISOGNI ASSOCIATI

Adolescente con psicopatologia

PROGRAMMA DI PSICOLOGIA Ausl di Rimini	<b>protocollo localmente concordato per LA DIAGNOSI E IL TRATTAMENTO DELL'ADOLESCENTE CON PSICOPATOLOGIA</b>	
---	--	--

## 2 FATTORI DI RISCHIO

### **DISTURBI DI PERSONALITA'**

#### Fattori di rischio psicologici individuali:

- Disturbi della condotta diagnosticati nell'infanzia
- Comportamenti autodistruttivi
- Precedenti episodi depressivi
- Alto livello di impulsività e aggressività
- Attaccamento disorganizzato
- Incapacità a regolare le emozioni
- Dotazione intellettiva al limite (70-75 QI)

#### Fattori di rischio familiari:

- Incapacità di stabilire i limiti, intrusività, seduttività, non disponibilità, inversione dei ruoli..
- Traumi, abusi fisici o sessuali e gravi deprivazioni
- Famiglie multiproblematiche, poco coesive e disorganizzate
- Trascuratezza e comportamento genitoriale inappropriato
- Ambiente relazionale invalidante

#### Fattori di rischio psicosociali:

- Contesto culturale non normativo

### **DISTURBI D' ANSIA**

#### Fattori di rischio individuali:

- Attaccamento ansioso-resistente
- Mancato apprendimento di strategie di regolazione
- Incapacità di affrontare situazioni di stress

#### Fattori di rischio familiari:

- Familiarità al disturbo
- Difficoltà del caregiver a sintonizzarsi sui bisogni del bambino

#### Fattori di rischio psicosociali:

- Traumi di vario genere (aggressioni, disastri naturali, lutti, incidenti, abusi..)

### **DISTURBI DELL' UMORE**

#### Fattori di rischio individuali e psicologici:

- Precedenti episodi depressivi
- Tentati suicidi
- Abuso di sostanze
- Situazioni di stress prolungate e croniche
- Difficoltà a superare perdite e separazioni

#### Fattori di rischio familiari:

- Accudimento genitoriale inadeguato (attaccamento insicuro)
- Patologie mentali dei genitori
- Eventi traumatici come perdite o separazioni

### **DISTURBO DISSOCIATIVO**

#### Fattori di rischio individuali e psicologici:

- Eventi traumatici e abusi
- Attaccamento disorganizzato

### **DISTURBO D'IDENTITA' DI GENERE**

#### Fattori di rischio psicologici e individuali:

- Abusi fisici ed emozionali

PROGRAMMA DI PSICOLOGIA Ausl di Rimini	<b>protocollo localmente concordato per LA DIAGNOSI E IL TRATTAMENTO DELL'ADOLESCENTE CON PSICOPATOLOGIA</b>	
---	--	--

- Condizioni psicopatologiche del caregiver

Fattori di rischio familiari:

- Inadeguatezza nell'assegnazione del genere da parte del genitore

**DISTURBO DA ABUSO DI SOSTANZE**

Fattori di rischio psicologici e individuali:

- Profilo antisociale
- Incapacità di elaborare l'angoscia di separazione
- Dipendenza relazionale e inversione di ruoli
- Comorbilità con disturbi dell'umore e di personalità

Fattori di rischio familiari:

- Indebolimento della figura paterna

**PSICOSI**

Fattori di rischio psicologici individuali:

- familiarità genetica al disturbo
- presenza di lutti o eventi di perdita in famiglia, anche in epoche molto remote (addirittura durante la gravidanza),
- eventi di vita gravi come maltrattamento e abusi/violenza sessuale

**3 STRUMENTI E MODALITÀ PER LA DIAGNOSI**

Lo strumento principale utilizzato per la diagnosi è il **colloquio clinico** con l'adolescente, con i genitori e con l'intero nucleo familiare.

Si utilizzano poi:

- Questionari come
  - CBCL
  - CDI
  - SCALE SAFA
  - SCID
  - MMPI-A
  - MMPI-2
  - VINELAND
- Test psicometrici:
  - matrici di Raven
  - WISC-R
  - ...
- Test proiettivi:
  - TAT
  - CAT
  - Test carta e matita (disegno della famiglia, dell'albero, uomo sotto la pioggia...)
  - Rorschach
  - Blacky pictures
  - Test dei colori di Luscher
  - Fat
  - Sceno test
  - FRT
  - ...

**4 STRUMENTI E MODALITÀ PER IL TRATTAMENTO**

Molto pertinente all'approccio alla psicopatologia adolescenziale risulta il concetto di resilienza il cui obiettivo principale è incoraggiare un approccio propositivo alla soluzione dei problemi, promuovendo strategie di intervento efficaci. Educare alla resilienza comporta un sistematico riferimento alle aree di forza, alle risorse sia dell'individuo che

PROGRAMMA DI PSICOLOGIA Ausl di Rimini	<b>protocollo localmente concordato per LA DIAGNOSI E IL TRATTAMENTO DELL'ADOLESCENTE CON PSICOPATOLOGIA</b>	
---	--	--

della comunità. Il concetto di resilienza invita i professionisti ad assumere una visione costruttiva della sofferenza e delle difficoltà che le persone incontrano nel loro percorso esistenziale; troppo spesso infatti i modelli teorici sembrano aver sottovalutato le capacità di recupero che le persone oppongono alle difficoltà e agli eventi avversi. Questo concetto può incoraggiare una visione ecologica dello sviluppo umano e in particolare dei compiti evolutivi dell'adolescenza per due motivi: da un lato, permette di prendere in considerazione le condizioni effettive e naturali in cui ha luogo lo sviluppo; dall'altro lato, incoraggia un approccio positivo che sottolinea le fondamentali conquiste adattive dei giovani nel difficile e laborioso percorso verso la costruzione dell'identità.

Nell'affronto della psicopatologia adolescenziale un approccio ecologico appare quindi il più adatto poiché valorizza la rete familiare e sociale (ospedale, istituzioni, privato sociale, etc.) come risorsa per l'adolescente al fine di favorire esperienze relazionali ed emozionali correttive. Nell'ampio spettro in cui si delinea la psicopatologia dell'adolescenza, (si va dai break down psicotici alla crisi d'ansia transitoria), l'approccio al giovane paziente può avvenire, a seconda dell'intensità della sofferenza (fase acuta, ) o del suo funzionamento personale, in un nodo della rete (ospedale o territorio) con professionisti diversificati (psichiatri, neuropsichiatri, psicologi...) e può rendere necessario attivare interventi multipli (es. farmacologia e psicoterapia, ricovero in ospedale,..). Lo psicologo è perciò chiamato in talune situazioni a collaborare multiprofessionale nell'elaborazione di un progetto sul paziente con gli strumenti che gli sono propri.

**Consulenza individuale/ consulenza ai genitori**

Obiettivi del trattamento:

- ✓ valutazione delle risorse individuali e contestuali
- ✓ attivazione di una dimensione riflessiva che contrasti la tendenza all'acting
- ✓ eventuale indicazione di percorsi successivi.

Durata del trattamento dalle 4 alle 10 sedute

**Consultazione terapeutica alla coppia genitoriale**

Obiettivi del trattamento:

- ✓ attivazione di una dimensione riflessiva che aiuti una messa in discussione sulle proprie competenze genitoriali
- ✓ azione di sostegno e contenimento dell'ansia
- ✓ impostare un lavoro che giustifichi il sintomo come una difesa e contemporaneamente il miglior assetto possibile che quell'organizzazione di personalità riesce a raggiungere

Durata del trattamento dalle 4 alle 12 sedute

**Sostegno psicologico individuale**

Obiettivi del trattamento:

- ✓ rafforzamento dell'Io e attivazione delle sue risorse
- ✓ miglioramento delle performance e dei comportamenti adattivi
- ✓ apprendimento di strategie di problem solving.

Durata del trattamento entro le 24 sedute

**Psicoterapia a tempo definito**

Obiettivi del trattamento:

- ✓ aiutare il paziente a superare questa fase del ciclo di vita prendendo le giuste distanze dalle figure genitoriali
- ✓ imparare a vivere nel presente, nell'attualità dei propri bisogni
- ✓ avere la possibilità di rinarrare la storia della propria vita
- ✓ miglioramento delle capacità introspettive
- ✓ aiutare a capire il significato del sintomo
- ✓ favorire la comprensione del significato della sofferenza come esperienza costruttiva del proprio sé
- ✓ aiutare il paziente a riorganizzarsi ad un livello più funzionale

Durata del trattamento dalle 12 alle 24 sedute

**Psicoterapia familiare**

Obiettivi del trattamento:

- ✓ attivazione di una dimensione riflessiva
- ✓ riorganizzazione dei ruoli familiari disfunzionali
- ✓ rilettura delle dinamiche interne
- ✓ definizione dei confini generazionali

PROGRAMMA DI PSICOLOGIA Ausl di Rimini	<b>protocollo localmente concordato per LA DIAGNOSI E IL TRATTAMENTO DELL'ADOLESCENTE CON PSICOPATOLOGIA</b>	
---	--	--

- ✓ attivazione di una dimensione riparativa da parte delle figure genitoriali e di responsabilità da parte dell'adolescente.

Durata del trattamento dalle 10 alle 24 sedute

**☐ Psicoterapia di gruppo**

Obiettivi del trattamento:

- ✓ sviluppo di competenze interpersonali
- ✓ capacità di apprendere dall'esperienza altrui
- ✓ maggiore tolleranza di ansie e frustrazioni.

Durata del trattamento fino ad un massimo di 24 sedute

**☐ Psicoeducazione per gruppi di familiari**

Obiettivi del trattamento:

- ✓ informazioni e conoscenze rispetto al compito evolutivo dei figli adolescenti
- ✓ capacità di contenimento dell'ansia
- ✓ promozione di capacità autoriflessive e di confronto con gli altri componenti del gruppo

Durata del trattamento max 12 sedute

**☐ Programmazione di interventi socio-educativi ed inserimento in agenzie idonee, con monitoraggio e supervisione degli operatori coinvolti**

- ✓ promozione di progetti integrati e condivisi sul paziente e la sua famiglia

A lungo termine se presente un provvedimento dell'autorità giudiziaria.

**☐ Consulenza a strutture istituzionali (scuola, istituti, comunità, tribunale dei minori..)**

Tra le varie possibilità di intervento elencate, assume particolare rilevanza il **trattamento familiare** nel formato grupppale (presenza di tutti i membri della famiglia) o nel formato parallelo (genitori/figli) e la **psicoterapia breve di individuazione**.

Caratteristica comune della quasi totalità degli interventi rivolti agli adolescenti che si trovano nella difficoltà di superare la crisi è il tempo definito (4-30 sedute). Il limite del tempo non è ostacolo al processo terapeutico ma un'occasione per mettere in campo tutte le risorse presenti nel sistema sia individuali che familiari, ponendo l'accento sulle potenzialità del paziente. Sottolineare le sue risorse, ancora prima che le sue difficoltà, individuare quei punti di forza che in passato hanno consentito di affrontare problemi, e che ora hanno bisogno di essere richiamati per un percorso verso l'autonomia e l'emancipazione, rappresenta una modalità che favorisce il processo di individuazione.

## 5 CRITERI DI ELEGGIBILITÀ

Per quanto riguarda il sostegno psicologico è indicato nel caso in cui ci si trova di fronte a:

- ✓ Presenza di un Io fragile
- ✓ Insufficiente capacità di introspezione
- ✓ Scarsi strumenti cognitivi
- ✓ Condizione di vulnerabilità sociale

La psicoterapia è adatta se il paziente possiede:

- ✓ Maggiore strutturazione dell'Io
- ✓ Capacità di introspezione
- ✓ Sufficienti risorse relazionali

La psicoterapia di gruppo è indirizzata a coloro che hanno:

- ✓ Capacità di reggere il confronto con un gruppo di coetanei
- ✓ Tolleranza di situazioni frustranti e ansiogene
- ✓ Mancanza di condizioni psicopatologiche acute (tendenza alla psicosi, spunti paranoici..)

PROGRAMMA DI PSICOLOGIA Ausl di Rimini	<b>protocollo localmente concordato per LA DIAGNOSI E IL TRATTAMENTO DELL'ADOLESCENTE CON PSICOPATOLOGIA</b>	
---	--	--

La terapia familiare richiede:

- ✓ disponibilità al coinvolgimento e all'autoriflessione sulle dinamiche relazionali che ostacolano il processo di separazione- individuazione dell'adolescenza
- ✓ capacità di mettersi in discussione
- ✓ adesione al progetto terapeutico possibilmente di tutti i membri del nucleo familiare

## 6 CRITERI DI ACCESSO

- Spazio giovani
- Sert
- Tutela minori
- Neuropsichiatria infantile
- Medici e pediatri di base
- Area ospedaliera
- Sert
- ...

## 7 DOCUMENTI DI REGISTRAZIONE

- Cartella clinica cartacea
- Cartella informatizzata (Sister, Flusso informativo regionale)
- videoregistrazioni

## 8 RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- American Psychiatric Association Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM IV-TR), Tr It. Masson Mialno 2001
- Ammaniti M., "Manuale di psicopatologia dell'adolescenza", Cortina Editore 2002
- *Decima revisione della Classificazione Internazionale delle sindromi e dei disturbi psichici e comportamentali* OMS 1992, Ed. Masson ICD-10
- Gabbard G.O., "Psichiatria psicodinamica", Cortina Editore 2002
- Laufer M., Laufer E., "Breakdown in adolescenza", Boringhieri Editore 1984
- Marcelli D., Braconier A., "Adolescenza e psicopatologia" Ed. Masson 2006
- P. Jeammet., "psicopatologia dell'adolescente" Ed Borla 2004
- Pietropolli Charmet G., "I nuovi adolescenti", Cortina Editore Milano 2000
- Progetto aziendale adolescenza, "La mappatura delle risposte aziendali verso l'utenza adolescente: lettura trasversale dell'offerta di prodotto, dei fattori di qualità e degli strumenti di verifica", Regione Emilia Romagna AUSL di Rimini
- Selvini Palazzoli M., Cirillo S., Sorrentino A., "Ragazze anoressiche e bulimiche. La terapia familiare", Cortina Milano 2001
- Senise T., "Psicoterapia breve di individuazione. La metodologia di Tommaso Senise nella consultazione con l'adolescente", Feltrinelli 2004

## LA VALUTAZIONE DELLE RISORSE GENITORIALI: STRUMENTO PER L'ATTIVAZIONE DI UN PERCORSO DI CURA

Dott.ssa Marta Lorusso

### Famiglie eleggibili al trattamento dello Psicologo nell'Azienda USL di Rimini

A fronte della crisi del sistema familiare e dei ruoli genitoriali aumentano le domande di sostegno e di cura da parte della famiglia. Le famiglie eleggibili per un lavoro psicologico da parte del Servizio Pubblico, in considerazione anche dei L.E.A., sono le più vulnerabili, quelle che vivono e generano esperienze traumatiche.

Si tratta sia delle famiglie maltrattanti e abusanti, spesso multiproblematiche, che accedono allo psicologo su mandato dell'Autorità Giudiziaria, incapaci di formulare una richiesta di aiuto, che di quelle altamente disfunzionali, ma in grado di riconoscere le criticità di cui sono portatrici, tra cui troviamo famiglie ricomposte caratterizzate da alta conflittualità, famiglie con gravi disturbi nei figli minori e adolescenti, che vanno da quelli del comportamento alimentare a quelli della condotta e del rischio suicidario, famiglie con gravi disturbi relazionali-familiari emersi in seguito allo sviluppo di una malattia organica cronica.

### La valutazione delle competenze genitoriali

Il modello teorico di riferimento nel lavoro dello psicologo con la famiglia maltrattante e gravemente disfunzionale si rifà alle linee guida del Cismai, il Coordinamento Italiano dei Servizi contro il Maltrattamento e l'Abuso all'Infanzia, e agli assunti di base dell'approccio sistemico-relazionale, di quello psicomotricità e della teoria dell'attaccamento.

Ci si basa sulla premessa che le manifestazioni legate al maltrattamento sono l'espressione di *una patologia che investe il funzionamento globale della famiglia*, oltre che di problematiche psicologiche e psicopatologiche dei genitori.

Per esemplificare il lavoro dello psicologo con la famiglia useremo una situazione della pratica clinica inerente una famiglia multiproblematica.

Intendiamo con tale termine una tipologia di nucleo familiare all'interno del quale più membri manifestano problemi di comportamento, adattamento sociale e psicopatologia, e per lunghi periodi entrano in contatto con i servizi socio-sanitari.

Sono famiglie incapaci di dare cure adeguate e di rispondere ai bisogni di conforto e protezione dei suoi membri, con relazioni patologiche caratterizzate da comunicazioni intrafamiliari distorte che espongono al rischio di trascuratezza, maltrattamento, abuso e abbandono, generando danno e trauma.

**Caso clinico:** *Ad esempio la famiglia di Luca (7 anni) e Antonio (5 anni), il caso esemplificativo che utilizzeremo, è multiproblematica: i genitori sono tossicodipendenti, il nonno paterno ex alcolista, Antonio è seguito da una logopedista per un ritardo di sviluppo nel linguaggio, i nonni paterni e materni colludono con la patologia dei figli, non riuscendo a loro volta ad attuare interventi protettivi nei confronti dei nipoti. A causa della grave trascuratezza dei genitori (che si drogavano davanti ai figli, i quali non frequentavano la scuola...) i figli sono allontanati d'urgenza e collocati in una comunità di pronta accoglienza. L'assistente sociale, si occupa di regolare gli incontri dei bambini con i genitori in luogo protetto. Il servizio sociale invia il caso allo psicologo, su decreto del Tribunale dei Minori che richiede di svolgere una valutazione di recuperabilità delle competenze genitoriali.*

## **Le risorse genitoriali**

Quali sono le conquiste psichiche necessarie per una buona genitorialità?

Le competenze genitoriali si costruiscono all'interno di una storia intergenerazionale, che si nutre di buone relazioni affettive. La costruzione di una personalità equilibrata e della capacità di investire correttamente sui figli è frutto di un tessuto affettivo che permette di costruire una buona immagine di sé e di acquisire la capacità di riflettere su di sé e sugli altri, avendo consapevolezza di chi si è. Tutti i bambini, per crescere bene, hanno bisogno di poter instaurare una buona relazione di attaccamento con adulti sensibili e responsivi.

Il concetto di competenze genitoriali o parenting si fonda su alcune dimensioni che definiscono le risorse per un buon *funzionamento genitoriale e familiare*.

Si tratta di genitori dotati di sensibilità e responsività, intese come la capacità di riconoscere i bisogni del bambino e di fornire cure adeguate. Queste funzioni si esplicano attraverso l'empatia e l'affettività, il rispetto, la protezione e la tolleranza, la gratificazione e l'incoraggiamento all'autonomia.

Genitori adeguati sono capaci di dare regole e contenimento, di mediare e sostenere il rapporto con l'esterno, di riconoscere e valorizzare le peculiarità del bambino e la sua individualità, guardando il figlio come altro da sé, non come bambino idealizzato ma come figlio reale, nella sua diversità e propositività.

## **Un approccio dinamico alla diagnosi del sistema familiare e della genitorialità**

La valutazione della famiglia e delle funzioni genitoriali è un percorso teso a valutare il quadro complessivo della situazione traumatica nei suoi aspetti individuali e relazionali, il grado di assunzione di responsabilità da parte degli adulti coinvolti e le risorse protettive disponibili sui tempi medio-lunghi, nel contesto degli adulti di riferimento del minore.

Tale intervento si configura anche come diagnosi dinamica e consiste nella valutazione della risposta agli input di cambiamento portati dallo psicologo, necessaria alla formulazione di un parere prognostico.

Prevede inoltre la possibilità di instaurare una successiva relazione terapeutica

Non si tratta solo di una diagnosi descrittiva, ma anche tesa al cambiamento.

Una valutazione quindi, che implica comprensione e modificazione, e che si esplica attraverso:

- l'osservazione, con quelli che sono gli strumenti fondamentali dello psicologo (il colloquio clinico, l'osservazione diretta con modalità libere o strutturate, gli strumenti psicodiagnostici)
- l'ipotesi, che si struttura in una modalità di rilettura delle dinamiche familiari e individuali sottese al maltrattamento e alla crisi genitoriale e di restituzione di un significato condivisibile con la famiglia
- la valutazione dei cambiamenti, a seguito degli input portati dallo psicologo

## **La famiglia e la genitorialità in crisi**

L'inadeguatezza genitoriale segnala un disagio psicologico sottostante, relativamente alla vita affettiva e relazionale, all'organizzazione e alle dinamiche familiari patologiche, ai rapporti sociali. L'enorme complessità delle storie si accompagna ad una fragilità delle risorse di accudimento, e quindi troviamo spesso genitori vulnerabili, reduci da storie personali difficili e traumatiche, con legami di attaccamento insicuri e disorganizzati, frutto di dinamiche di invischiamento e di rifiuto. I sentimenti che li accompagnano sono frequentemente di ingiustizia subita e di risarcimento sempre insoddisfacente. Rimangono concentrati sui loro bisogni, si sentono perseguitati dalla sfortuna, usano inconsapevolmente i figli come uno strumento per ricevere, non riescono a elaborare il

legami spesso idealizzati con i propri genitori e a elaborare quindi il lutto per tutto ciò che non hanno ricevuto. Possiamo quindi parlare di investimenti nei confronti dei figli poveri o distorti, che portano spesso all'inversione dei ruoli e della relazione, dove si caricano i bambini della soddisfazione dei bisogni di nutrizione, di affetto e considerazione degli adulti.

Le relazioni di coppia risultano disfunzionali, non compensative e spesso altamente conflittuali, i figli vengono spesso strumentalizzati nei confronti del partner.

Sono presenti numerosi fattori di rischio tra cui la devianza e l'abuso di sostanze, il disagio socioeconomico e la carenza di sostegno sociale, la psicopatologia.

### **La valutazione psicologica del recupero della genitorialità**

A questo punto è opportuno ricordare che la valutazione è un processo complesso, di respiro multiprofessionale, e che quindi deve essere comprensiva degli aspetti psicologici, sociali, legali, economici e sanitari, sia dei minori che della famiglia. Deve quindi essere costituita da un percorso che preveda il lavoro integrato di figure professionali diverse in un lavoro di rete.

La valutazione psicologica si può suddividere in aree tematiche che hanno uno sviluppo progressivo e si avvalgono di alcuni indicatori che hanno lo scopo di misurare i movimenti di cambiamento della famiglia, che sostengono la successiva ipotesi prognostica.

La prima area tematica è inerente all'esplicitazione e alla definizione del contesto valutativo e comprende tutta la fase iniziale, in cui si affronta con la famiglia la finalità del percorso valutativo con i suoi obiettivi di comprensione dei motivi sottendenti il fallimento della relazione di cura e di verifica delle risorse per il cambiamento. Si ricostruiscono con chiarezza i motivi che hanno condotto all'invio e al mandato dell'autorità giudiziaria.

Si considerano come indicatori della collaborazione al percorso presentato il rispetto delle regole del setting, la partecipazione attiva agli incontri, l'accoglimento delle indicazioni e delle prescrizioni, il grado di condivisione del problema.

Gli strumenti indicati sono: sedute familiari e sedute congiunte con la famiglia e con gli operatori della rete.

La seconda area tematica riguarda lo stile di funzionamento coniugale e familiare e ha la finalità di ricostruire la storia personale e delle relazioni significative valutando la qualità dei legami di attaccamento, la storia di coppia e le relazioni con le famiglie di origine in un'ottica trigerazionale. Ci si concentra:

- sull'analisi della storia coniugale, valutando le aspettative, le motivazioni e i bisogni sottostanti la scelta affettiva, le caratteristiche e il funzionamento del legame coniugale,
- e sui legami irrisolti con le rispettive famiglie di origine, sulle perdite affettive significative, sui traumi subiti, sui sentimenti vissuti e sulle aspettative frustrate.

Gli indicatori utilizzati sono il livello di congruenza/incongruenza nella ricostruzione della propria infanzia e nel rapporto con i propri genitori, il riconoscimento e la consapevolezza delle carenze subite e della propria sofferenza.

Gli strumenti sono costituiti dai colloqui psicologici clinici individuali e congiunti con i genitori e i membri della famiglia allargata e, se necessario, da test psicodiagnostici.

La terza area tematica riguarda la valutazione della storia della genitorialità, del modo in cui l'organizzazione familiare si è strutturata nel tempo, dello stile di funzionamento familiare, della qualità della relazione con i propri figli.

Si esplorano gli assi della genitorialità e si approfondiscono gli investimenti che ciascun genitore ha attivato sul figlio assieme alle caratteristiche dell'alleanza genitoriale stabilita dalla coppia.

Indicatori fondamentali sono la presenza del riconoscimento dei bisogni psicologici e di accudimento del bambino comprensiva delle capacità di attenzione, ascolto e contenimento emotivo. Inoltre, la presenza di confini generazionali, la flessibilità delle relazioni educativo-affettive, la qualità dei legami nella fratria.

Gli strumenti utilizzati sono i colloqui con la coppia e con i singoli genitori, sedute con genitori e figli, osservazione della relazione genitori-bambino, strumenti testistici.

La quarta area tematica si concentra sulla prognosi, sulla trattabilità e sulla verifica dell'attivazione delle risorse genitoriali.

Indicatore centrale in questa fase è la riduzione dei meccanismi difensivi di negazione che permette la comprensione della sofferenza del figlio e del danno arrecatogli. Così il genitore diventa capace di condividere la rilettura dei significati individuali e relazionali dei comportamenti pregiudizievoli e può connettere la propria sofferenza personale con quella del figlio. Tale processo gli permette di assumersi le proprie responsabilità e di condividere un progetto d'intervento riparativo in funzione del cambiamento.

Gli strumenti indicati sono i colloqui di restituzione con le figure genitoriali e con i figli.

Il tempo minimo previsto per un lavoro di valutazione è intorno ai 3 mesi, mentre il massimo è di circa 6 mesi.

### **Valutazione/Diagnosi della famiglia e recuperabilità delle risorse genitoriali**

Il lavoro di valutazione, pur non essendo una terapia, si configura già come una prima occasione di cambiamento per la famiglia.

La valutazione/diagnosi con la famiglia è lo strumento fondamentale per la definizione di una prognosi che, nella relazione clinica, che ne costituisce la sintesi, individua le successive fasi dell'intervento.

**Caso clinico:** Nella storia del nostro caso, in concomitanza con il collocamento dei bambini in comunità infantile, i genitori e i familiari iniziano i colloqui con i due psicologi referenti del caso, attraverso colloqui individuali, di coppia e familiari. In questa fase il lavoro si svolge in modo integrato con il servizio del SERT, dove i genitori sono già seguiti: in questo modo, anche se all'inizio il rapporto con i genitori e i familiari era connotato da negazione dei problemi e bassa collaborazione, si riesce comunque a costruire un percorso di inserimento dei genitori in una comunità per tossicodipendenti e in breve iniziano gli incontri vigilati genitori-figli e nonni-nipoti, strumento per svolgere anche l'osservazione diretta. I colloqui permettono di integrare altre informazioni oltre a quelle già note, che delineano un contesto con molti fattori di rischio:

- Tossicodipendenza dei genitori e alcolismo del nonno paterno
- Rete familiare e sociale di sostegno povera: il nonno materno è morto, mentre la nonna non è una risorsa, non riconosce i problemi, nega le difficoltà dei nipoti, non si assume le proprie responsabilità, collude con la figlia; i nonni paterni sono invischiati con il figlio, anche loro negano le difficoltà dei nipoti e colludono con il figlio, tendono a prendere il posto dei genitori con i nipoti
- Storia personale traumatica della madre che racconta di essere stata abusata dal padre durante la preadolescenza, e del padre che non ha elaborato il trauma di un grave lutto familiare consistito nella perdita del fratello di 21 anni quando lui ne aveva 13, a cui seguì una depressione della nonna paterna
- Investimenti affettivi poveri sui figli (trascuratezza) o distorti (rendendoli precocemente adulti e iper-responsabili nei confronti dei genitori)

- **Conflittualità di coppia:**(pur manifestando molto affetto reciproco, tendono ad entrare in competizione, anche strumentalizzando i figli)

*Durante la prima fase della valutazione, nei primi incontri vigilati e colloqui con i genitori si evidenziano modalità relazionali che non esprimono funzioni genitoriali adeguate: coinvolgimento dei bambini nella relazione genitoriale, tendenza a mettere in atto ruoli paritari con i figli che rendono confusivi i confini generazionali, comunicazioni di messaggi ambigui che creano false aspettative, non aderenti alla realtà (i genitori riferiscono ai figli che sarebbero usciti a breve dalla comunità e tutto si sarebbe sistemato), innescando ulteriore stress nei bambini. Luca è il bambino che si prende cura della mamma, la consola, si isola con la stessa, mentre Antonio, gioca in disparte con i lego, costruisce oggetti che ogni tanto mostra ai genitori, ricerca maggiormente il rapporto con gli operatori; il padre alterna il suo interesse un po' con Antonio un po' con Luca.*

*La nonna paterna fa richiesta di accogliere i nipoti: emergono aspetti depressivi della signora, in trattamento presso il Centro di Salute Mentale, che spesso entra in collusione con la trascuratezza genitoriale della figlia, i bambini anche quando stanno presso i nonni non vanno a scuola. La disponibilità dei nonni paterni rivela una scarsa adeguatezza, non sono consapevoli delle risorse che tale responsabilità richiede, non esprimono calore affettivo e soprattutto preoccupazione per la sofferenza dei nipoti. I bisogni personali vengono anteposti a quelli dei bambini.*

*Antonio, manifesta il disagio attraverso sintomi di tipo cognitivo (il ritardo nello sviluppo del linguaggio), mentre il fratello maggiore, manifesta la sofferenza attraverso un comportamento adultizzato, tende alla razionalizzazione, ha sbalzi di umore, fa fatica a tollerare i cambiamenti, esprime sintomi internalizzati e emotivi. Entrambi i bambini manifestano problemi di attaccamento, soprattutto connotato da manifestazioni di ansia.*

### **Prognosi positiva/negativa e conseguenti percorsi**

Quando la prognosi risulta **positiva** si imposta un lavoro di recupero e sostegno alla genitorialità individuando come successivi interventi:

- Sostegno psicologico dei genitori
- Psicoterapia della famiglia
- Trattamenti integrati che possono prevedere per esempio il sostegno psicologico ai genitori contemporaneamente al sostegno psicologico del bambino e al trattamento farmacologico di un genitore
- Interventi di rete come l'inserimento del minore al gruppo educativo territoriale o l'affido familiare

Se la prognosi si rivela **negativa** è necessario un intervento riparativo sul minore che preveda tutela e sostegno e che viene svolto attraverso la presa in carico psicoterapeutica, l'affido familiare sine die, l'adozione.

*Nel caso presentato il lavoro diagnostico e valutativo ha rappresentato un'importante fattore protettivo e di prevenzione.*

*Infatti il lavoro così impostato ci ha permesso di giungere ad una prognosi positiva, che ha permesso la successiva attivazione di un trattamento integrato e di un intervento di rete.*

<b>PROGRAMMA DI PSICOLOGIA Ausl di Rimini</b>	<b>protocollo localmente condiviso per LA DIAGNOSI CLINICA E IL TRATTAMENTO DELLA FAMIGLIA NEI CASI DI MALTRATTAMENTO E ABUSO DI MINORI</b>	
---	---	--

## SOMMARIO

1.Introduzione.....	46
1.1.Inquadramento teorico .....	46
2.Target di riferimento e bisogni associati.....	48
3.Fattori di rischio.....	48
4.Strumenti e modalità per la Diagnosi .....	50
5.Strumenti e modalità per il trattamento .....	52
5.Criteri di eleggibilità.....	54
6.Criteri di Accesso .....	54
7.Documenti di registrazione.....	54
8.Riferimenti bibliografici.....	55

Dott.ssa Lorusso Marta – Conduttore del gruppo

Dott. Gazzilli Angelo  
Dott. Parma Andrea  
Dott.ssa Valcamonici Paola

Figura di supporto:  
Dott.ssa Salucci Michela

<b>PROGRAMMA DI PSICOLOGIA Ausl di Rimini</b>	<b>protocollo localmente condiviso per LA DIAGNOSI CLINICA E IL TRATTAMENTO DELLA FAMIGLIA NEI CASI DI MALTRATTAMENTO E ABUSO DI MINORI</b>	
---	---	--

## 1. INTRODUZIONE

### 1.1 INQUADRAMENTO TEORICO

#### Famiglia e tipologie di abuso

L'azienda Unità Sanitaria Locale svolge, secondo quanto previsto dal DPCM 29 novembre 2001 "Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza", attività psicologica riconducibile a prestazioni psicoterapeutiche, psicologiche, di indagine diagnostica alle donne, ai minori, alla coppia e alle famiglie, ivi comprese le famiglie adottive e affidatarie.

Nella definizione della Consultation on Child Abuse and Prevention della Who, ripresa nel rapporto dell'Organizzazione mondiale della sanità (WHO 2002), la violenza all'infanzia assume una connotazione nella quale sono comprese "tutte le forme di cattiva salute fisica e/o emozionale, abuso sessuale, trascuratezza o negligenza o sfruttamento commerciale o altro che comportano un pregiudizio reale o potenziale per la salute del bambino, per la sua sopravvivenza, per il suo sviluppo o per la sua dignità nell'ambito di una relazione caratterizzata da responsabilità, fiducia o potere".

Le famiglie maltrattanti sono caratterizzate da alcuni elementi chiave che definiscono la complessa problematicità del contesto in cui è generata la violenza sui figli:

- *Compresenza di diverse forme di abuso*: i confini tra le diverse forme di abuso sono sfumati ed emergono quadri diagnostici articolati e complessi.
- *Processualità ed evoluzione dell'abuso*: i maltrattamenti si inseriscono all'interno di una storia familiare che favorisce lo sviluppo e la cronicità di comportamenti abusanti.
- *Cronicità del sistema*: nelle famiglie abusanti i maltrattamenti non hanno una connotazione acuta e sporadica, ma si stabilizzano nel tempo divenendo modelli relazionali e interiorizzati.
- *Coerenza del sistema relazionale*: spesso entrambi i genitori, anche se con posizioni e responsabilità diverse (genitore abusante e genitore non-protettivo), sembrano uniti nella mancanza di protezione verso i figli, che si ritrovano ad essere soli senza poter contare sul sostegno di un adulto "testimone" della violenza.

Il modello teorico di riferimento su cui si fonda l'intervento dello psicologo con la famiglia è quello del Centro per il Bambino Maltrattato (CBM) e del Cismai (Coordinamento Italiano dei Servizi contro il Maltrattamento e l'Abuso all'Infanzia): tale modello si basa sulla premessa che le manifestazioni di trascuratezza, maltrattamento fisico, psicologico e sessuale, sono l'espressione di una *patologia che investe il funzionamento globale della famiglia*, oltre che di problematiche psicologiche/psicopatologiche dei genitori. Tale modello permette di integrare il funzionamento individuale con il funzionamento sociofamiliare, attivando anche interventi a livello dei pattern di relazione disfunzionali.

#### Famiglia, legami di attaccamento e genitorialità

Tutti i bambini per crescere hanno bisogno di poter instaurare una relazione di attaccamento con un adulto *sensibile e responsivo*. Attraverso questa relazione il bambino costruisce i propri modelli operativi interni (MOI), costrutti cognitivi-emotivi su di sé e sul mondo, che influenzano il modo in cui gli avvenimenti, i comportamenti e gli stati affettivi, propri ed altrui, sono interpretati e dotati di senso. La valutazione della relazione di attaccamento è quindi un *indice relativamente stabile*, che descrive alcuni aspetti centrali dello sviluppo affettivo e cognitivo del bambino e delle sue relazioni intime significative, nonché *predittivo* rispetto ad altri ambiti di sviluppo. Il legame di attaccamento, pur essendo biologicamente determinato, si organizza soprattutto in base alla *qualità delle cure fornite dalle figure di attaccamento, caregiver*, e dalla capacità dei genitori di creare *condizioni di sicurezza* per il bambino.

Qualità delle cure genitoriali	Tipologie di attaccamento nel bambino	Modelli mentali dell'attaccamento nel bambino (MOI)
Genitori costantemente sensibili e responsivi, capaci di rispondere ai bisogni di protezione, in grado di riconoscere i segnali e le richieste, rassicuranti nell'esplorazione del mondo e nello sviluppo dell'autonomia, pronti a fornire conforto e affetto nelle situazioni di difficoltà.	Attaccamento Sicuro	Bambini che sviluppano un'immagine di sé degna di amore, con una buona autostima, capaci di tollerare separazioni e situazioni di difficoltà; si rappresentano gli altri come disponibili in caso di bisogno.

<b>PROGRAMMA DI PSICOLOGIA Ausl di Rimini</b>	<b>protocollo localmente condiviso per LA DIAGNOSI CLINICA E IL TRATTAMENTO DELLA FAMIGLIA NEI CASI DI MALTRATTAMENTO E ABUSO DI MINORI</b>	
---	---	--

Genitori che rifiutano le richieste di conforto e affetto, svalutano le richieste di contatto e contenimento o, genitori imprevedibili, a volte presenti per dare conforto ai figli, altre volte assenti e indifferenti alle richieste del bambino.	Attaccamento Insicuro Evitante	Bambini che formano un'immagine di sé non degna di affetto, che devono confidare solo su se stessi, bambini con una bassa autostima, che pensano gli altri come ostili o rigidi in caso di necessità. Sono bambini che attuano meccanismi difensivi che negano i loro bisogni ed emozioni, si rappresentano una realtà idealizzata o irrealisticamente negativa.
	Attaccamento Insicuro- Ambivalente	Bambini che sviluppano un modello confuso del Sé, vulnerabili, non in grado di affrontare da soli le difficoltà, percepiscono gli altri come imprevedibili, minacciosi, ostili, chiedono aiuto ma si devono difendere nello stesso tempo, esprimono in maniera esagerata le emozioni.
Genitori incapaci di offrire accudimento, maltrattanti e trascuranti, genitori con sintomi psichiatrici, che hanno subito traumi o lutti irrisolti.	Attaccamento Disorganizzato- Confuso	Bambini che sviluppano un'immagine incoerente e confusa di Sé, minacciosa, impotente e vulnerabile, costantemente in pericolo, hanno una rappresentazione della realtà costantemente catastrofica.

I genitori tendono ad utilizzare uno stile di accudimento simile a quello che hanno ricevuto, per cui occorre considerare l'importanza, ai fini della valutazione e del trattamento, della *trasmissione intergenerazionale dell'attaccamento*. I modelli di attaccamento dei genitori influenzano quindi la qualità delle relazioni familiari, i rapporti con i figli e le capacità genitoriali.

#### **La famiglia e le competenze genitoriali**

Il contesto familiare che genera trascuratezza e violenza sui figli è connotato da inadeguatezza delle *competenze genitoriali*. Il concetto di "*competenze genitoriali*" o "*parenting*", si fonda su alcune dimensioni che definiscono le competenze per un buon *funzionamento genitoriale e familiare*:

- Sensibilità e responsività, intese come le capacità di riconoscere i bisogni del bambino e di fornire cure adeguate:
  - Empatia
  - Affettività
  - Gratificazione, incoraggiamento
  - Rispetto
  - Protezione/autonomia
  - Tolleranza/pazienza
  - Cure materiali e fisiche
- Capacità di dare regole e contenimento
- Capacità di aiutare il bambino a mantenere un senso di continuità storica
- Capacità di mediare e sostenere il rapporto con l'esterno
- Capacità di riconoscere e valorizzare le peculiarità del bambino

La costruzione di una personalità equilibrata e delle capacità di investire correttamente sui figli, si nutre di buone relazioni affettive. Tali relazioni consentono di costruire una buona immagine di sé e di acquisire la capacità di riflettere su di sé e sugli altri, avendo consapevolezza della propria identità e storia.

L'inadeguatezza genitoriale segnala un disagio psicologico sottostante, relativamente alla vita affettiva e relazionale, all'organizzazione e alle dinamiche familiari patologiche, ai rapporti sociali. I genitori presentano le seguenti caratteristiche patologiche:

- Genitori fragili, reduci da storie personali difficili e traumatiche, con legami di attaccamento insicuri e disorganizzati
- Legami invischiati con le famiglie di origine
- Relazioni di coppia disfunzionali, non compensative e spesso conflittuali
- Investimenti affettivi poveri o distorti nei confronti dei figli (per esempio, desiderio di essere nutriti dai figli, di ricevere affetto e considerazione per compensare propri bisogni narcisistici, strumentalizzazione dei figli nei confronti del partner)

Il modello teorico di riferimento considera i sintomi un'espressione di patterns interattivi patogeni, meccanismi di comportamento che si autoperpetuano. Il maltrattamento può essere letto come un sintomo grave di modelli di comportamento e di relazione altamente disfunzionali, che vengono attivati in una dimensione temporale che appare

<b>PROGRAMMA DI PSICOLOGIA Ausl di Rimini</b>	<b>protocollo localmente condiviso per LA DIAGNOSI CLINICA E IL TRATTAMENTO DELLA FAMIGLIA NEI CASI DI MALTRATTAMENTO E ABUSO DI MINORI</b>	
---	---	--

bloccata su nodi problematici delle storie familiari. Le famiglie maltrattanti portano storie saturate di problemi e nello stesso tempo, esprimono un'incapacità di rappresentare sufficientemente l'esperienza, un *vuoto di simbolizzazione*. Le famiglie sostituiscono il dialogo, la riflessione e l'elaborazione con gli agiti, la narrazione dell'esperienza viene sostituita dall'azione, spesso impulsiva e maltrattante.

### **La valutazione della famiglia e delle competenze genitoriali**

La valutazione della famiglia e delle funzioni genitoriali è un percorso teso a valutare il quadro complessivo della situazione traumatica nei suoi aspetti individuali e relazionali, il grado di assunzione di responsabilità da parte degli adulti coinvolti e le risorse protettive disponibili sui tempi medio-lunghi, nel contesto degli adulti di riferimento per il minore. Tale intervento si configura anche come diagnosi dinamica e consiste nella valutazione della risposta agli input di cambiamento, necessaria alla formulazione di un parere prognostico. Prevede inoltre la possibilità di instaurare una successiva relazione terapeutica.

La valutazione mira a comprendere il funzionamento delle dinamiche familiari sottese alla condotta maltrattante/abusante dell'adulto e/o la sua mancata protezione nei confronti del minore e valutare la possibilità di recupero delle risorse genitoriali. Si conclude con una relazione clinica all'autorità giudiziaria che esprime un parere in merito alle possibilità di recupero delle capacità genitoriali, utilizzando codici diagnostici riconosciuti, riporta un progetto per la famiglia che prevede interventi di terapeutici, ove praticabile.

Quando la *prognosi* della famiglia e della recuperabilità delle capacità genitoriali è *positiva*, l'intervento prosegue con un progetto di trattamento della famiglia. Nel caso la *prognosi* sia *negativa*, l'assistente sociale provvederà ad attuare gli interventi di tutela e sostegno dei minori funzionali alla situazione rilevata dalla diagnosi, mentre i genitori saranno inviati ad altri servizi, ove ritenuto di aiuto e praticabile.

Nel caso di abusi sessuali intrafamiliari l'esito della valutazione porta, dove possibile, a percorsi diversi, che vedono come obiettivo prioritario la tutela e la difesa del bambino vittima del genitore abusante e di quello non protettivo. Il trattamento familiare in questi casi, ove ci siano le condizioni giuridiche e cliniche adeguate, non ha l'obiettivo della convivenza o del ricongiungimento della vittima al nucleo familiare, ma della ridefinizione delle relazioni familiari e dei fatti incestuosi accaduti.

## **1. TARGET DI RIFERIMENTO E BISOGNI ASSOCIATI**

### **Il target di riferimento è la Famiglia maltrattante e abusante.**

Il lavoro dello psicologo con le famiglie nel settore del maltrattamento e abuso all'infanzia si riferisce, quindi, alle situazioni familiari che presentano le seguenti caratteristiche di alto rischio per la salute dei bambini e degli adolescenti:

- Distorsione e inadeguatezza significativa dell'ambiente psicosociale e delle relazioni familiari
- Grave trascuratezza e abbandono, maltrattamento fisico e psicologico, abuso sessuale, cure carenti o distorte (incuria, discuria, ipercuria) (Classificazione di Montecchi F.)
- Invischiamento dei figli in separazioni in cui il conflitto familiare comporta rischio psicopatologico

L'attività dello psicologo nell'area del maltrattamento e abuso, riguarda quindi le situazioni di disagio psicologico infantile e adolescenziale in cui le condizioni psicosociali sono significativamente anomale, in relazione allo sviluppo del minore e alle condizioni socioculturali prevalenti e che possono costituire fattori di rischio significativi per lo sviluppo, con particolare riferimento alle categorie dell'asse V dell'ICD 10.

## **2. FATTORI DI RISCHIO**

Quando sussiste un rischio potenziale o reale per un minore che sia determinato proprio dalla relazione negativa con i genitori s'impongono misure di tutela e di salvaguardia della salute che devono scaturire da una valutazione, possibilmente in tempi brevi ma anche attenta e approfondita di tutti i diversi fattori positivi o negativi che caratterizzano la funzione genitoriale.

I fattori di rischio e i fattori protettivi permettono di comprendere più approfonditamente l'adattamento o il maladattamento delle competenze genitoriali. L'adattamento, inteso come capacità di esprimere la funzione genitoriale sufficientemente buona, o all'opposto il maladattamento, il fallimento e incompetenza genitoriale, non nascono in un vuoto di esperienze e di eventi del ciclo di vita, ma dall'interazione di fattori biologici, psicologici, sociali. La competenza genitoriale non è una dimensione acquisita definitivamente a priori, ma un processo i cui parametri si definiscono nel tempo e in un percorso, come il risultato di aggiustamenti definiti dalle storie individuali, dalle relazioni, dagli eventi e dai figli.

La dimensione dell'adattamento implica una prevalenza di fattori protettivi che possono contrastare i fattori di rischio, che consentono anche ai genitori che vivono in condizione di stress, di comprendere e affrontare adeguatamente le

<b>PROGRAMMA DI PSICOLOGIA Ausl di Rimini</b>	<b>protocollo localmente condiviso per LA DIAGNOSI CLINICA E IL TRATTAMENTO DELLA FAMIGLIA NEI CASI DI MALTRATTAMENTO E ABUSO DI MINORI</b>	
---	---	--

esigenze dei figli e di rispondere ai bisogni posti dai compiti di sviluppo connessi alla crescita di bambini e adolescenti. La dimensione del maladattamento implica invece una prevalenza dei fattori di rischio su quelli protettivi. Si delineano due tipi di funzionamento familiare: 1) Assenza di fattori protettivi e presenza di fattori di rischio e condizioni di stress, altamente lesivo alle esigenze di cura e accudimento 2) Coesistenza di fattori di rischio e di protezione, condizione caratterizzata da criticità e disequilibri che creano disagio nei figli.

I fattori di rischio si distinguono in:

**Fattori di rischio distali:** sono rappresentati da elementi del contesto di vita, concezioni, valori, esperienze personali e familiari che esercitano un'influenza negativa sulle capacità genitoriali. La presenza dei fattori di rischio distali introduce elementi di fragilità e debolezza che rendono le famiglie più vulnerabili e sensibili a sviluppare e radicare disagi interiori, problemi relazionali, incapacità nella regolazione delle emozioni, rigidità educativa, incompetenza nella cura e violenza familiare. Alcuni fattori di rischio sono aspecifici, presenti in situazioni familiari che manifestano disagio psicologico e sociale, altri (punti 7, 9, 10) sono specifici, fortemente caratterizzanti i contesti familiari in cui viene esercitata violenza e abuso verso i figli:

**Fattori di rischio prossimali:** possono amplificare la vulnerabilità e il disagio sviluppato dai fattori di rischio distali, attengono alla sfera individuale, della famiglia e sociale.

<b>Fattori di rischio distali</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Povertà cronica</li> <li>2. Basso livello di istruzione</li> <li>3. Giovane età della madre</li> <li>4. Carenza di relazioni interpersonali</li> <li>5. Carenza di reti sociali e di integrazione</li> <li>6. Famiglia monoparentale</li> <li>7. <i>Esperienze di rifiuto, violenza o abuso subite nell'infanzia</i></li> <li>8. Sfiducia verso le norme sociali e le istituzioni</li> <li>9. <i>Accettazione della violenza e delle punizioni come pratiche educative</i></li> <li>10. <i>Accettazione della pornografia infantile</i></li> <li>11. Scarse conoscenze e disinteresse per lo sviluppo del bambino</li> </ol>
<b>VULNERABILITA'</b>
<b>Fattori di rischio prossimali e amplificazione del rischio</b>
<p style="text-align: center;"><i>A) Fattori individuali</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>12. Psicopatologia dei genitori</li> <li>13. Devianza sociale dei genitori</li> <li>14. Abuso di sostanze</li> <li>15. Debole o assente capacità di assunzione delle responsabilità</li> <li>16. Sindrome di risarcimento</li> <li>17. Distorsione delle emozioni e delle capacità empatiche</li> <li>18. Impulsività</li> <li>19. Scarsa tolleranza alle frustrazioni</li> <li>20. Ansia di separazione</li> </ol> <p style="text-align: center;"><i>B) Fattori familiari e sociali</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>21. Gravidanza e maternità non desiderate</li> <li>22. Relazioni difficili con la propria famiglia d'origine e/o con quella del partner</li> <li>23. Conflitti di coppia e violenza domestica</li> </ol> <p style="text-align: center;"><i>C) Caratteristiche del bambino</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>24. Malattie fisiche o disturbi alla nascita</li> <li>25. Temperamento difficile</li> </ol>

I Fattori Protettivi invece possono attivare un processo di riduzione del rischio, in presenza di fattori di rischio distali e prossimali.

#### **Fattori di protezione prossimali e riduzione del rischio**

##### *A) Fattori individuali*

26. Sentimenti di inadeguatezza per la dipendenza dai Servizi
27. Rielaborazione del rifiuto e della violenza subiti nell'infanzia
28. Capacità empatiche
29. Capacità di assunzione delle responsabilità
30. Desiderio di migliorarsi
31. Autonomia personale

<b>PROGRAMMA DI PSICOLOGIA Ausl di Rimini</b>	<b>protocollo localmente condiviso per LA DIAGNOSI CLINICA E IL TRATTAMENTO DELLA FAMIGLIA NEI CASI DI MALTRATTAMENTO E ABUSO DI MINORI</b>	
---	---	--

32. Buon livello di autostima

**B) Fattori familiari e sociali**

33. Relazione attuale soddisfacente almeno con un componente della famiglia d'origine

34. Rete di supporto parentale o amicale

35. Capacità di gestire i conflitti

**C) Caratteristiche del bambino**

36. Temperamento facile

L'intreccio dei fattori di rischio e dei fattori protettivi aiuta a determinare il tipo di intervento e progetto per la famiglia e il minore. La presenza maggiore di fattori protettivi contrasta quelli di rischio e aumenta la possibilità di innescare meccanismi di resilienza nella famiglia: in questi casi le famiglie chiedono e accettano l'aiuto e il sostegno fornito dai servizi.

Percorsi di intervento e progetti per la famiglia e il minore	
Prevalenza dei fattori protettivi	✓ Aiuto e sostegno alla famiglia e al bambino
Compresenza di fattori di rischio distali, prossimali e fattori protettivi	✓ Protezione del bambino
	✓ Potenziamento delle risorse familiari
	✓ Monitoraggio del bambino e della famiglia
Assenza di fattori protettivi	✓ Protezione e tutela del bambino
	✓ Prescrizioni alla famiglia
	✓ Valutazione delle risorse della famiglia

### 3. STRUMENTI E MODALITÀ PER LA DIAGNOSI

Gli strumenti e le modalità per la diagnosi clinica attengono alla individuazione dei fattori di rischio e dei fattori protettivi, alla valutazione della famiglia e della recuperabilità delle capacità genitoriali, per la definizione di un progetto terapeutico per la famiglia e il minore.

Lo Psicologo si avvale dei seguenti strumenti, che seleziona in base alle ipotesi formulate sulle singole situazioni da valutare.

#### **Colloqui psicologici clinici individuali e congiunti con i genitori e/o con i membri della famiglia di origine, per la valutazione del profilo anamnestico della coppia**

- Ricostruzione della storia di coppia e delle relazioni con le famiglie di origine in ottica trigenerazionale, anche attraverso l'applicazione del Genogramma
- Ricostruzione della storia personale e individuazione dei patterns di attaccamento

#### **Colloqui psicologici clinici individuali per la valutazione del profilo di personalità dei genitori**

Sono considerati i principali indicatori per la valutazione delle capacità genitoriali i seguenti aspetti delle personalità dei genitori:

- capacità/incapacità di aderire alla realtà
- capacità/incapacità di controllo degli impulsi
- capacità/ incapacità di tollerare le frustrazioni
- capacità/incapacità di modulare la relazione affettiva

Da rilevare attraverso seguenti approfondimenti:

- Dati anamnestici (presenza di malattia o disturbi passati o attuali con particolare attenzione ai legami associativi e agli agenti stressanti dell'asse V del ICD 10, eventi del ciclo di vita, gravidanza, nascita, tappe dello sviluppo, separazioni, lutti, ambiente socio-culturale), anche con il supporto di un questionario specifico per i genitori.
- Ricostruzione della storia e delle relazioni familiari attraverso l'applicazione del Genogramma
- Esame della condizione mentale : *orientamento e percezione* (orientamento temporale, spaziale e alle persone, ipervigilanza, disturbi percettivi quali allucinazioni visive e uditive, distorsioni delle percezioni mente-corpo, come la depersonalizzazione), *cognizione* (disturbi del pensiero, deliri, modalità di rispondere alle domande, ideazione suicidaria), *affettività* (regolazione delle emozioni e meccanismi di difesa, intellettualizzazione, diniego e negazione, scissione, tono dell'umore), *azione* (osservazione del comportamento)
- Caratteristiche dell'Io (forza e debolezza dell'Io): Funzioni dell'Io (esame di realtà, controllo degli impulsi, capacità di giudizio, di progettazione e di prevedere le conseguenze delle proprie azioni), *capacità di mentalizzazione* (attribuzione interna/esterna, colpevolizzazione interna/esterna, pensiero metaforico e analogico), *Meccanismi di*

<b>PROGRAMMA DI PSICOLOGIA Ausl di Rimini</b>	<b>protocollo localmente condiviso per LA DIAGNOSI CLINICA E IL TRATTAMENTO DELLA FAMIGLIA NEI CASI DI MALTRATTAMENTO E ABUSO DI MINORI</b>	
---	---	--

*difesa e conflitti, Rapporti dell'Io con il Super-Io (Superio-Io rigido e punitivo, ideali irrealistici, tendenze antisociali).*

- *Caratteristiche del Sé: Stima di Sé, coesione del Sé, maturità del Sé, Continuità del Sé, Confini del Sé, Rapporto mente/corpo.*

**Colloqui psicologici con la coppia, con i singoli genitori, sedute con genitori e figli per la valutazione del rapporto genitori/figli.**

- Valutazione della storia della genitorialità
- Valutazione del modo in cui l'organizzazione familiare si è strutturata nel tempo
- Osservazione della relazione genitore/figlio

**Valutazione delle relazioni di attaccamento dei genitori**

- A.I.I. - Adult Attachment Interview (somministrazione individuale)

**Metodi di osservazione per la valutazione della relazione genitori/figlio**

- Osservazione del gioco libero e strutturato nelle sedute genitori/figli
- Osservazione della relazione genitori-bambino e dei legami di attaccamento (riferimento alla metodologia CARE-Index di Crittenden e Strange Situation nella versione di Fava Vizziello)

**Strumenti testistici per la valutazione della relazione genitori/figlio**

- Sceno Test per la valutazione degli aspetti strutturali e delle dinamiche familiari (somministrazione individuale e/o familiare)
- PARI - Parental Attitude Research Instrument (somministrazione individuale)
- Parental Stress Index (somministrazione individuale)
- Parenting Alliance Measure (somministrazione individuale e/o di coppia)
- F.R.T. – Family Relation Test
- IRF – Indicatore dei rapporti familiari
- Test della Doppia Luna (somministrazione individuale, di coppia, familiare)
- SAT – Separation Anxiety Test – Versione Attili G. (somministrazione individuale)

**Test per la valutazione della funzionalità cognitiva e delle capacità di adattamento dei genitori (somministrazione individuale):**

- Matrici di Raven
- Scala WAIS-R
- Scala TINV (Test di intelligenza non verbale)

**Strumenti psicodiagnostici per la valutazione del profilo psicologico dei genitori:**

- Questionario Self-Report MMPI-2 per la valutazione del profilo psicopatologico e di personalità (somministrazione individuale)
- Test di Rorschach (somministrazione individuale)
- Metodi proiettivi (T.A.T - Tematic Apperception Test, ORT - Object Relation Test) (somministrazione individuale)

**Strumenti psicodiagnostici per la valutazione di stati psicopatologici dei genitori:**

- C.B.A. Cognitive Behavior Assessment (somministrazione individuale)
- Beck Depression Inventory (somministrazione individuale)
- SCL-90 (somministrazione individuale)
- SWAP-200
- Scala Hamilton per la depressione
- SCID I-II (somministrazione individuale)

**Colloqui di restituzione con le figure genitoriali e/o i figli, per la valutazione di indicatori prognostici di trattabilità terapeutica e la recuperabilità della genitorialità.**

- Verifica dell'attivazione delle risorse genitoriali

**Invio ad altro servizio per Esame medico e/o neurologico ove ritenuto necessario ai fini della valutazione delle capacità genitoriali.**

<b>PROGRAMMA DI PSICOLOGIA Ausl di Rimini</b>	<b>protocollo localmente condiviso per LA DIAGNOSI CLINICA E IL TRATTAMENTO DELLA FAMIGLIA NEI CASI DI MALTRATTAMENTO E ABUSO DI MINORI</b>	
---	---	--

#### 4. STRUMENTI E MODALITÀ PER IL TRATTAMENTO

Gli strumenti e le modalità per il trattamento delle famiglie maltrattanti riguardano tre tipi di interventi: la valutazione delle capacità genitoriali, la psicoterapia familiare, il sostegno psicologico dei genitori.

##### **Valutazione delle competenze genitoriali e recuperabilità**

In linea con il modello di intervento del CBM, il lavoro di valutazione, pur non essendo una terapia, si configura già come una prima occasione di cambiamento per la famiglia. Si divide in tre fasi: diagnosi, prognosi, relazione clinica. Il tempo minimo previsto per un lavoro di valutazione è intorno ai 3 mesi, mentre il massimo è circa 6 mesi.

Si possono ipotizzare i seguenti formati nella distribuzione delle sedute, tarando l'intervento sulla specificità di ogni singola situazione e sulle sue necessità.

Colloqui individuali con ciascun genitore  
 Incontri individuali con ciascun genitore per somministrazione Test  
 Colloqui per incontri con la coppia genitoriale e/o la famiglia  
 Incontri con la famiglia di origine  
 Sedute di osservazione della relazione genitori-figli Gioco libero, somministrazione di Test, griglie di osservazione e metodologie di osservazione  
 Per i colloqui con la coppia-famiglia e per le sedute di osservazione-valutazione della relazione genitori-figli, è prevista la compresenza di due psicologi.

##### *Diagnosi clinica della famiglia e delle capacità genitoriali*

- Analisi dei fattori di rischio e dei fattori protettivi
- Analisi dei modelli relazionali disfunzionali della coppia
- Valutazione di legami irrisolti con le famiglie di origine
- Livello di congruenza nella ricostruzione della propria infanzia e del rapporto con i propri genitori
- Riconoscimento e consapevolezza delle carenze e della sofferenza subita nella propria infanzia
- Analisi della capacità/incapacità di aderire alla realtà, di controllare gli impulsi, di tollerare le frustrazioni, di modulare la relazione affettiva
- Investimento attivato dai genitori sui figli
- Analisi del modello di alleanza genitoriale stabilita dalla coppia
- Analisi della capacità di riconoscere i bisogni psicologici e di cura dei bambini
- Analisi della capacità dei genitori di mantenere i confini generazionali con i figli
- Flessibilità/rigidità delle relazioni affettivo-educative nei confronti dei figli
- Qualità dei legami della fratria
- Analisi delle capacità empatiche, di attenzione e ascolto del bambino
- Valutazione delle capacità di contenimento emotivo
- Capacità di esprimere e narrare sentimenti, emozioni, esperienze
- Esistono in uno o in entrambi i genitori delle patologie, fisiche o psichiche, che possono impedire l'esercizio di adeguate cure genitoriali?

##### *Prognosi*

La prognosi può essere positiva o negativa, in base all'analisi degli indicatori di recupero delle competenze genitoriali e delle capacità riparative:

- Riduzione dei meccanismi difensivi di negazione dei problemi e capacità di chiedere aiuto e sostegno ai servizi
- Comprensione della sofferenza del figlio e attivazione di capacità empatiche e di mentalizzazione
- Capacità di comprendere il disagio del figlio attraverso la condivisione della rilettura dei significati individuali e relazionali, dei comportamenti pregiudizievole e maltrattanti
- Capacità di assumersi le proprie responsabilità e attivare comportamenti riparativi verso i figli, in funzione del cambiamento delle dinamiche familiari patologiche e quelle individuali
- Capacità di condividere un progetto di intervento e/o terapeutico

##### *Relazione clinica*

<b>PROGRAMMA DI PSICOLOGIA Ausl di Rimini</b>	<b>protocollo localmente condiviso per LA DIAGNOSI CLINICA E IL TRATTAMENTO DELLA FAMIGLIA NEI CASI DI MALTRATTAMENTO E ABUSO DI MINORI</b>	
---	---	--

Al termine del lavoro di valutazione e prognosi, viene formulata una relazione clinica per l'Autorità Giudiziaria con specifiche indicazioni, relativamente alle risorse psicologiche della famiglia (fattori prognostici positivi e negativi in funzione delle capacità genitoriali) e all'eventuale programma terapeutico.

Tutte le fasi dell'intervento vengono svolte in collaborazione con l'assistente sociale, all'interno di un progetto integrato di intervento/trattamento.

### **Psicoterapia Familiare**

La psicoterapia familiare in questo settore prevede indicativamente un numero minimo di 12 sedute e un numero massimo di 24 sedute, orientativamente a cadenza quindicinale o mensile. Se la verifica rivela la necessità di un proseguimento della terapia, si può ridefinire il contratto per continuare il trattamento con un nuovo ciclo di terapia.

Obiettivi del trattamento:

- Lettura trigerazionale dei problemi familiari, individuali e dei comportamenti maltrattanti
- Riconoscimento e cambiamento dei modelli relazionali familiari e di coppia disfunzionali che generano il maltrattamento infantile
- Integrazione della dimensione elaborativa e di quella pedagogica del trattamento
- Aumentare la competenza biografica
- Esplorazione dei legami di attaccamento ed elaborazione delle esperienze traumatiche dei genitori
- Aumentare le capacità empatiche
- Aumentare le capacità di mentalizzazione e modulazione delle emozioni
- Rinforzo delle capacità di parenting

### **Psicoterapia familiare nei casi di abusi sessuali intrafamiliari**

La psicoterapia familiare in questo settore è altamente complessa, legata anche a vincoli di tutela del minore, prevede un numero minimo di 12 sedute e un numero massimo di 24 sedute, a cadenza quindicinale o mensile, su diversi formati.

Obiettivi del trattamento:

- Rompere il silenzio che ha permesso l'incesto
- Ripristino della competenza genitoriale, non tanto in termini giuridici o di completa riappropriazione della funzione genitoriale, ma di sviluppare a livello affettivo una posizione di riparazione del trauma inferto ai figli
- Riformulare la struttura relazionale e psicologica della famiglia, ridando ai membri libertà di espressione, con l'obiettivo che ogni persona, compresa la vittima, possa raggiungere una spiegazione coerente dei fatti accaduti e delle responsabilità dei genitori, senza manipolazioni e distorsioni
- Affrontare i vissuti negativi connessi alla sessualità individuale, in modo da recuperare in futuro normali esperienze e vissuti

### **Sostegno psicologico dei genitori**

Il sostegno psicologico ai genitori in questo settore prevede indicativamente un numero minimo di 10 sedute e un numero massimo di 15 sedute, con cadenza quindicinale, mensile o oltre.

Se la verifica rivela la necessità di un proseguimento del sostegno psicologico, si può rinnovare il contratto per continuare il trattamento con un nuovo ciclo di sostegno, su obiettivi specifici (per esempio, affrontare crisi evolutive, sostenere la genitorialità...).

Obiettivi del trattamento:

- Fornire strumenti per aumentare le capacità di parenting:
  - *Nurturant caregiving*: capacità di comprensione e cura dei bisogni fisici del bambino (alimentazione, pulizia, sonno...).
  - *Material caregiving*: la modalità con cui i genitori presentano, organizzano e strutturano il mondo al bambino, il tipo di stimolazioni ed esperienze che filtrano per i figli.
  - *Social caregiving*: migliorare i comportamenti che i genitori attuano nel coinvolgere emotivamente i bambini in scambi interpersonali verbali, affettivi, fisici, sia nel rapporto con i figli sia nell'organizzazione dei rapporti sociali tra il bambino e le altre persone. Riguarda l'apprendimento di capacità di ascolto, negoziazione, vicinanza e regolazione emotiva, di valorizzazione ed accoglienza dei figli.
  - *Didactic caregiving*: apprendimento di strategie per aiutare i figli a comprendere il mondo attraverso le spiegazioni, le descrizioni, la capacità di porsi come modello.
- Ridefinire ruoli genitoriali e confini generazionali
- Aumentare le capacità di autocontrollo e di gestione dello stress (monitoraggio e controllo dell'impulsività, capacità di coping, capacità di problem solving, capacità di mantenere una rete sociale di aiuto)
- Aumentare le competenze sociali e i rapporti con i diversi contesti di vita dei figli, la scuola...).

<b>PROGRAMMA DI PSICOLOGIA Ausl di Rimini</b>	<b>protocollo localmente condiviso per LA DIAGNOSI CLINICA E IL TRATTAMENTO DELLA FAMIGLIA NEI CASI DI MALTRATTAMENTO E ABUSO DI MINORI</b>	
---	---	--

## 5. CRITERI DI ELEGGIBILITÀ

### **Valutazione delle capacità genitoriali – Criteri di inclusione**

Mandato del Tribunale per i Minorenni e/o del Tribunale Ordinario di svolgere una valutazione delle capacità genitoriali, della relazione genitori-figli e/o un'indagine psicodiagnostica sui genitori.

### **Psicoterapia della famiglia - Criteri di inclusione**

Famiglie con prognosi positiva inviate su mandato dell'Autorità Giudiziaria che presentano i seguenti criteri di inclusione:

- Assenza di deficit delle capacità intellettive dei genitori
- Adeguato riconoscimento delle proprie carenze genitoriali e del disagio arrecato ai figli
- Presenza di una richiesta di aiuto e capacità di costruire un'alleanza terapeutica
- Sufficienti capacità di riflessione e di riconoscimento del disagio psicologico individuale e relazionale
- Presenza di capacità empatiche e di mentalizzazione

### **Psicoterapia familiare nei casi di abusi sessuali intrafamiliari - Criteri di inclusione**

Famiglie inviate su mandato dell'Autorità Giudiziaria che presentano i seguenti criteri di inclusione:

- Riconoscimento penale dell'abuso sessuale e relativa sentenza di condanna nei confronti del genitore abusante
- Genitori in trattamento psicoterapeutico individuale, capaci di chiedere aiuto e di costruire un'alleanza terapeutica
- Valutazione della possibile funzione riparativa e curativa della terapia familiare per il minore, da parte dello psicologo che segue il bambino o l'adolescente
- Ammissione dei fatti incestuosi da parte del genitore abusante e della propria totale responsabilità
- Riconoscimento della propria responsabilità da parte del genitore non abusante
- Assenza di deficit delle capacità intellettive dei genitori
- Adeguato riconoscimento delle proprie carenze genitoriali e del trauma arrecato ai figli
- Sufficienti capacità di riflessione e di riconoscimento del disagio psicologico individuale e relazionale
- Presenza di capacità empatiche e di mentalizzazione

### **Sostegno psicologico familiare - Criteri di inclusione**

Famiglie con prognosi positiva o parzialmente positiva, inviate su mandato dell'Autorità Giudiziaria che presentano i seguenti criteri di inclusione:

- Genitori con disturbi mentali che accettano il trattamento psichiatrico
- Sufficienti capacità intellettive dei genitori
- Parziale riconoscimento delle proprie carenze genitoriali e del disagio arrecato ai figli
- Presenza di una minima richiesta di aiuto
- Parziale capacità di riflessione e di riconoscimento del disagio psicologico individuale e relazionale
- Carenti capacità empatiche, di mentalizzazione e fragilità dell'Io

## 6. CRITERI DI ACCESSO

### **Accesso dell'utenza:**

- Mandato dell'Autorità Giudiziaria
- Decreto del Tribunale dei Minori
- Decreto del Tribunale ordinario

di compiere una valutazione delle capacità genitoriali, indagini psicodiagnostiche con la coppia genitoriale e la famiglia, trattamenti familiari.

## 7. DOCUMENTI DI REGISTRAZIONE

- Cartella minori con dati anagrafici, operatori coinvolti, rete di servizi, provvedimento di protezione dell'autorità giudiziaria, incarico dell'autorità giudiziaria
- Referto clinico dello psicologo contenente dati sulla valutazione della famiglia, della recuperabilità delle competenze genitoriali, sull'intervento appropriato, sul progetto terapeutico, sul monitoraggio del trattamento.

<b>PROGRAMMA DI PSICOLOGIA Ausl di Rimini</b>	<b>protocollo localmente condiviso per LA DIAGNOSI CLINICA E IL TRATTAMENTO DELLA FAMIGLIA NEI CASI DI MALTRATTAMENTO E ABUSO DI MINORI</b>	
---	---	--

## 8. RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- American Psychiatric Association DSM-IV-TR. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali - Fourth Edition Text Revision, 2000 Masson.
- Bertetti Bianca, Chistolini Marco, Rangone Gloriana e Vadilonga Francesco "L'adolescenza ferita: un modello di presa in carico delle gravi crisi adolescenziali", 2003, Franco Angeli
- Caffo Ernesto, Camerini Giovanni Battista, Florit Giuliana "Criteri di valutazione nell'abuso all'infanzia", 2004, McGraw Hill
- Carini Angelo, Maria Teresa Pedrocco Biancardi, Gloria Soavi "L'abuso sessuale intrafamiliare: manuale di intervento", 2001, Raffaello Cortina
- Carli Lucia "Dalla diade alla famiglia", 1999, Raffaello Cortina
- Cigoli Vittorio "Il legame disperante. Il divorzio come dramma tra genitori e figli", 1988, Raffaello Cortina
- Cirillo Stefano "Cattivi genitori", 2005, Raffaello Cortina
- Cirillo Stefano e Di Blasio Paola "La famiglia maltrattante. Diagnosi e terapia", 1989, Raffaello Cortina
- Cirillo Stefano e Cipolloni Maria Valeria "L'assistente sociale ruba i bambini?", 1994, Raffaello Cortina
- CISMAI (Coordinamento Italiano dei Servizi contro il Maltrattamento e l'Abuso all'Infanzia) *Linee-Guida per la valutazione clinica e l'attivazione del recupero della genitorialità nel percorso psicosociale di tutela dei minori*, 2003
- CISMAI (Coordinamento Italiano dei Servizi contro il Maltrattamento e l'Abuso all'Infanzia) *Requisiti minimi dei servizi contro il maltrattamento e l'abuso all'infanzia*, 2000
- Dettore Davide e Fuligni Carla "L'abuso sessuale sui minori: valutazione e terapia delle vittime e dei responsabili", 1999, McGraw Hill
- Di Blasio Paola "Tra rischio e protezione: la valutazione delle competenze parentali", 2005, Edizioni Unicopli
- Doane J.A. e D. Diamond "Affetti e attaccamento nella famiglia: trattamento familiare dei più gravi disturbi psichiatrici", 1995, Raffaello Cortina
- Fava Vizziello Graziella e Simonelli Alessandra "Adozione e cambiamento", 2004, Bollati Boringhieri
- Fava Vizziello Graziella e Stocco Paolo "Tra genitori e figli la tossicodipendenza", 1997, Masson
- Gabbard "Psichiatria psicodinamica", 1995, Raffaello Cortina
- Ghezzi Dante e Vadilonga Francesco "La tutela del minore: protezione dei bambini e funzione genitoriale", 1996, Raffaello Cortina
- Gruppo di miglioramento Azienda USL Rimini per la "definizione di protocolli per l'attività psicologica nell'ambito della tutela minori", 2005
- ICD-10/ICD-9-CM. Edizione italiana a cura di V. Andreoli, G. B. Cassano e R. Rossi, 2002.
- Lambruschi Furio "Psicoterapia cognitiva dell'età evolutiva: procedure di assessment e strategie psicoterapeutiche", 2004, Bollati Boringhieri
- Legge 56/89 - Ordinamento della professione di Psicologo
- Legge 66/96 - Norme contro la violenza sessuale
- Linee di Indirizzo in materia di abuso sessuale sui minori (Delibera N. 1913/99) – Regione Emilia Romagna
- M.O. Tutela Minori – M.O. Psicologia Linee Guida attività dei due Moduli, 2004, Azienda USL Rimini
- Malacrea M. "Trauma e riparazione. La cura nell'abuso sessuale all'infanzia", 1998, Raffaello Cortina
- Malagoli Togliatti M. "Famiglie Multiproblematiche", 2002, Nuova Italia Scientifica
- Malagoli Togliatti M. e Lubrano Lavadera "Focus monotematico - La sindrome di alienazione Genitoriale (PAS): epigenesi relazionali", Maltrattamento e Abuso all'Infanzia, 2005, Vol. 7, n. 3, Franco Angeli
- Malagoli Togliatti M. e Mazzoni S. "Osservare, valutare e sostenere la relazione genitori-figli. Il Lousanne Trilogue Play Clinico", 2006, Raffaello Cortina
- Montecchi Francesco "Dal bambino minaccioso al bambino minacciato. Gli abusi sui bambini e la violenza in famiglia: prevenzione, rilevamento e trattamento", 2005, Franco Angeli
- Reder Peter e Lucey Clare "Cure genitoriali e rischio di abuso: guida per la valutazione", 1997, Edizioni Centro Studi Erickson, Trento

<b>PROGRAMMA DI PSICOLOGIA Ausl di Rimini</b>	<b>protocollo localmente condiviso per LA VALUTAZIONE CLINICA E IL TRATTAMENTO DELLA FAMIGLIA AFFIDATARIA</b>	
---	---	--

## SOMMARIO

1. Introduzione.....	57
1.1. Inquadramento teorico .....	57
1.2. Target di riferimento e bisogni associati.....	59
2. Fattori di rischio.....	59
3. Strumenti e modalità per la Diagnosi.....	60
4. Strumenti e modalità per il trattamento .....	60
5. Criteri di eleggibilità.....	62
6. Criteri di Accesso .....	62
7. Documenti di registrazione.....	62
8. Riferimenti bibliografici .....	62

Dott.ssa Lorusso Marta - Conduttore

Dott. Gazzilli Angelo  
Dott. Parma Andrea  
Dott.ssa Valcamonici Paola

Figura di supporto:  
Dott.ssa Salucci Michela

<b>PROGRAMMA DI PSICOLOGIA Ausl di Rimini</b>	<b>protocollo localmente condiviso per LA VALUTAZIONE CLINICA E IL TRATTAMENTO DELLA FAMIGLIA AFFIDATARIA</b>	
---	---	--

## 1. INTRODUZIONE

### 1.1 INQUADRAMENTO TEORICO

L'Azienda Unità Sanitaria Locale svolge, secondo quanto previsto dal DPCM 29 novembre 2001 “*Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza*”, attività psicologica riconducibile a prestazioni psicoterapeutiche, psicologiche, di indagine diagnostica alle donne, ai minori, alla coppia e alle famiglie, ivi comprese le famiglie affidatarie.

Il modello teorico di riferimento su cui si fonda l'intervento dello psicologo con la famiglia in gravi condizioni di rischio e disagio, è quello del Centro per il Bambino Maltrattato (CBM) e del CISMAI (Coordinamento Italiano dei Servizi contro il Maltrattamento e l'Abuso all'Infanzia): tale modello si basa sulla premessa che le manifestazioni di trascuratezza, maltrattamento fisico, psicologico e sessuale, siano l'espressione di *una patologia che investe il funzionamento globale della famiglia*, oltre che di problematiche psicologiche/psicopatologiche dei genitori.

#### L'affido e la famiglia affidataria

In Italia l'affidamento familiare è regolato dalla Legge 184/1983, che è stata successivamente modificata dalla Legge 149/2001. L'affidamento familiare consiste nell'accoglienza di un minore per un periodo di tempo determinato presso una famiglia, qualora la sua famiglia d'origine stia attraversando un momento di difficoltà e, per vari motivi (maltrattamenti, abusi, difficoltà educative e/o genitoriali, malattie dei genitori, carcerazione, ecc.), non riesca a prendersi temporaneamente cura dei figli. L'affido familiare è uno strumento di tutela del minore che si colloca nel progetto più ampio di recupero della famiglia di origine, temporaneamente inabilitata a prestare cure adeguate ai figli. L'affidamento è *consensuale* nel caso sia condiviso e approvato dai genitori o *giudiziale* nel caso sia disposto dall'Autorità Giudiziaria. L'affidamento quindi, si ottiene su richiesta della famiglia naturale ai servizi sociali territoriali e/o, su proposta dei servizi stessi o in seguito a disposizione dell'Autorità Giudiziaria; può cessare quando la situazione di temporanea difficoltà viene risolta dalla famiglia, da sola e/o con l'aiuto dei servizi, oppure in tutti quei casi in cui la sua prosecuzione rechi pregiudizio al minore.

Le famiglie affidatarie rispettano le seguenti caratteristiche:

- Disponibilità ad accogliere una persona, un bambino o un'adolescente, diversa da sé;
- Disponibilità affettiva ad accompagnare e sostenere nella crescita un minore, valorizzando le sue risorse e potenzialità
- Consapevolezza della presenza e del valore della famiglia di origine per il bambino

La famiglia affidataria deve avere le risorse per affrontare un aspetto critico del progetto di affido: la “*doppia appartenenza*” del minore nella costruzione dell'identità. Il bambino in affido si ritrova da un lato la famiglia di origine del minore, spesso connotata da interazioni difficili, alla quale è legato; dall'altro c'è la famiglia affidataria, che lo accoglie e propone modelli relazionali, educativi e culturali diversi da quelli già acquisiti dal bambino. L'inserimento di un nuovo membro nella coppia o nella famiglia inoltre, richiede un cambiamento *dell'organizzazione familiare* e degli equilibri relazionali maturati, elementi che richiedono elevate *capacità di riaggiustamento* e di *adattamento*.

#### Famiglia, legami di attaccamento e genitorialità

Tutti i bambini per crescere hanno bisogno di poter instaurare una relazione di attaccamento con un adulto *sensibile e responsivo*. Attraverso questa relazione il bambino costruisce i propri modelli operativi interni (MOI), costrutti cognitivi-emotivi su di sé e sul mondo, che influenzano il modo in cui gli avvenimenti, i comportamenti e gli stati affettivi, propri ed altrui, vengono interpretati e dotati di senso. La valutazione della relazione di attaccamento è quindi un *indice relativamente stabile*, che descrive alcuni aspetti centrali dello sviluppo affettivo e cognitivo del bambino e delle sue relazioni intime significative, nonché *predittivo* rispetto ad altri ambiti di sviluppo. Il legame di attaccamento, pur essendo biologicamente determinato, si organizza soprattutto in base alla *qualità delle cure fornite dalle figure di attaccamento, caregiver*, e dalla capacità dei genitori di creare *condizioni di sicurezza* per il bambino.

<b>Qualità delle cure genitoriali</b>	<b>Tipologie di attaccamento nel bambino</b>	<b>Modelli mentali dell'attaccamento nel bambino (MOI)</b>
Genitori costantemente sensibili e responsivi, capaci di rispondere ai bisogni di protezione, in grado di riconoscere i segnali e le richieste, rassicuranti nell'esplorazione del mondo e nello sviluppo dell'autonomia, pronti a fornire conforto e affetto nelle situazioni di difficoltà.	Attaccamento Sicuro	Bambini che sviluppano un'immagine di sé degna di amore, con una buona autostima, capaci di tollerare separazioni e situazioni di difficoltà; si rappresentano gli altri come disponibili in caso di bisogno.

<b>PROGRAMMA DI PSICOLOGIA Ausl di Rimini</b>	<b>protocollo localmente condiviso per LA VALUTAZIONE CLINICA E IL TRATTAMENTO DELLA FAMIGLIA AFFIDATARIA</b>	
---	---	--

Genitori che rifiutano le richieste di conforto e affetto, svalutano le richieste di contatto e contenimento o, genitori imprevedibili, a volte presenti per dare conforto ai figli, altre volte assenti e indifferenti alle richieste del bambino.	Attaccamento Insicuro Evitante	Bambini che formano un'immagine di sé non degna di affetto, che devono confidare solo su se stessi, bambini con una bassa autostima, che pensano gli altri come ostili o rigidi in caso di necessità. Sono bambini che attuano meccanismi difensivi che negano i loro bisogni e emozioni, si rappresentano una realtà idealizzata o irrealisticamente negativa.
	Attaccamento Insicuro- Ambivalente	Bambini che sviluppano un modello confuso del Sé, vulnerabili, non in grado di affrontare da soli le difficoltà, percepiscono gli altri come imprevedibili, minacciosi, ostili, chiedono aiuto ma si devono difendere nello stesso tempo, esprimono in maniera esagerata le emozioni.
Genitori incapaci di offrire accudimento, maltrattanti e trascuranti, genitori con sintomi psichiatrici, che hanno subito traumi o lutti irrisolti.	Attaccamento Disorganizzato- Confuso	Bambini che sviluppano un'immagine incoerente e confusa di Sé, minacciosa, impotente e vulnerabile, costantemente in pericolo, hanno una rappresentazione della realtà costantemente catastrofica.

I genitori tendono ad utilizzare uno stile di accudimento simile a quello che hanno ricevuto, per cui occorre considerare l'importanza, ai fini della selezione e del sostegno alla famiglia, della *trasmissione intergenerazionale dell'attaccamento*. I modelli di attaccamento dei genitori influenzano quindi la qualità delle relazioni familiari, i rapporti con i figli e le capacità genitoriali.

#### **La Valutazione e l'Abbinamento della coppia/famiglia affidataria**

La valutazione della famiglia e delle funzioni genitoriali è un percorso teso a valutare il quadro complessivo della situazione familiare e di coppia nei suoi aspetti individuali e relazionali, il grado di assunzione di responsabilità da parte degli adulti coinvolti e, le risorse protettive disponibili sui tempi medio-lunghi, per compiere una selezione delle coppie e famiglie idonee ai progetti di affido.

Il percorso di valutazione mira a comprendere il funzionamento delle dinamiche familiari sottese alla scelta di partecipare ad un progetto di affidamento e, a valutare la presenza di risorse genitoriali adeguate per il progetto definito per il minore. Si conclude con una relazione clinica che esprime un parere in merito all'adeguatezza o meno della coppia/famiglia per l'affido familiare, utilizzando codici diagnostici riconosciuti, riporta un potenziale progetto nel quale la famiglia può essere inserita ed eventuali interventi di sostegno.

Altro obiettivo importante della valutazione è quello di inquadrare un profilo sociale e psicologico utile per costruire l'*abbinamento*, al fine di considerare i diversi fattori che possono facilitare od ostacolare l'intervento e il rapporto affidatari-minore, in un contesto di collaborazione con la famiglia di origine. Occorre valutare se la coppia/famiglia che si propone con le proprie risorse materiali, affettive e sociali, sia idonea per un affido breve o a lungo termine (gli affidi definiti sine die durano fino al compimento del diciottesimo anno di età e oltre), ad occuparsi di bambini disabili fisici o psichici, bambini vissuti in ambienti con carenti risorse socioculturali, oppure per interventi centrati sull'inserimento sociale e lavorativo di adolescenti. Il percorso quindi è finalizzato anche a valutare le caratteristiche potenziali dei bambini e adolescenti, per i quali gli aspiranti affidatari siano più adatti e adeguati.

Durante il processo di valutazione occorre fare emergere le *motivazioni profonde* che hanno portato una coppia a tale scelta, considerando soprattutto quelle che possono configurarsi come *rischio* per il progetto affido, ostacolando la risposta ai bisogni reali del bambino e il sostegno della famiglia naturale:

- Affido come soluzione di ripiego verso un'adozione mancata, vuoti da colmare, bisogni di affiliazione non soddisfatti
- Sostituzione di un figlio non nato, morto o uscito dalla famiglia
- Affido come soluzione di problemi inerenti gli eventi del ciclo di vita (pensionamento, infertilità...)
- Modificazione dei confini familiari (per escludere un membro o cambiare la struttura familiare)

Rispetto alla famiglia affidataria con figli biologici, occorre considerare la posizione che il bambino affidato ricoprirà nella fratria e, la possibilità che anche i figli naturali possano esprimere il loro punto di vista sull'affido.

Il protocollo si estende anche a nuclei affidatari a tempo parziale, in quanto è richiesta comunque capacità di accoglienza, cura e collaborazione al progetto predisposto dai Servizi.

Dopo il lavoro di valutazione se l'aspirante famiglia affidataria risulta adeguata potrà essere inserita in un apposito elenco tenuto dal servizio competente. Qualora invece risulti inadeguata ad accogliere nell'immediato un minore, potranno essere dati suggerimenti e indicazioni su altre forme e percorsi per esprimere la sensibilità e la solidarietà verso bambini e ragazzi.

<b>PROGRAMMA DI PSICOLOGIA Ausl di Rimini</b>	<b>protocollo localmente condiviso per LA VALUTAZIONE CLINICA E IL TRATTAMENTO DELLA FAMIGLIA AFFIDATARIA</b>	
---	---	--

### **Modelli di affido per l'abbinamento della famiglia affidataria**

In base alla valutazione delle competenze genitoriali e della recuperabilità della famiglia di origine effettuata dai servizi competenti e al lavoro di valutazione della famiglia affidataria, è possibile prevedere tre modelli progettuali di affido:

#### Affido educativo (area della carenza educativa): obiettivi

- Fornire un ambiente sicuro, sereno, non conflittuale, al bambino e un contenimento delle emozioni, in cui il bambino possa identificarsi con figure adulte sufficientemente positive
- Offrire regole, norme, modelli educativi e di socializzazione al minore, valorizzare le competenze e l'autonomia del minore
- Favorire processi di deparentificazione e riappropriazione del proprio ruolo di bambino o adolescente
- Riappropriazione della storia individuale, senza meccanismi di negazione o idealizzazione

#### Affido terapeutico-riparativo (area del danno psicologico): obiettivi

- Offrire un aiuto al minore a lungo termine per riconoscere la propria storia di maltrattamento, abuso o grave trascuratezza
- Offrire un contesto di riparazione del danno provocato alla personalità del bambino
- Porsi come mediatori tra il minore e la famiglia di origine
- Contenere i segnali di disagio del bambino e gestire i comportamenti sintomatici

#### Affido terapeutico-nutritivo (area del danno allo sviluppo): obiettivi

- Offrire un contesto relazionale e psicologico in cui il bambino possa riattivare i processi di sviluppo cognitivo, affettivo e sociale
- Offrire un contesto di riparazione del danno provocato alla personalità del bambino
- Porsi come mediatori tra il minore e la famiglia di origine
- Contenere i segnali di disagio del bambino e gestire i comportamenti sintomatici

## **1.2 TARGET DI RIFERIMENTO E BISOGNI ASSOCIATI**

### **Il target di riferimento è la Famiglia Affidataria/Genitorialità Sociale:**

- Famiglie che si propongono come affidatarie o già coinvolte in un progetto di affido.

## **2 FATTORI DI RISCHIO**

I fattori di rischio e i fattori protettivi permettono di comprendere più approfonditamente l'adattamento o il maladattamento delle competenze genitoriali. L'adattamento, inteso come capacità di esprimere la funzione genitoriale sufficientemente buona, o all'opposto il maladattamento, il fallimento e incompetenza genitoriale, non nascono in un vuoto di esperienze e di eventi del ciclo di vita, ma dall'interazione di fattori biologici, psicologici, sociali. La competenza genitoriale non è una dimensione acquisita definitivamente a priori, ma un processo i cui parametri si definiscono nel tempo e in un percorso, come il risultato di aggiustamenti definiti dalle storie individuali, dalle relazioni, dagli eventi e dai figli. La dimensione dell'adattamento implica una prevalenza di fattori protettivi che possano contrastare i fattori di rischio, che consentono anche ai genitori che vivono in condizione di stress, di comprendere e affrontare adeguatamente le esigenze dei figli e di rispondere ai bisogni posti dai compiti di sviluppo connessi alla crescita di bambini e adolescenti. La dimensione del maladattamento implica invece una prevalenza dei fattori di rischio su quelli protettivi. Anche nella valutazione delle famiglie affidatarie occorre prestare attenzione alla presenza di fattori di rischio e di protezione, che possono influenzare la capacità di diventare una famiglia affidataria.

I fattori di rischio si distinguono in:

- ✓ **Fattori di rischio distali:** sono rappresentati da elementi del contesto di vita, concezioni, valori, esperienze personali e familiari che esercitano un'influenza negativa sulle capacità genitoriali. La presenza dei fattori di rischio distali introduce elementi di fragilità e debolezza che rendono le famiglie più vulnerabili e sensibili a sviluppare e radicare disagi interiori, problemi relazionali, incapacità nella regolazione delle emozioni, rigidità educativa, incompetenza nella cura e violenza familiare. **Fattori di rischio prossimali:** possono amplificare la vulnerabilità e il disagio sviluppato dai fattori di rischio distali, attengono alla sfera individuale, della famiglia e sociale.

<b>PROGRAMMA DI PSICOLOGIA Ausl di Rimini</b>	<b>protocollo localmente condiviso per LA VALUTAZIONE CLINICA E IL TRATTAMENTO DELLA FAMIGLIA AFFIDATARIA</b>	
---	---	--

### 3 STRUMENTI E MODALITÀ PER LA DIAGNOSI

Gli strumenti e le modalità per la diagnosi clinica attengono alla valutazione della coppia e della famiglia.

#### **Colloqui psicologici clinici individuali e congiunti con la coppia e/o con altri membri della famiglia, per la valutazione del profilo anamnestico, funzionamento psicologico, organizzazione e dinamiche familiari**

- Ricostruzione della storia di coppia e delle relazioni con le proprie famiglie di origine in ottica trigenerazionale, anche attraverso l'applicazione del Genogramma
- Ricostruzione della storia personale e individuazione dei patterns di attaccamento
- Valutazione della storia della genitorialità, se la coppia ha figli
- Valutazione della motivazione e delle dinamiche familiari che hanno spinto alla scelta di proporsi come famiglia affidataria
- Atteggiamenti verso l'affido di altri soggetti coinvolti (figli, parenti vari...)
- Verificare il livello di consapevolezza acquisito negli incontri informativi e di preparazione all'affido
- Colloqui clinici individuali per la valutazione del funzionamento psicologico: dati anamnestici (presenza di malattia o disturbi passati o attuali con particolare attenzione ai legami associativi e agli agenti stressanti dell'asse V del ICD 10, eventi del ciclo di vita, gravidanza, nascita, tappe dello sviluppo, separazioni, lutti, ambiente socio-culturale), esame della condizione mentale, funzioni dell'Io, capacità di mentalizzazione, caratteristiche del Sé

#### **Valutazione delle relazioni di attaccamento**

- A.I.I. - Adult Attachment Interview (somministrazione individuale)

#### **Strumenti testistici per la valutazione della coppia e delle capacità di parenting**

- Sceno Test per la valutazione degli aspetti strutturali e delle dinamiche familiari (somministrazione individuale e/o di coppia)
- Parenting Alliance Measure (somministrazione individuale e/o di coppia)
- Parental Stress Index (somministrazione individuale)
- F.R.T. – Family Relation Test
- IRF – Indicatore dei rapporti familiari
- Test della Doppia Luna (somministrazione individuale, di coppia, familiare)

#### **Strumenti psicodiagnostici per la valutazione del funzionamento psicologico**

- Questionario Self-Report MMPI-2 per la valutazione del profilo psicologico, ove ritenuto necessario (somministrazione individuale):

### 4 STRUMENTI E MODALITÀ PER IL TRATTAMENTO

Gli strumenti e le modalità per il trattamento delle famiglie affidatarie riguardano i seguenti tipi di interventi: la valutazione della famiglia affidataria, la psicoterapia familiare, il sostegno psicologico alla coppia, il gruppo di sostegno psicologico.

#### **Valutazione della famiglia affidataria**

In linea con il modello di intervento del CBM, il lavoro di valutazione, si configura già come una prima occasione di riflessione, rilettura delle proprie motivazioni e di cambiamento per la famiglia. Si divide in due fasi: diagnosi e relazione clinica. Il tempo minimo previsto per un lavoro di valutazione è intorno ai 3 mesi, con la seguente distribuzione di sedute:

<p>Colloqui individuali con ciascun genitore          Incontri individuali con ciascun genitore per somministrazione Test          Colloqui per incontri con la coppia genitoriale e/o la famiglia          Incontri con la famiglia di origine ove ritenuto utile          Per i colloqui con la coppia-famiglia e per le sedute di osservazione-valutazione della relazione genitori-figli, è prevista la compresenza di due psicologi.</p>
---

<b>PROGRAMMA DI PSICOLOGIA Ausl di Rimini</b>	<b>protocollo localmente condiviso per LA VALUTAZIONE CLINICA E IL TRATTAMENTO DELLA FAMIGLIA AFFIDATARIA</b>	
---	---	--

#### *Diagnosi clinica della famiglia*

- Analisi dei fattori di rischio e dei fattori protettivi
- Analisi dei modelli relazionali della coppia e valutazione di eventuali legami irrisolti con le famiglie di origine
- Rapporto genitori/figli ove presenti e analisi del modello di alleanza stabilita dalla coppia
- Analisi della capacità di riconoscere i bisogni specifici e di cura dei bambini a rischio
- Analisi della capacità di riconoscere il valore della famiglia di origine del minore e di accettare il suo potenziale di cambiamento e recupero
- Capacità di esprimere e narrare sentimenti, emozioni, esperienze
- Capacità di comprendere i motivi profondi della scelta dell'affido (chi propone l'affido, chi difende tale scelta, perché adesso, aspettative sugli effetti dell'affido a livello individuale e familiare, chi è contrario all'affido, paure e dubbi, chi può sabotare l'affido)
- Capacità di riorganizzazione della coppia/famiglia
- Capacità di coping, adattamento e cambiamento
- Capacità di condividere un progetto di intervento sociale e terapeutico
- Capacità di richiedere aiuto e di riflettere sui potenziali problemi

#### *Relazione clinica*

Al termine del lavoro di valutazione e prognosi, lo psicologo formula una relazione clinica con specifiche indicazioni, relativamente alle risorse psicologiche della famiglia e, nel caso la famiglia sia idonea all'accoglienza di un minore, all'eventuale progetto di affido e sostegno.

Tutte le fasi dell'intervento vengono svolte in collaborazione con l'assistente sociale all'interno di un progetto integrato di valutazione/tarattamento

#### **Sostegno psicologico della famiglia affidataria**

Il sostegno psicologico iniziale della coppia affidataria prevede un numero minimo di 8 sedute e un numero massimo di 10 sedute, con cadenza mensile o quindicinale e con la stesura di una relazione clinica di verifica del trattamento. Se la verifica rivela la necessità di un proseguimento del sostegno psicologico, si può rinnovare il contratto per continuare il trattamento con un nuovo ciclo di sostegno, su obiettivi specifici (esempio, affrontare crisi evolutive, sostenere le funzioni genitoriali).

Obiettivi del trattamento:

- Fornire strumenti per aumentare le capacità di parenting:
  - Comprensione e cura dei bisogni fisici e psicologici di bambini che hanno vissuto gravi esperienze di trascuratezza, maltrattamento o abuso.
  - Modalità con cui la famiglia affidataria organizza e struttura il mondo al bambino, il tipo di stimolazioni ed esperienze, soprattutto per i bambini con disturbi psicologici o danni nello sviluppo cognitivo, affettivo e sociale.
  - Migliorare i comportamenti che la famiglia affidataria attua nel coinvolgere emotivamente i bambini in scambi interpersonali verbali, affettivi, fisici; riguarda l'apprendimento di capacità di ascolto, negoziazione, vicinanza emotiva, valorizzazione ed accoglienza dei minori.
- Sostenere i processi di riorganizzazione familiare in funzione del progetto di affido
- Aumentare la gestione dello stress (capacità di coping, capacità di problem solving, capacità di mantenere una rete sociale di aiuto)
- Sostenere la famiglia affidataria nel processo di riappropriazione della storia individuale del minore e della "doppia appartenenza"

#### **Gruppo di sostegno psicologico**

Il gruppo di sostegno psicologico è un gruppo aperto, prevede incontri a cadenza mensili per tutte le famiglie impegnate nei progetti di affido familiare.

Obiettivi del trattamento:

- Offrire un accompagnamento, una guida e sostegno durante l'affido, attraverso l'aiuto reciproco e l'apprendimento di esperienze e modelli familiari diversi
- Affrontare attraverso l'esperienza delle altre famiglie affidatarie problemi e difficoltà nella gestione dei bambini e nei rapporti con la famiglia di origine
- Condividere esperienze e vissuti legati all'affido con altre famiglie, per attivare processi di rispecchiamento, identificazione e sostegno emotivo

<b>PROGRAMMA DI PSICOLOGIA Ausl di Rimini</b>	<b>protocollo localmente condiviso per LA VALUTAZIONE CLINICA E IL TRATTAMENTO DELLA FAMIGLIA AFFIDATARIA</b>	
---	---	--

## 5 CRITERI DI ELEGGIBILITÀ

### Valutazione della famiglia affidataria – Criteri di inclusione

- Richiesta da parte dei referenti del Servizio Affidato di svolgere la valutazione della coppia/famiglia
- Assenza di disturbi psichiatrici e deficit intellettivi
- Assenza di patologie medico-fisiche che possono ostacolare il progetto di affidamento

### Sostegno psicologico della coppia affidataria - Criteri di inclusione

- Famiglie che hanno instaurato un rapporto significativo con il bambino in affidamento
- Presenza di una richiesta di aiuto e di un parziale riconoscimento delle proprie difficoltà relazionali, familiari e psicologiche che si ripercuotono nel funzionamento del progetto di affidamento
- Presenza di difficoltà nella riorganizzazione familiare in funzione del progetto di affidamento
- Famiglie in difficoltà nella comprensione dei bisogni del bambino in affidamento e nel rapporto con le famiglie di origine

### Gruppo di sostegno psicologico - Criteri di inclusione

- Famiglie affidatarie coinvolte in progetto di affidamento, con sufficienti risorse per gestire le difficoltà connesse all'accoglienza di un bambino o un adolescente
- Famiglie con sufficienti capacità di comprensione e cura dei bisogni fisici, psicologici e sociali, di bambini che hanno vissuto gravi esperienze di trascuratezza, maltrattamento o abuso, situazioni che possono comportare anche danni e deficit dello sviluppo
- Famiglie con sufficienti risorse per attuare una riorganizzazione familiare e adattarsi alla nuova dimensione dell'affidamento
- Famiglie capaci di sostenere la famiglia di origine, di aiutare il bambino a sviluppare una "doppia appartenenza" e di condividere il progetto con i Servizi Sociali

## 6 CRITERI DI ACCESSO

### Accesso dell'utenza:

- Servizio Affidato Familiare, referente dei progetti di affidamento familiare.

## 7 DOCUMENTI DI REGISTRAZIONE

- Cartella della famiglia affidataria con dati anagrafici, operatori coinvolti, rete di servizi, referto clinico dello psicologo contenente dati sulla valutazione della coppia/famiglia affidataria e sull'eventuale progetto di affidamento o su quello in corso, sul monitoraggio dell'eventuale trattamento

## 8 RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Arrigoni G. e Dell'Olio F. "Appartenenze. Comprendere la complessità dell'affido familiare", 1998, Franco Angeli
- Bertetti Bianca, Chistolini Marco, Rangone Gloriana e Vadiolonga Francesco "L'adolescenza ferita: un modello di presa in carico delle gravi crisi adolescenziali" 2003 Franco Angeli
- CAM, a cura di, "L'affido familiare: un modello di intervento. Manuale per gli operatori dei servizi", 1998, Franco Angeli
- Cambiaso G. "L'affido come base sicura. La famiglia affidataria, il minore e la teoria dell'attaccamento", 1998 Franco Angeli
- Carini Angelo, Pedrocco Maria Teresa Biancardi, Soavi Gloria "L'abuso sessuale intrafamiliare: manuale di intervento" 2001 Raffaello Cortina
- Carli Lucia "Dalla diade alla famiglia" 1999 Carla Lucia
- Cassibba Rosalinda e Fiore Annamaria "La valutazione della famiglia affidataria. Una ricerca condotta tra gli operatori dei servizi sociali", Maltrattamento e abuso all'infanzia, Vol. 6, n. 3, 2004, Franco Angeli
- Cirillo Stefano "Cattivi genitori" 2005 Raffaello Cortina
- Cirillo Stefano e Cipolloni Maria Valeria "L'assistente sociale ruba i bambini?" 1994 Raffaello Cortina

<b>PROGRAMMA DI PSICOLOGIA Ausl di Rimini</b>	<b>protocollo localmente condiviso per LA VALUTAZIONE CLINICA E IL TRATTAMENTO DELLA FAMIGLIA AFFIDATARIA</b>	
---	---	--

CISMAI (Coordinamento Italiano dei Servizi contro il Maltrattamento e l'Abuso all'Infanzia) *Linee-Guida per la valutazione clinica e l'attivazione del recupero della genitorialità nel percorso psicosociale di tutela dei minori*, 2003

CISMAI (Coordinamento Italiano dei Servizi contro il Maltrattamento e l'Abuso all'Infanzia) *Requisiti minimi dei servizi contro il maltrattamento e l'abuso all'infanzia*, 2000

Di Blasio Paola "Tra rischio e protezione: la valutazione delle competenze parentali" 2005 Edizioni Unicopli

"Direttiva in materia di affidamento familiare e accoglienza in comunità", 2007 Regione Emilia Romagna

Fava Vizziello Graziella e Simonelli Alessandra "Adozione e cambiamento", 2004, Bollati Boringhieri

Gabbard "Psichiatria psicodinamica", 1995, Raffaello Cortina

Ghezzi Dante e Vadilonga Francesco "La tutela del minore: protezione dei bambini e funzione genitoriale" 1996

Raffaello Cortina

Greco Ondina e Iafrate Raffaella "Figli al confine. Una ricerca multimetodologica sull'affidamento familiare", 2002,

Franco Angeli

Gruppo di miglioramento Azienda USL Rimini per la "definizione di protocolli per l'attività psicologica nell'ambito della tutela minori", 2005

ICD-10/ICD-9-CM. Edizione italiana a cura di V. Andreoli, G. B. Cassano e R. Rossi,

2002.

Lambruschi Furio "Psicoterapia cognitiva dell'età evolutiva: procedure di assessment e strategie psicoterapeutiche",

2004, Bollati Boringhieri

Legge 56/89 - Ordinamento della professione di Psicologo

Legge 184/83 - Disciplina dell'adozione e dell'affidamento dei minori

Legge 149/01 - Modifiche alla legge 4 maggio 1983, n. 184, recante «Disciplina dell'adozione e dell'affidamento dei minori»

Lo Torto M.G. "Profili problematici della disciplina normativa dell'affidamento familiare", Maltrattamento e abuso all'Infanzia, Vol. 8, n. 1, 2006, Franco Angeli

Reder Peter e Lucey Clare "Cure genitoriali e rischio di abuso: guida per la valutazione", 1997, Edizioni Centro Studi Erickson, Trento

<b>PROGRAMMA DI PSICOLOGIA Ausl di Rimini</b>	<b>Protocollo localmente condiviso per LA DIAGNOSI E IL TRATTAMENTO DELLE FAMIGLIE DISFUNZIONALI</b>	
---	--	--

## SOMMARIO

1. Introduzione.....	65
1.1 Inquadramento teorico .....	65
1.2 Target di riferimento e bisogni associati.....	65
2. Fattori di rischio.....	65
3. Strumenti e modalita' per la diagnosi .....	65
4. Strumenti e modalita' per il trattamento .....	66
5. Criteri di eleggibilità.....	66
6. Criteri di Accesso .....	66
7. Documenti di registrazione.....	67
8. Riferimenti bibliografici .....	67

Dott.ssa Lorusso Marta - Conduttore

Dott. Gazzilli Angelo  
Dott. Parma Andrea  
Dott.ssa Valcamonici Paola

Figura di supporto:  
Dott.ssa Salucci Michela

<b>PROGRAMMA DI PSICOLOGIA Ausl di Rimini</b>	<b>Protocollo localmente condiviso per LA DIAGNOSI E IL TRATTAMENTO DELLE FAMIGLIE DISFUNZIONALI</b>	
---	--	--

## 1. INTRODUZIONE

### 1.1 INQUADRAMENTO TEORICO

La valutazione e il trattamento della coppia e della famiglia disfunzionali fonda le sue premesse sulla considerazione che il sintomo manifestato da un paziente rappresenta l'espressione di un disagio più ampio riferito a tutto il nucleo familiare.

L'intervento mira a integrare i contenuti del funzionamento individuale con la storia/e e il funzionamento delle figure parentali dentro un respiro che abbracci più generazioni, con interventi su più livelli e su più formati, dove l'attenzione è sempre posta ai bisogni dell'individuo visto dentro la cornice dei suoi legami familiari. La creazione di nessi tra le dinamiche individuali e quelle relazionali, anche attraverso una lettura transgenerazionale del disagio, permette di riprendere il normale processo di crescita, sia dell'individuo che della famiglia.

I principali modelli teorici di riferimento sono rappresentati dall'approccio sistemico relazionale, dall'approccio psicodinamico e dalla teoria dell'attaccamento.

Si precisa che l'attuale panorama clinico è sempre più orientato alla costruzione di un pensiero integrato in una prospettiva dinamica, dove il progetto familiare tenga conto dei molteplici assetti individuali e interpersonali. Lo sforzo è quello di costruire una teoria della personalità che tenga conto, in integrazione appropriata, sia dei punti di vista interpersonali che transpersonali, nella simultaneità dell'interazione tra individuo, famiglia, famiglia allargata e società.

### 1.2 TARGET DI RIFERIMENTO E BISOGNI ASSOCIATI

**Il target di riferimento è la Famiglia Disfunzionale che è in grado di riconoscere le criticità di cui è portatrice e di formulare una richiesta di aiuto spontanea. All'interno di tale criterio si individuano le seguenti priorità:**

- ✓ Famiglie ricomposte con manifestazioni di disagio psicologico relazionale
- ✓ Famiglie affidatarie con manifestazioni di disagio psicologico relazionale(vedi protocollo specifico)
- ✓ Coppie ad alta conflittualità con figli minori / adolescenti
- ✓ Famiglie con figli minori e/o adolescenti con disturbi del comportamento alimentare
- ✓ Famiglie con adolescenti a rischio di devianza
- ✓ Famiglie con adolescenti a rischio di suicidio
- ✓ Famiglie con giovani adulti che manifestano disturbi mentali connessi con difficoltà di svincolo e dinamiche relazionali- familiari gravemente disturbate
- ✓ Famiglie con gravi disturbi nelle dinamiche relazionali- familiari (ICD-10, Asse V), emersi in seguito allo sviluppo di una malattia organica cronica

## 2. FATTORI DI RISCHIO

- Condizioni socioeconomiche disagiate (disoccupazione, povertà...)
- Giovane età dei genitori
- Isolamento sociale e relazionale / immigrazione
- Episodi di devianza
- Gravidanza e maternità non desiderate e/o I.V.G. ripetuti
- Alto livello di litigiosità familiare con agiti connessi
- Patologie organiche croniche e malattie disabilitanti
- Nascita di un figlio con deficit e/o patologie organiche
- Esperienze di rifiuto, violenza o abuso subite nell'infanzia da parte dei genitori

## 3. STRUMENTI E MODALITA' PER LA DIAGNOSI

Lo strumento preferenziale di diagnosi è il **colloquio psicologico clinico**, che coinvolge l'intero nucleo familiare; può differenziarsi nel corso del trattamento, rivolgendosi ora alla sola coppia genitoriale, ora al sottosistema dei figli, ora ad un singolo componente, ma il focus d'osservazione rimane sempre la famiglia e le relazioni che la definiscono.

<b>PROGRAMMA DI PSICOLOGIA Ausl di Rimini</b>	<b>Protocollo localmente condiviso per LA DIAGNOSI E IL TRATTAMENTO DELLE FAMIGLIE DISFUNZIONALI</b>	
---	--	--

#### **Strumenti testistici per la valutazione della famiglia**

- Parenting Stress Index (somministrazione individuale)
- Parenting Alliance Measure (somministrazione individuale e/o di coppia)
- F.R.T. – Family Relation Test
- Sceno Test per la valutazione degli aspetti strutturali e delle dinamiche familiari (somministrazione individuale e/o familiare)
- Test della Doppia Luna (somministrazione individuale, di coppia, familiare)
- Adult Attachment Interview

#### **4. STRUMENTI E MODALITA' PER IL TRATTAMENTO**

##### *Consultazione Familiare*

Dopo l'invio (vedi criteri di accesso) si effettua una fase di consultazione di 2 o 3 sedute che serve a valutare la motivazione ad un lavoro psicoterapeutico da parte dei componenti della famiglia.

Si indaga la percezione del problema per come attualmente si presenta e nel suo sviluppo storico, i tentativi fatti per affrontarlo e risolverlo, le risorse disponibili, con l'obiettivo di verificare la capacità della famiglia a sintonizzarsi su una lettura e una definizione/spiegazione del problema in termini psicologici (e non biologici o innati o extrafamiliari ecc.).

A conclusione di questo percorso si formula l'indicazione alla terapia familiare

##### *Psicoterapia Familiare*

La psicoterapia familiare prevede indicativamente un numero minimo di 12 sedute e un numero massimo di 24 sedute, a cadenza quindicinale o mensile.

L'obiettivo principale del trattamento è quello di riattivare le risorse della famiglia per giungere a sufficienti livelli di funzionalità e benessere.

Obiettivi dell'intervento terapeutico :

- Elaborazione dei legami di dipendenza non risolta dalla famiglia di origine affrontando i pattern di dipendenza / invischiamento
- Elaborazione della confusività, della rigidità e dell'inversione dei ruoli genitoriali allo scopo di attivare una differenziazione e un riordino dei confini generazionali
- Elaborazione delle relazioni coniugali compensatorie e risoluzione degli investimenti affettivi inappropriati
- Consapevolezza della trasmissione transgenerazionale della sofferenza mentale attraverso l'elaborazione delle storie di attaccamento carenti e delle idealizzazioni deformate e distorte permettendo così l'elaborazione del lutto e della perdita generata dai legami primari insoddisfacenti
- Favorire la capacità di mentalizzazione e di pensiero riflessivo

#### **5. CRITERI DI ELEGGIBILITÀ**

- Riconoscimento/consapevolezza del disagio psicologico individuale e relazionale
- Sufficienti risorse relazionali, intellettive e riflessive
- Sufficienti capacità critiche
- Controllo dell'impulsività

#### **6. CRITERI DI ACCESSO**

- Invio da psicologi che si occupano dell'infanzia e dell'adolescenza
- Invio da psicologi del Ministero di Grazia e di Giustizia che si occupano di adolescenti devianti
- Invio da psichiatri e neuropsichiatri infantili
- Invio da psicologi e psichiatri che si occupano degli adulti
- Invio da medici di base e pediatri di libera scelta e/o specialisti
- Accesso spontaneo

<b>PROGRAMMA DI PSICOLOGIA Ausl di Rimini</b>	<b>Protocollo localmente condiviso per LA DIAGNOSI E IL TRATTAMENTO DELLE FAMIGLIE DISFUNZIONALI</b>	
---	--	--

## 7. DOCUMENTI DI REGISTRAZIONE

### Scheda familiare:

Include: dati anagrafici, informazioni sull'inviante, genogramma, sintomatologia, definizione del problema da parte della famiglia, eventi significativi nella famiglia attuale e in quella di origine

### Scheda per la rilevazione statistica:

Include: tipologia di intervento, stato civile, stato dell'intervento, inviante, fase del ciclo vitale, primo contatto, motivo della richiesta

## 8. RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Andolfi M., *Manuale di psicologia relazionale*, Accademia di psicoterapia della famiglia, Roma, 2003  
 Bateson G., *Verso un'ecologia della mente*, Adelphi, Milano, 1976  
 Boscolo L. Bertrando P., *Terapia sistemica individuale*, Raffaello Cortina, Milano, 1996  
 Bowen M., *Dalla Famiglia all'individuo*, Astrolabio, 1979  
 Carli L., *Dalla diade alla famiglia*, Raffaello Cortina, Milano,  
 Dicks H.V., *Tensioni coniugali*, Borla, Roma, 1992  
 Fruggeri L., *Famiglie, dinamiche interpersonali e processi psico-sociali*, Carocci NIS, Roma, 1997  
 Gabbard, *Psichiatria psicomica*, Raffaello Cortina, Milano, 2002  
 Gurman e Kniskern, *Manuale di terapia della famiglia*, Bollati Boringhieri, Torino, 1995  
 Haley Jay, *Il distacco dalla famiglia*, Astrolabio, Roma, 1983  
 Lis A., Pazzeschi C. e Salcuni S., *Modelli di intervento nella relazione familiare*, 2005, Carocci  
 Losso R., *Psicoanalisi della famiglia*, Franco Angeli, Milano, 2000  
 Minuchin S., *Famiglie e terapia della famiglia*, Astrolabio, Roma, 1976  
 Nicolò A.M. (a cura di), *Quale psicoanalisi per la famiglia?* Franco Angeli, Milano, 2005  
 Roth A., Fonagy P., *Psicoterapie e prove di efficacia*, Il Pensiero Scientifico, Roma 1996  
 Scharff J.S. (a cura di), *I fondamenti della terapia familiare*, Franco Angeli, Milano, 1999  
 Selvini et Al., *Giochi psicotici della famiglia*, Raffaello Cortina, Milano, 1988  
 Selvini et Al., *Ragazze anoressiche e bulimiche*, Raffaello Cortina, Milano, 1998  
 Van Cutsen C., *Le famiglie ricomposte*, Raffaello Cortina, Milano, 1999

<b>PROGRAMMA DI PSICOLOGIA Ausl di Rimini</b>	<b>protocollo localmente concordato per L'ATTIVITÀ PSICOLOGICA RIVOLTA ALLE FAMIGLIE CON PAZIENTE PSICHIATRICO INSERITO IN COMUNITÀ</b>	
---	---	--

## SOMMARIO

1.Introduzione.....	69
1.1Inquadramento teorico .....	69
1.2Target di riferimento e bisogni associati.....	70
2 Fattori di rischio.....	71
3 Strumenti e modalità per la Diagnosi .....	72
4 Strumenti e modalità per il trattamento .....	73
5 Criteri di eleggibilità.....	74
6 Criteri di Accesso .....	74
7 Documenti di registrazione.....	74
8 Riferimenti bibliografici .....	75

Dott.ssa Lorusso Marta - Conduttore

Dott. Gazzilli Angelo  
Dott. Parma Andrea  
Dott.ssa Valcamonici Paola

Figura di supporto:  
Dott.ssa Salucci Michela

<b>PROGRAMMA DI PSICOLOGIA Ausl di Rimini</b>	<b>protocollo localmente concordato per L'ATTIVITÀ PSICOLOGICA RIVOLTA ALLE FAMIGLIE CON PAZIENTE PSICHIATRICO INSERITO IN COMUNITÀ</b>	
---	---	--

## 1. INTRODUZIONE

### 1.1 INQUADRAMENTO TEORICO

#### La famiglia e la malattia psichiatrica

Sul ruolo della famiglia nella genesi e nello strutturarsi del disturbo psichico le posizioni teoriche variano molto, come pure le indicazioni pratiche che ne seguono. L'esperienza mostra tuttavia con chiarezza che non sia possibile isolare l'individuo e la sua patologia dalle relazioni di vita. Ciò che nella normalità si dà per scontato, il legame visibile, umanizzato del singolo con l'Altro, con gli altri, nel disturbo psichico mostra la sua fragilità e tragicità nell'infinita varietà delle combinazioni e interroga il giunto misterioso fra destino e soggetto, fra dato ed acquisito, fra causalità e responsabilità. Qualcosa non è più funzionale all'equilibrio complessivo delle relazioni, spesso su pressione dell'ambiente extrafamiliare, la scuola, il gruppo di lavoro o del tempo libero. Ciò che non regge più in una istituzione viene allora portato in un'altra istituzione, in un estremo tentativo di affidarne ad altri la gestione e la soluzione. In queste situazioni si ha una richiesta di cui manca il soggetto, che tuttavia occorre individuare per provare a configurare una domanda e tentarne poi una risposta. Talora il contesto del gruppo familiare è così confuso che appare difficile individuarne il posto da cui ciascuno può prendere parola per sé, e non solo per una attribuzione degli altri membri; altre volte la rabbia accusatoria dei familiari è l'unico tramite fra l'istituzione inviante e quella ricevente.

Se è impossibile ignorare la famiglia e artificioso isolare il paziente dalle sue relazioni, diviene allora determinante, per il percorso della cura, l'accoglimento che l'Istituzione fa della richiesta, anche di quella senza parole o di quella fatta da altri, e la posizione che in essa assume il singolo operatore, anche all'interno del gruppo di lavoro. E' nell'assumere la responsabilità di una risposta che il terapeuta può favorire il prendere forma di un'eventuale domanda. La richiesta, infatti, può rivolgersi anche ad una istituzione, come espressione di un disagio sociale cui verrà restituita una risposta codificata dai ruoli e dalle posizioni. Non si tratta quindi di ignorare o minimizzare, mettere da parte il problema presentato per individuare al più presto il paziente o i pazienti, ma al contrario di metterlo in evidenza, di articolarlo perché prenda per ciascuno una forma più precisa.

Di per sé il rivolgersi a un Altro, sia pure sociale e istituzionale, è indice di un transfert che richiede di essere messo a fuoco, indirizzato. In questo senso vi è una continuità fra colloqui iniziali ed eventuale terapia, fra diagnosi e cura, nella cosiddetta "presa in carico", nome burocratico ma che può essere letto in modo meno metaforico. Molti autori concordano sul valore trasformativo già del setting diagnostico, soprattutto a livello delle relazioni familiari complesse e confusive e sull'importanza di questa fase per la rettificazione delle posizioni soggettive.

#### Il lavoro di equipe

Per l'equipe in istituzione e le relative famiglie sono state spesso prese in considerazione le dinamiche relative al piccolo gruppo di lavoro, e si è sottolineata da più parti la necessità che gli operatori, nell'accoglimento e nella gestione del paziente e dei familiari, non agiscano secondo ruoli o categorie prefissate. La complessità di quanto avviene nel gruppo ha portato a numerosi studi in proposito, a partire dalla "teoria del campo", per cui l'insieme dell'equipe diviene di per sé un'unità che non solo trascende i singoli ma si modifica continuamente in rapporto a questi (Lewin, 1965; 1972).

La dinamica gruppale tocca in ciascuno vissuti emozionali di appartenenza, dipendenza, protezione e contemporaneamente di competitività e distacco, mentre il gruppo di lavoro, per poter funzionare, richiede la capacità di sublimare le pulsioni erotiche e aggressive in collaborazione e tolleranza alla frustrazione. Infatti, perché un'operatività in gruppo sia possibile, occorre che gli individui trovino un equilibrio dinamico capace di contemperare le spinte fusionali con quelle disgreganti, e contemporaneamente reperiscano elementi intorno ai quali identificarsi pur senza prendere il proprio particolare desiderio, affrontando i rischi che questo comporta (Freud, 1921; 1922; Lacan, 1994). Processo non facile, mai acquisito una volta per tutte, ma continuamente da tenere in vita. Un'ulteriore difficoltà del funzionamento dell'equipe si può riscontrare nella difficile posizione di equilibrio fra la necessità di sostegno fornito dal gruppo al singolo nelle situazioni difficili e il rischio di depersonalizzazione, che renderebbe nuovamente anonimo e spersonalizzato ogni intervento. Il gruppo può assumere aspetti di rifugio e quindi favorire una sorta di quiete impersonale di fronte all'urgenza, alla gravità, all'esplosività delle situazioni, oppure viene percepito come un sostegno necessario e consapevolmente condiviso per situazioni che il singolo operatore non potrebbe sostenere. Esso permette operazioni che individualmente non potrebbero essere effettuate, proprio per la necessità, in certi casi, di un campo esteso di accoglimento, "che l'équipe può offrire purché trovi poi forme di localizzazione e delimitazione più precise" (Correale, 1999). Il gruppo appare come il primo strumento per tutte quelle complesse realtà in cui non sia possibile instaurare subito, oltre la richiesta magari urgente o drammatica, una relazione fra un paziente e un terapeuta. Sono queste le situazioni che afferiscono più di frequente al servizio pubblico.

La composizione dell'equipe psicosociale, infatti, può variare secondo i luoghi e le circostanze, ma comprende quasi sempre figure professionali diverse, da quella medica e paramedica a quella psicologica e socioriabilitativa. Se

<b>PROGRAMMA DI PSICOLOGIA Ausl di Rimini</b>	<b>protocollo localmente concordato per L'ATTIVITÀ PSICOLOGICA RIVOLTA ALLE FAMIGLIE CON PAZIENTE PSICHIATRICO INSERITO IN COMUNITÀ</b>	
---	---	--

l'equilibrio fra specificità di ruolo, con tutto ciò che comporta, e integrazione reciproca, senza perdere la prima o rifiutare la seconda, cioè fra individualità necessaria e funzionalità grupale, appare più legato a fattori soggettivi, l'interrogativo sulla reale possibilità di fare interagire le diverse posizioni teoriche e pratiche ci sembra relativo al sociale attuale e necessita di particolare attenzione. Infatti se il gruppo si pone come un agglomerato in cui ciascuno mantiene la propria specificità, il prezzo è la perdita di efficacia fino al limite di annullamento reciproco degli interventi e quindi, di ritorno, una maggiore frustrazione dei singoli operatori.

La mancanza di reale collegamento fra intervento farmacologico, psicologico, riabilitativo o sociale non si traduce soltanto in un minor vantaggio per il paziente o in una cura meno efficace, ma mina alle radici l'utilità stessa dell'intervento complessivo e non intacca le scissioni interiori del paziente o quelle interpersonali del gruppo familiare. Lo specifico del lavoro di gruppo non risiede, insomma, nella somma degli operatori e delle diverse professionalità, ma, paradossalmente, nel loro venir meno, nel tirarsi indietro rispetto ad un pieno di competenze, perché venga a prodursi uno spazio per la clinica, per il "caso" di ogni paziente.

## 1.2 TARGET DI RIFERIMENTO E BISOGNI ASSOCIATI

### **Dal bisogno alla domanda:**

La dimensione della domanda è cruciale all'interno del colloquio analitico. La nozione di domanda non è, come tale, una nozione scontata nella pratica clinica. Anzi la psicologia clinica, in generale, preferisce l'utilizzo della categoria di motivazione, attraverso la quale si suole indicare la spinta intenzionale, cognitivo-affettiva, del soggetto verso un determinato obiettivo. Di qui la distinzione canonica che viene stabilita tra "**motivazione intrinseca**" e "**motivazione estrinseca**", con la quale si intende precisare se la motivazione del soggetto è dovuta ad una qualche forma di prescrizione o di condizione dettata dalle circostanze esterne (motivazione estrinseca) o se essa si produce effettivamente a partire dal soggetto medesimo, da un suo progetto, da una sua intenzione, da un suo volere (motivazione intrinseca). La consistenza più o meno solida della motivazione intrinseca diventa la condizione di possibilità o di impossibilità per l'inizio di un trattamento psicoterapeutico. L'ingenuità di questo modello si rivela laddove la nozione di motivazione sembra sovrapporsi a quella di volontà e, dunque, escludere l'incidenza di fattori inconsci sulla determinazione di volere del soggetto. Il passaggio dalla motivazione a quella di domanda permette, invece, di problematizzare e di limitare la funzione dell'intenzionalità nella produzione di una domanda di cura. Di qui l'apertura di uno **spazio "preliminare"** al trattamento vero e proprio che individua come oggetto del trattamento la domanda stessa del trattamento. La necessità di questo trattamento preliminare della domanda non consiste solamente nel verificare la consistenza della decisione del soggetto di sottomettersi al trattamento terapeutico ma, più fondamentalmente, nel rivelare al soggetto stesso il senso effettivo della sua domanda di cura.

### **La domanda del paziente e la domanda della famiglia:**

Il momento preliminare dell'analisi della domanda mette costantemente in tensione dialettica la disgiunzione profonda fra domanda del paziente e domanda della famiglia. Se il paziente porta, attraverso il sintomo, una istanza soggettiva particolare, presa in carico direttamente dalla struttura, la famiglia – qualora esista ancora – si fa sostanzialmente portatrice di una istanza più generica di tipo custodialistico o terapeutico di tipo delegante. L'operazione preliminare consisterà allora nel differenziare, riarticolandola, la domanda della famiglia rispetto a quella del paziente, trovando per entrambe una collocazione particolare in grado di veicolare il percorso terapeutico in essere. Se il trattamento del paziente appare scontato nella possibilità d'esercizio, per la famiglia occorre invece operare una leggera torsione dialettica coinvolgendo ed implicando nel percorso terapeutico soggetti che mostrano sovente un certo grado di riottosità, o perlomeno una certa ambivalenza, rispetto all'idea di un percorso terapeutico comune. Sarà allora cura del terapeuta stabilire in quale grado coinvolgere la famiglia all'interno del percorso terapeutico concordando con essa le particolari modalità di incontro e la scansione temporale e metodologica dell'intervento. Potrà definirsi così una pluralità di setting, non predefiniti ma non per questo meno efficaci. Si potranno allora delineare incontri di psicoterapia della famiglia, psicoterapia della diade madre/figlio/a quale diade critica, inserimento grupale terapeutico dei genitori, incontri di consueing di sostegno, incontri per accordi tecnico-logistico, colloqui anamnestici per pazienti in fase acuta non in grado di sostenere il setting, ecc. ecc.

### **Il target di riferimento è la Famiglia:**

L'attività dello psicologo nel settore Psichiatria riguarda le situazioni di grave disagio psicologico adulto in cui le condizioni psicosociali sono significativamente anomale, in relazione alle condizioni socioculturali prevalenti che possono costituire fattori di rischio significativi per il soggetto, con particolare riferimento alle categorie dell'asse I e II del DSM-IV. Si tratta quindi di relazioni familiari patologiche, disturbi psichiatrici, devianza, tossicodipendenza o handicap nel gruppo familiare dell'adulto, di comunicazioni intrafamiliari distorte e qualità inadeguate di protezione, cura e educazione.

<b>PROGRAMMA DI PSICOLOGIA Ausl di Rimini</b>	<b>protocollo localmente concordato per L'ATTIVITÀ PSICOLOGICA RIVOLTA ALLE FAMIGLIE CON PAZIENTE PSICHIATRICO INSERITO IN COMUNITÀ</b>	
---	---	--

## 2 FATTORI DI RISCHIO

Le famiglie dei pazienti psichiatrici inseriti in comunità accedono al servizio su convocazione da parte dello psicologo, il quale si avvale della relazione psichiatrica d'invio del paziente come strumento conoscitivo e/o preliminare. La convocazione dello psicologo viene trasmessa alla famiglia dal coordinatore assistenziale in fase di presentazione della struttura. Quando sussiste un rischio potenziale o reale per un paziente che sia determinato proprio dalla relazione negativa con i genitori, s'impongono misura di tutela e di salvaguardia della salute che devono scaturire da una valutazione - possibilmente in tempi brevi - ma anche attenta e approfondita di tutti i diversi fattori positivi o negativi che caratterizzano la funzione genitoriale.

I fattori di rischio e i fattori protettivi permettono di comprendere più approfonditamente l'adattamento o il maladattamento delle competenze genitoriali. L'adattamento, inteso come capacità di esprimere la funzione genitoriale adeguata rispetto al tipo di patologia psichiatrica, o all'opposto il maladattamento, il fallimento e incompetenza genitoriale data dall'interazione di fattori biologici, psicologici, sociali. La competenza genitoriale non è una dimensione acquisita definitivamente a priori, ma un processo i cui parametri si definiscono nel tempo e in un percorso, come il risultato di aggiustamenti definiti dalle storie individuali, dalle relazioni, dagli eventi e dai figli.

La dimensione dell'adattamento implica un prevalenza di fattori protettivi che possano contrastare i fattori di rischio, che consentono anche ai genitori che vivono in condizione di stress, di comprendere e affrontare adeguatamente le esigenze dei figli e di rispondere ai bisogni posti dalla dimensione patologica dei figli. La dimensione del maladattamento implica invece una prevalenza dei fattori di rischio su quelli protettivi.

I fattori di rischio si distinguono in:

- ✓ **Fattori di rischio distali:** sono rappresentati da elementi del contesto di vita, concezioni, valori, esperienze personali e familiari che esercitano un'influenza negativa sulle capacità genitoriali. La presenza dei fattori di rischio distali introduce elementi di fragilità e debolezza che rendono le famiglie più vulnerabili e sensibili a sviluppare e radicare disagi interiori, problemi relazionali, incapacità nella regolazione delle emozioni, rigidità educativa, incompetenza nella cura e violenza familiare. Alcuni fattori di rischio sono specifici, presenti in situazioni familiari che manifestano disagio psicologico e sociale, altri (punti 7, 9, 10) sono specifici, fortemente caratterizzanti i contesti familiari in cui viene esercitata violenza e abuso verso i figli:
- ✓ **Fattori di rischio prossimali:** possono amplificare la vulnerabilità e il disagio sviluppato dai fattori di rischio distali, attengono alla sfera individuale, della famiglia e sociale.

<b>Fattori di rischio distali</b>
37. Povertà cronica 38. Basso livello di istruzione 39. Carenza di relazioni interpersonali 40. Carenza di reti sociali e di integrazione 41. Famiglia monoparentale 42. <i>Esperienze di rifiuto, violenza o abuso subite nell'infanzia</i> 43. Sfiducia verso le norme sociali e le istituzioni 44. <i>Accettazione della violenza e delle punizioni come pratiche educative</i>
<b>VULNERABILITA'</b>
<b>Fattori di rischio prossimali e amplificazione del rischio</b>
<b>A) Fattori individuali</b> 45. Psicopatologia dei genitori 46. Devianza sociale dei genitori 47. Abuso di sostanze 48. Debole o assente capacità di assunzione delle responsabilità 49. Distorsione delle emozioni e delle capacità empatiche 50. Impulsività 51. Scarsa tolleranza alle frustrazioni 52. Ansia di separazione <b>B) Fattori familiari e sociali</b> 53. Relazioni difficili con la propria famiglia d'origine e/o con quella del partner

<b>PROGRAMMA DI PSICOLOGIA Ausl di Rimini</b>	<b>protocollo localmente concordato per L'ATTIVITÀ PSICOLOGICA RIVOLTA ALLE FAMIGLIE CON PAZIENTE PSICHIATRICO INSERITO IN COMUNITÀ</b>	
---	---	--

54. Conflitti di coppia e violenza domestica

**C) Caratteristiche del paziente**

- 55. Agiti violenti
- 56. Ricorrenti crisi d'angoscia
- 57. Tentati suicidi
- 58. Abusi di farmaci
- 59. Abusi di sostanze stupefacenti
- 60. Condotte sessuali devianti
- 61. Gravi stati dissociativi

I Fattori Protettivi invece possono attivare un processo di riduzione del rischio, in presenza di fattori di rischio distali e prossimali.

**Fattori di protezione prossimali e riduzione del rischio**

**A) Fattori individuali**

- 62. Sentimenti di inadeguatezza per la dipendenza dai Servizi
- 63. Rielaborazione del rifiuto e della violenza subiti nell'infanzia
- 64. Capacità empatiche
- 65. Capacità di assunzione delle responsabilità
- 66. Desiderio di migliorarsi
- 67. Autonomia personale
- 68. Buona livello di autostima

**B) Fattori familiari e sociali**

- 69. Relazione attuale soddisfacente almeno con un componente della famiglia d'origine
- 70. Rete di supporto parentale o amicale
- 71. Capacità di gestire i conflitti

**C) Caratteristiche del paziente**

- 72. Buon livello di compliance

L'intreccio dei fattori di rischio e dei fattori protettivi aiuta a determinare il tipo di intervento e progetto per la famiglia e il paziente psichiatrico. La presenza maggiore di fattori protettivi contrasta quelli di rischio e aumenta la possibilità di innescare meccanismi di resilienza nella famiglia: in questi casi le famiglie chiedono e accettano l'aiuto e il sostegno fornito dai servizi.

Percorsi di intervento e progetti per la famiglia e il paziente psichiatrico inserito in comunità	
Prevalenza dei fattori protettivi	✓ Aiuto e sostegno alla famiglia e al paziente
Compresenza di fattori di rischio distali, prossimali e fattori protettivi	✓ Maggior tutela del paziente
	✓ Potenziamento delle risorse familiari
	✓ Monitoraggio del paziente e della famiglia

### 3 STRUMENTI E MODALITÀ PER LA DIAGNOSI

Gli strumenti e le modalità per la diagnosi clinica attengono alla individuazione dei fattori di rischio e dei fattori protettivi, alla valutazione della famiglia, della genitorialità e recuperabilità delle capacità genitoriali, per la definizione di un progetto terapeutico per la famiglia.

Le metodologie e le tecniche operative

**Colloqui psicologici clinici individuali e congiunti con i genitori e/o con i membri della famiglia di origine, per valutazione del profilo anamnestico della famiglia**

- Ricostruzione della storia di coppia e delle relazioni con le famiglie di origine
- Ricostruzione della storia personale
- Ricostruzione la storia del disturbo

<b>PROGRAMMA DI PSICOLOGIA Ausl di Rimini</b>	<b>protocollo localmente concordato per L'ATTIVITÀ PSICOLOGICA RIVOLTA ALLE FAMIGLIE CON PAZIENTE PSICHIATRICO INSERITO IN COMUNITÀ</b>	
---	---	--

### **Colloqui psicologici clinici individuali per la valutazione del profilo di personalità dei genitori**

Sono considerati i principali indicatori per la valutazione delle capacità genitoriali i seguenti aspetti delle personalità dei genitori:

- capacità/incapacità di aderire alla realtà
- capacità/incapacità di controllo degli impulsi
- capacità/ incapacità di tollerare le frustrazioni
- capacità/incapacità di modulare la relazione affettiva

Da rilevare con i seguenti approfondimenti:

- Dati anamnestici (presenza di malattia o disturbi passati o attuali con particolare attenzione ai legami associativi e agli agenti stressanti dell'asse I e II del DSM IV, eventi del ciclo di vita, gravidanza, nascita, tappe dello sviluppo, separazioni, lutti, ambiente socio-culturale)
- Ricostruzione della storia e delle relazioni familiari
- Esame della condizione mentale: orientamento e percezione (orientamento temporale, spaziale e alle persone, ipervigilanza, disturbi percettivi quali allucinazioni visive e uditive, distorsioni delle percezioni mente-corpo, come la depersonalizzazione), *cognizione* (disturbi del pensiero, deliri, modalità di rispondere alle domande, ideazione suicidaria), *affettività* (regolazione delle emozioni e meccanismi di difesa, intellettualizzazione, diniego e negazione, scissione, tono dell'umore), *azione* (osservazione del comportamento)
- Caratteristiche dell'Io (forza e debolezza dell'Io): Funzioni dell'Io (esame di realtà, controllo degli impulsi, capacità di giudizio, di progettazione e di prevedere le conseguenze delle proprie azioni), capacità di mentalizzazione (attribuzione interna/esterna, colpevolizzazione interna/esterna, pensiero metaforico e analogico), Meccanismi di difesa e conflitti, Rapporti dell'Io con il Super-Io (Superio-Io rigido e punitivo, ideali irrealistici, tendenze antisociali).
- Caratteristiche del Sé: Stima di Sé, coesione del Sé, maturità del Sé, Continuità del Sé, Confini del Sé, Rapporto mente/corpo.

### **Colloqui psicologici con la coppia, con i singoli genitori, sedute con genitori e figli per la valutazione del rapporto genitori/figli.**

- Valutazione della storia della genitorialità
- Valutazione del modo in cui l'organizzazione familiare si è strutturata nel tempo

### **Colloqui di restituzione con le figure genitoriali e/o i figli, per la valutazione di indicatori prognostici di trattabilità terapeutica.**

- Verifica dell'attivazione delle risorse familiari

## **4 STRUMENTI E MODALITÀ PER IL TRATTAMENTO**

Gli strumenti e le modalità per il trattamento della famiglie afferenti al M.O. Salute mentale riguardano tre tipi di interventi: la psicoterapia familiare, il supporto psicologico dei genitori, i gruppi terapeutici, che si possono articolare in maniera differenziata nell'arco di permanenza del paziente in struttura.

### **Psicoterapia Familiare**

La psicoterapia familiare in questo settore prevede sedute a cadenza settimanale o quindicinale.

Obiettivi del trattamento:

- Riconoscimento e cambiamento dei modelli relazionali familiari e di coppia disfunzionali
- Integrazione della dimensione elaborativa
- Aumentare la competenza biografica
- Esplorazione dei legami di attaccamento e elaborazione delle esperienze traumatiche dei genitori
- Aumentare le capacità empatiche
- Aumentare le capacità di mentalizzazione e modulazione delle emozioni
- Elaborazione del fantasma inconscio

### **Sostegno psicologico dei genitori**

Il sostegno psicologico ai genitori in questo settore prevede incontri con cadenza settimanale o quindicinale.

Obiettivi del trattamento:

<b>PROGRAMMA DI PSICOLOGIA Ausl di Rimini</b>	<b>protocollo localmente concordato per L'ATTIVITÀ PSICOLOGICA RIVOLTA ALLE FAMIGLIE CON PAZIENTE PSICHIATRICO INSERITO IN COMUNITÀ</b>	
---	---	--

- Ridefinire ruoli genitoriali e confini generazionali
- Aumentare le capacità di autocontrollo e di gestione dello stress (monitoraggio e controllo dell'impulsività, capacità di coping, capacità di problem solving, capacità di mantenere una rete sociale di aiuto)
- Aumentare le competenze sociali e i rapporti con i diversi contesti di vita dei figli, la scuola...).
- Sostenere i genitori durante le prime fasi di ricovero dei figli
- Elaborazione dell'angoscia da separazione

#### **Gruppi terapeutici (cicli di 12 incontri):**

Obiettivi del trattamento:

- Ridefinire ruoli genitoriali e confini generazionali
- Aumentare le capacità di autocontrollo e di gestione dello stress (monitoraggio e controllo dell'impulsività, capacità di coping, capacità di problem solving, capacità di mantenere una rete sociale di aiuto)
- Aumentare le competenze sociali e i rapporti con i diversi contesti di vita dei figli.
- Sostenere i genitori durante le prime fasi di ricovero dei figli
- Elaborazione dell'angoscia da separazione

## **5 CRITERI DI ELEGGIBILITÀ**

### **Psicoterapia della famiglia e/o della diade genitore/figlio**

- Assenza di deficit delle capacità intellettive dei genitori
- Assenza di gravi patologie psichiatriche
- Presenza di una richiesta di aiuto e capacità di costruire un'alleanza terapeutica
- Sufficienti capacità di riflessione e di riconoscimento del disagio psicologico individuale e relazionale
- Presenza di capacità empatiche e di mentalizzazione

### **Sostegno psicologico familiare**

- Genitori con disturbi mentali che accettano il trattamento psichiatrico
- Sufficienti capacità intellettive dei genitori
- Parziale riconoscimento delle proprie carenze genitoriali e del disagio arrecato ai figli
- Presenza di una minima richiesta di aiuto
- Parziale capacità di riflessione e di riconoscimento del disagio psicologico individuale e relazionale
- Carenti capacità empatiche, di mentalizzazione e fragilità dell'Io

### **Gruppi terapeutici:**

- Assenza di disturbi psichiatrici dei genitori già diagnosticati dal DSM
- Assenza di deficit delle capacità intellettive dei genitori
- Presenza di una richiesta di aiuto e capacità di costruire un'alleanza terapeutica
- Sufficienti capacità di riflessione e di riconoscimento del disagio psicologico individuale e relazionale
- Presenza di capacità empatiche e di mentalizzazione

## **6 CRITERI DI ACCESSO**

### **Accesso dell'utenza:**

Tutte le famiglie dei pazienti ricoverati

## **7 DOCUMENTI DI REGISTRAZIONE**

La **cartella clinica** costituisce uno dei principali strumenti di riferimento dell'operatività della struttura essendo la naturale depositaria di tutte le informazioni e degli interventi effettuati sul singolo utente.

Questo è dovuto a due ordini di fattori che impediscono un diverso approccio alla gestione dei dati riguardanti la persona. Infatti da un lato la durata temporale degli inserimenti necessita di una "memoria scritta" che permetta nel tempo di conservare le informazioni acquisite e valutare in maniera attendibile il percorso effettuato dall'utente; dall'altro l'organizzazione per turni degli operatori rende complessa una pronta trasmissione delle informazioni

<b>PROGRAMMA DI PSICOLOGIA Ausl di Rimini</b>	<b>protocollo localmente concordato per L'ATTIVITÀ PSICOLOGICA RIVOLTA ALLE FAMIGLIE CON PAZIENTE PSICHIATRICO INSERITO IN COMUNITÀ</b>	
---	---	--

all'interno dell'equipe, ragion per cui uno strumento agile e sintetico, ma allo stesso tempo completo ed attendibile, non può che costituire uno dei presupposti fondamentali del buon agire quotidiano.

La struttura della cartella adottata è, in linea con gli attuali principi della buona pratica, di tipo "integrato" sul piano delle professionalità, questo anche allo scopo di sottolineare l'unicità della persona in tutti i suoi aspetti clinico-assistenziali, e per rispondere alla conseguente necessità di comporre i vari frammenti di un intervento in un unico percorso a più "facce".

I colloqui con le famiglie vengono registrati in cartella clinica alla voce "colloqui con i familiari", mentre le sedute di gruppo vengono registrate all'interno del registro dedicato, compilato dall'educatore professionale che assiste ai colloqui e vidimato dallo psicologo.

## 8 RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Abraham K. (1924), Tentativo di una storia evolutiva della libido, in Opere, Boringhieri, Torino 1975.
- Anzieu D. (1990), Il gruppo e l'inconscio, Borla, Roma, 1976.
- APA (American Psychiatric Association, 1995, DSMIV, Manuale statistico e diagnostico dei disturbi mentali, Masson, Milano, 1994.
- Binswanger L., Essere nel mondo, Astrolabio, Roma, 1973.
- Bonifati L.S., La psicosi in Jacques Lacan, Franco Angeli, Milano.
- Carli R., L'analisi della domanda in psicologia clinica, Giuffrè, Milano.
- Cosenza D., Introduzione alla psicoanalisi contemporanea, Bruno Mondatori, Milano, 1996.
- Correale, La comunità terapeutica. Tra mito e realtà, Raffaello Cortina, Milano, 1998.
- Di Ciaccia A., Recalcati M., Jacques Lacan, Bruno Mondatori, Milano, 2000.
- Foucault M., La nascita della clinica, Einaudi, Torino, 1963.
- - L'archeologia del sapere, Rizzoli, Milano, 1969.
- - Storia della follia nell'età classica, BUR, Milano, 1972.
- Freud, Opere, Boringhieri, Torino.
- Gabbard G.O., Psichiatria psicodinamica, Raffaello Cortina, Milano, 1994.
- Jasper K., Psicopatologia generale, Il pensiero scientifico, Roma, 1959.
- Lacan J., Scritti, Einaudi, Torino, 1966.
- Laing, L'io diviso, Einaudi, Torino, 1959.
- Liberman R.P., La riabilitazione psichiatrica, Raffaello Cortina, Milano, 1995.
- Lis A., Il colloquio come strumento psicologico, Giunti, Firenze, 1955.
- Miller J.-A., C.S.T., in "La Psicoanalisi, n. 1, Astrolabio, Roma.
- - La cliniche différentielles des psychoses.
- - La natura dei sembianti, in "La Psicoanalisi, n. 11, Astrolabio, Roma.
- - Il rovescio dell'interpretazione, in "La Psicoanalisi", n. 19, Astrolabio, Roma.
- - Logiche della vita amorosa, Astrolabio, Roma.
- - La psicosi ordinaria, Astrolabio, Roma.
- Ricoeur P., Della interpretazione, Saggio su Freud, Il Saggiatore, Milano, 1967.
- Schreber P. D., Memorie di un malato di nervi, Adelphi, Milano, 1991.
- Semi A, Tecnica del colloquio, Cortina, Milano.
- Vigano C., Ripensare la follia. L'orientamento lacaniano nell'esperienza psicoanalitica della psicosi, Arcipelago, Milano.
- Voltolin A., La domanda di genitori e figli, Franco Angeli, Milano, 1999.
- Winnicott D.W. Sviluppo affettivo ed ambiente, Armando, Roma, 1970.
- Winnicott D. W., Colloqui con i genitori, Cortina, Milano, 1993.
- Zenoni A., Il corpo e il linguaggio della psicoanalisi, Bruno Mondatori, Milano, 1991.

## **CRITERI DI ELEGGIBILITÀ AI TRATTAMENTI PSICOLOGICI PER I PAZIENTI ADULTI NELL'AZIENDA USL DI RIMINI**

**Dott. Sergio Tarducci**

### **I nostri pazienti “veri”**

La patologia conclamata da una diagnosi, esempio: disturbi della sfera emotiva o dell'adattamento, non costituisce l'unico parametro di inclusione di un paziente nella pratica clinica di questa area; ma essa è associata ad altri fattori di pari rilevanza, quali:

le alterazioni funzionali  
il disagio psicosociale  
i problemi relazionali  
l'abuso e la dipendenza da sostanze  
lo stato di disabilità  
la condizione deficitaria a livello intellettuale

Questa linea di condotta costituisce un primo criterio generale di ELEGGIBILITÀ che orienta sempre più i trattamenti psicologici dell'Area Adulti verso CHI presenta una sintomatologia associata o ad una vulnerabilità acquisita sul piano psicofisico, sociale o prestazionale o da una evidente SIGNIFICATIVITÀ clinica; ad esempio: un disturbo dell'adattamento a cui si associ un deterioramento significativo del funzionamento di “ruolo”: scolastico, lavorativo, relazionale...Immaginiamo una NEOMamma che ha vissuto un lutto recente e che questo si rifletta nella relazione con il suo bambino, compromettendone la funzione di accudimento.

Per cui la disponibilità dello psicologo e la spontanea richiesta dell'utente, pur rimanendo presupposti indispensabili al trattamento – nel setting dell'Area Adulti – non possono più essere considerati requisiti sufficienti per avviare percorsi psicoterapeutici CONSEQUENTI alla consulenza psicologica di primo ACCESSO (tre colloqui)...La giovane laureanda che soffre di una sintomatologia fobica di lieve entità, associata ad un conflitto irrisolto nella sfera dell'autostima che ne ostacola il progetto di vita, ha caratteristiche cliniche adeguate per una psicoterapia, ma sono assenti evidenti compromissioni funzionali, per cui non risponde ai criteri di eleggibilità ad un trattamento psicoterapeutico nel Servizio Pubblico.

D'altra parte noi assistiamo ad una variazione culturale che ha determinato un ampliamento della domanda di aiuto psicologico relativa anche alla soddisfazione soggettiva, alla qualità della vita, alla realizzazione del proprio progetto esistenziale, per le quali è sempre più frequente che le persone si rivolgano al servizio di Psicologia aspettandosi di poter soddisfare la propria RICHIESTA.

### **QUALI TRATTAMENTI PER QUALI PAZIENTI: Quali trattamenti**

Per le situazioni di patologia e di disfunzionalità l'area adulti offre una serie di trattamenti psicologici che appartengono alla propria pratica clinica:

- Consulenza
- Sostegno psicologico
- Psicoterapia a tempo definito
- Psicoterapia di gruppo
- Trattamento psicologico integrato
- Interventi di rete
- Collaborazione al progetto individuale di intervento

In questo momento più che mai, il Servizio Pubblico concorre a definire i criteri di ELEGGIBILITA' dei trattamenti sanitari, mediante il rispetto della regola che ogni attività clinica SATURI in modo ottimale i parametri di efficienza ed efficacia.

Questo orientamento ha richiesto anche all'area adulti di governare la propria pratica clinica in termini di COMPETENZA, eleggendo setting diversi e flessibili che privilegino il buon rapporto tra l'efficacia dei risultati e la durata del trattamento.

Questa linea di condotta ha comportato la necessità:

- 1) Di poter disporre di tutte le risorse tecniche in possesso degli psicologi, favorendo la massima collaborazione tra i professionisti (dal momento che nessuna teoria e tecnica da sola si è mostrata finora adeguata per affrontare la complessità dei problemi posti dalle persone.
- 2) Di concorrere all'organizzazione di interventi integrati e di rete dove collaborino tra loro più approcci, ad esempio: psicologico, farmacologico e sociale
- 3) Di eleggere come modello di psicoterapia le tecniche cosiddette brevi, sempre più indicate ed utilizzate nei servizi Pubblici: consultori, ospedali, cliniche pubbliche

Relativamente all'efficacia delle tecniche di trattamento a tempo definito le ricerche empiriche danno indicazioni incoraggianti:

- Howard (1986)

*Sulla base della meta analisi, ha concluso che la risposta dei pazienti al trattamento tende a seguire una curva logaritmica con un rapido incremento durante le prime sedute della terapia ed una riduzione del miglioramento nelle sedute successive*

- Blombreg (2001)

*su un'ampia popolazione di pazienti ha rilevato che l'incremento medio dei pazienti in psicoterapia dinamica è massima nei primi sei mesi*

*In relazione al rapporto costi-benefici nell'area della salute mentale non si sono fatte molte ricerche ma fra queste una delle più recenti, Beutle (2004), ha utilizzato i registri delle compagnie di assicurazione che segnalano una riduzione stabile durevole e significativa sia delle assenze dal lavoro che dei ricoveri ospedalieri nei pazienti che hanno beneficiato di un trattamento psicoterapeutico rispetto alla popolazione generale.*

## **Per quali pazienti.**

Riteniamo che un criterio che contribuisce in modo significativo a definire l'ELEGGIBILITA' ad un determinato trattamento sia costituito dal profilo di funzionamento mentale del paziente, ancor più che dal suo quadro sintomatologico.

Infatti il profilo di funzionamento mentale ci aiuta a comprendere meglio quali siano le risorse dei pazienti; i loro punti di forza e gli elementi su cui un determinato processo terapeutico può far leva per favorire il buon esito della cura.

Per cui si può dire che un trattamento acquista efficacia ed è congruo, quindi efficiente, quando è applicato in modo appropriato ad un paziente che è in grado di utilizzare determinate categorie mentali, quali ad esempio per la psicoterapia: consapevolezza della sofferenza, intatto esame di realtà, sufficienti capacità introspettive, motivazione al trattamento, ecc.

Alcune "vignette cliniche": Antonio, Francesco e Sara.

### *Psicoterapia a tempo definito.*

Antonio, 40 anni affetto da HIV, padre di un bambino di sette anni, concepito mediante fecondazione eterologa, riferisce uno stato dell'umore fluttuante che interferisce – a suo dire – con la capacità di mantenere un rapporto costantemente positivo col figlio: vive con angoscia la paura che la relazione con il figlio si deteriori e che il bambino non possa conservare un buon ricordo del padre (si intende dopo la morte).

Il FOCUS sembra essere la difficoltà emotiva del paziente a diventare padre di un figlio non biologico, in un contesto interiore dove angosce di morte e pulsioni di vita si intrecciano e fluttuano. In questo caso il paziente presenta una buona motivazione a comprendere, un buone esame di realtà, è possibile stabilire un focus ed un'alleanza terapeutica...inoltre è presente una condizione di vulnerabilità e di disagio relazionale. Ci sono quindi le caratteristiche cliniche adeguate per avviare senz'altro una psicoterapia a tempo definito.

### *Sostegno psicologico.*

Franco, 25 anni, ha problemi di dipendenza da eroina. Si presenta al SERT dove assume una terapia farmacologica per effettuare la disintossicazione. Intanto avvia alcuni colloqui con l'assistente sociale. Chiede aiuto, ma è ambivalente; trova conforto nell'essere ascoltato; ha bisogno di parlare di sé, ma salta i colloqui.

Mantiene un contatto discontinuo col SERT, fino a quando, in seguito a nuove ricadute nell'uso di sostanze, prova il bisogno di capire che cosa gli stia succedendo.

La psicologa che ora lo prende in carico, a fronte di evidente fragilità di adattamento, considera la richiesta di aiuto di Franco e il suo conforto nell'essere ascoltato e il suo bisogno di capire sé stesso come risorse adeguate per avviare un sostegno psicologico, integrato al trattamento farmacologico; sostegno che prevede, da parte della psicologa, la disponibilità di accettare nella prima fase di trattamento gli appuntamenti mancati ed i ritorni successivi fino al raggiungimento di un'alleanza terapeutica che permetta una maggiore efficacia dei trattamenti.

### *Interventi di rete/trattamenti integrati*

Sara ha 30 anni, è affetta da sindrome di Down.

È già inserita in un progetto lavorativo, quando i genitori chiedono per lei un aiuto psicologico, poiché ha sviluppato un disturbo alimentare.

Dai colloqui con i genitori e la ragazza, la psicologa può definire il sintomo di Sara reattivo alla nascita del nipotino che avrebbe suscitato in lei una sorta di competizione al fine di mantenere l'attenzione dei genitori (diventati nonni), su di sé.

La psicologa individua come risorsa utile per effettuare un trattamento psicologico la motivazione dei genitori ad aiutare la figlia ed attiva un intervento di rete che integri il sostegno dato ai genitori, per favorire la loro comprensione della nuova dinamica familiare, con un intervento farmacologico e sociale a favore di Sara.

## CONCLUSIONI

Le ricerche effettuate all'interno dei Servizi Pubblici da Gallo, Rucci, et Al. (2000-2002) hanno confermato l'assenza di criteri chiari e condivisi per definire le indicazioni dei trattamenti psicologici ed in particolare della psicoterapia.

“In generale vi è un accordo sull'opportunità di offrire ai pazienti una gamma più vasta possibile di interventi terapeutici modellati sui loro specifici bisogni e possibilità” (Parry 1992).

I criteri di eleggibilità ai trattamenti sono stati concordati e confezionati all'interno dell'azienda AUSL di Rimini, dal gruppo clinico professionale di psicologi che opera in tale specifica realtà, mettendo in campo le proprie competenze e l'esperienza clinica, al di là delle diverse appartenenze organizzative e degli individuali modelli teorici di riferimento.

D'altra parte i criteri sono strumenti operativi utili all'Istituzione per definire la cornice, il contesto in cui il professionista, in questo caso lo psicologo, possa stabilire i propri setting, necessari a svolgere la pratica clinica.

I criteri, in quanto strumenti operativi, non sono mai definiti per sempre, ma rimangono sensibili ai cambiamenti sia dell'Organizzazione sia della professione, sia della nuova utenza.

Infatti ogni strumento, che rimanga nel tempo appropriato, necessita di flessibilità e di una messa a punto continua.

<b>PROGRAMMA DI PSICOLOGIA Ausl di Rimini</b>	<b>Protocollo localmente concordato per LA DIAGNOSI E IL TRATTAMENTO DELLA DEPRESSIONE POST PARTUM</b>	
---	--	--

## SOMMARIO

1. Introduzione.....	81
1.1. Inquadramento teorico .....	81
1.2. Target di riferimento .....	82
2. Fattori di rischio.....	82
3. Strumenti e modalità per la Diagnosi.....	82
4. Strumenti e modalità per il trattamento .....	83
5. Criteri di eleggibilità.....	83
6. Criteri di Accesso .....	83
7. Documenti di registrazione.....	84
8. Riferimenti bibliografici .....	84

Conduttori del gruppo:

Dott.ssa Agostini Anna Maria

Dott. Tarducci Sergio

Dott.ssa Russo Maria M.

Dott. Crescentini Augusto

Dott. Del Papa Giorgio

Dott.ssa Fabbri Gabriella

Dott.ssa Felici Bellicchi Maria Cristina

Dott. Marchetti Daniele

Dott.ssa Orlandi Monica

Dott.ssa Pratelli Michela

dott.ssa Tattini Manuela

Figura di supporto:

Dott.ssa Salucci Michela

<b>PROGRAMMA DI PSICOLOGIA Ausl di Rimini</b>	<b>Protocollo localmente concordato per LA DIAGNOSI E IL TRATTAMENTO DELLA DEPRESSIONE POST PARTUM</b>	
---	--	--

## 1. INTRODUZIONE

### 1.1 INQUADRAMENTO TEORICO

La depressione post-partum (dal latino “dopo il parto”) è una particolare forma di disturbo emotivo che colpisce alcune donne a partire dal 3° o 4° giorno seguente la gravidanza e che può avere una durata di diversi giorni, manifestandosi in qualche caso come depressione vera e propria, accompagnata da forme di psicosi.

Le tipologie di quella che comunemente, ma non correttamente, viene chiamata “depressione post-partum” sono quindi essenzialmente tre:

- Il baby blues
- La depressione post-partum
- La psicosi postpartum

#### Il babyblues

Chiamato anche blues post-partum, si manifesta attraverso frequenti e prolungate crisi di pianto, stati di tristezza e di ansia e, sebbene sia una condizione di disagio, tende a scomparire nell’arco di quindici giorni al massimo, non richiedendo particolari cure che non siano affidate al buonsenso, alla pazienza ed all’assistenza di coloro che circondano le donne che ne sono colpite. Si manifesta in un numero elevato di casi tra le neo-mamme, in una percentuale che supera il 70%.

#### La depressione post-partum

I sintomi sono quelli su riportati, che si manifestano in forme mutevoli per durata e per frequenza ma di intensità maggiore che non quelli del “babyblues”. Il fenomeno è riscontrato in circa il 10% delle donne che hanno appena partorito, con un incremento del 30% se sono state colpite dalla stessa depressione, in occasione di un parto precedente. La percentuale sale sensibilmente in presenza di donne che hanno già manifestato in passato disturbi mentali di varia natura. La durata dei sintomi varia da qualche settimana ad un anno, con rischi di ricomparsa successiva e la cura consiste nella somministrazione di antidepressivi (con conseguente interruzione dell’allattamento) e con la psicoterapia, da proseguire anche oltre la scomparsa dei sintomi.

#### La psicosi post-partum

È la forma più grave di depressione e richiede misure mediche tempestive. I sintomi comprendono stati di agitazione, confusione, pessimismo, disagio sociale, insonnia, paranoia, allucinazioni, tendenze suicide o omicide nei confronti del bambino. La casistica delle psicosi post-partum è di una neomamma ogni mille e in alcuni casi si rende necessario il ricovero in ospedale e una serie di cure adeguate alle forme di psicosi riscontrate.

È importante ricordare che una **depressione post-partum non curata** tende a cronicizzare, che la depressione della madre riduce le possibilità di sviluppare una buona sintonia col bambino, cosa che aumenta il disagio e complica la soluzione del quadro depressivo stesso.

La gravità può variare da episodi di **depressione minore**, (spesso non diagnosticati, perché il funzionamento della madre è apparentemente buono anche se i vissuti e le esperienze emotive sono di tipo depressivo, per il riemergere di conflittualità non risolte con le figure significative di riferimento) fino ad episodi di **grave depressione maggiore**.

#### Sintomi della depressione post-partum

Le madri affette da questa patologia provano una **eccessiva preoccupazione** o **ansia**, sono estremamente **irritabili** e si sentono **sovraccariche** e **sotto pressione**; è spesso presente una generale **difficoltà nel prendere decisioni**, l’umore è **depresso**, sono frequenti sentimenti di **colpa** e **perdita di speranza nel futuro** unita ad una marcata **perdita di interesse** o di piacere nel fare le cose.

Sia il **sonno** che l’**appetito** sono **compromessi**: il sonno è disturbato (può essere presente insonnia o ipersonnia), e l’appetito può variare grandemente, dall’iporessia a franchi episodi bulimici; possono comparire sintomi fisici (solitamente dolori, parestesie, debolezza muscolare).

Alcuni sintomi specifici riguardano la relazione madre-bambino e spesso acquiscono nella madre sentimenti di colpa, vergogna e inidoneità al ruolo di madre. In particolare è molto frequente

- avvertire il bambino come un peso,
- non riuscire a provare emozioni nei confronti del bambino,
- sentirsi inadeguate nella cura del bambino, avere paura di restare sole con lui,

<b>PROGRAMMA DI PSICOLOGIA Ausl di Rimini</b>	<b>Protocollo localmente concordato per LA DIAGNOSI E IL TRATTAMENTO DELLA DEPRESSIONE POST PARTUM</b>	
---	--	--

- non riuscire a concentrarsi nelle cose quotidiane, che hanno a che fare con l'interazione madre-bambino (riconoscimento dei bisogni reciproci, sintonizzazione emotiva, le semplici cure parentali),
- l'umore triste,
- la debolezza,
- la difficoltà a fare qualsiasi cosa,
- la mancanza di gioia, anche nella cura del piccolo,
- l'insonnia,
- la difficoltà di concentrazione,
- l'ansia eccessiva per la salute del bambino (ogni piccolissima cosa diventa una tragedia),
- i sensi di colpa, la sensazione di inadeguatezza e di incapacità come mamma,
- pensieri di morte, che devono allertare immediatamente, perché potrebbero indicare che è in agguato la forma più grave.

## 1.2 TARGET DI RIFERIMENTO

Le donne che risultano eleggibili dal depistaggio sui fattori di rischio in gravidanza e post-partum.

Le puerpere con sintomatologia depressiva inviate dalle porte di accesso dei servizi.

## 2 FATTORI DI RISCHIO

Una serie di condizioni è stata individuata come più frequente nelle madri che sono andate incontro a depressione post-partum. I principali fattori di rischio individuati sono:

### Fattori di rischio psicologici e individuali

- Episodi di ansia o depressione durante la gravidanza
- Situazione pregressa di stati depressivi o altra patologia psichiatrica precedente al parto
- Precedenti episodi di depressione post partum
- Storia personale o familiare di depressione
- Storia di sindrome premestruale o disturbo disforico premestruale
- Disturbi della funzionalità tiroidea

### Fattori di rischio psicosociali

- Eventi traumatici nell'ultimo anno (lutti)
- Recenti cambiamenti di vita
- Gravidanza non pianificata
- Presenza di difficoltà legate al parto/neonato con seria patologia
- Parto gemellare
- Conflitti coniugali
- Depressione del partner
- Isolamento sociale o condizioni socioeconomiche sfavorevoli
- Donne sole/figura paterna non collaborante/assenza supporto del gruppo parentale di riferimento
- Inadeguate relazioni sociali
- Disoccupazione
- Altri bambini piccoli da accudire
- Donne immigrate
- Episodi di violenza/abuso

## 3 STRUMENTI E MODALITÀ PER LA DIAGNOSI

Gli strumenti utilizzabili si possono essere:

Il **colloquio clinico**, sempre necessario ed a volte sufficiente alla diagnosi psicologica

<b>PROGRAMMA DI PSICOLOGIA Ausl di Rimini</b>	<b>Protocollo localmente concordato per LA DIAGNOSI E IL TRATTAMENTO DELLA DEPRESSIONE POST PARTUM</b>	
---	--	--

La scala per valutare la depressione nelle mamme: *Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)*

Test di personalità come l'MMPI-2 per verificare l'eventuale necessità di un invio allo psichiatra

Test per valutare le modalità dell'attaccamento nell'adulto: es.: l'AAI

Inoltre sono da segnalare test standardizzati che valutano Depressione e Ansia, Test proiettivi, strumenti sulla percezione della gravidanza e del parto e i questionari per rilevare i sintomi da stress.

#### 4 STRUMENTI E MODALITÀ PER IL TRATTAMENTO

Trattamenti di elezione:

1) Psicoterapia a tempo definito con definizione di numero minimo di sedute (8) e massimo (12). Altri elementi del contratto terapeutico: eventualmente terapia focale

Obiettivi del trattamento:

- elaborazione lutto/separazione,
- aumento del livello di consapevolezza,
- rafforzamento dell'Io ed attivazione delle sue risorse,
- miglioramento delle performance e dei comportamenti adattivi (soprattutto relativi al processo di attaccamento ed accudimento del neonato),

2) Sostegno psicologico: con definizione di numero minimo di sedute (8) e massimo (12).

Obiettivi del trattamento:

- apprendimento di strategie di problem solving
- promuovere le risorse e le capacità adattive,

3) Psicoterapia di gruppo: con definizione di numero minimo di sedute e massimo. Altri elementi del contratto terapeutico: gruppi semi aperti e a tempo definito per ogni paziente

Obiettivi del trattamento:

- promuovere il confronto/rispecchiamento
- promuovere nuove strategie adattive
- promuovere la rielaborazione di vissuti legati alla maternità

#### 5 CRITERI DI ELEGGIBILITÀ

1) Psicoterapia a tempo definito- Criteri di inclusione:

- presenza di un Io strutturato,
- sufficienti capacità di introspezione,
- sufficienti risorse relazionali .

2) Sostegno psicologico - Criteri di inclusione:

- presenza di un Io fragile,
- insufficienti capacità di introspezione,
- condizioni di vulnerabilità sociale

3) Psicoterapia di gruppo - Criteri di inclusione:

- esame di realtà integro,
- sufficienti risorse relazionali,
- assenza di disturbi di personalità di tipo paranoide, borderline, e in genere dei cluster A e B.

#### 6 CRITERI DI ACCESSO

Accesso dell'utenza:

- **Area consultoriale:** operatori/professionisti dell'area consultoriale che hanno avuto la possibilità di eseguire una valutazione sul rischio,
- **Servizi di Salute Mentale** (che hanno in carico le utenti prima dello stato di gravidanza o a cui accedono le utenti in stato di gravidanza o subito dopo il parto per problematiche psichiatriche e/o di disagio psicologico),
- **Pediatri di Libera Scelta o Medici di Medicina Generale** che individuano situazioni a rischio tra i loro assistiti e che possono quindi procedere ad un "invio protetto" dell'utente ai servizi competenti dell'Azienda
- **Area Ospedaliera:** Neonatologia, Pediatria, Ostetricia/Ginecologia.

<b>PROGRAMMA DI PSICOLOGIA Ausl di Rimini</b>	<b>Protocollo localmente concordato per LA DIAGNOSI E IL TRATTAMENTO DELLA DEPRESSIONE POST PARTUM</b>	
---	--	--

#### **7 DOCUMENTI DI REGISTRAZIONE**

- Cartelle cliniche,
- Fogli di notazione dei test
- Questionario di rilevamento dei fattori di rischio

#### **8 RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI**

- Linee Guida per la prevenzione e la cura dei disturbi psichici delle donne dopo il parto, a cura della Dott.ssa Susanne Knuppel Ghisletta della Scuola Superiore per le formazioni sanitarie (Stabio-Svizzera) 2004.
- W. Flegenheimer (1986), "Psicoterapia breve", Raffaello Cortina Editore.
- Gabbard G.O., Lazar S.G., Hornberger J. & Spiegel D. (1997). "The economic impact of psychotherapy". A review. American Journal of Psychiatry, 154, 147-155.
- F. Monti , F. Agostini , "Complessità della maternità psichica: la depressione post-partum", Università degli Studi di Bologna, 2006, Convegno, Riva del Garda, 6-7 ottobre 2006
- A. Roth & P. Fonagy (1997), "Psicoterapie e prove di efficacia. Quale terapia per quale paziente"

<b>PROGRAMMA DI PSICOLOGIA Ausl di Rimini</b>	<b>Protocollo localmente concordato per LA DIAGNOSI E IL TRATTAMENTO DELLE PROBLEMATICHE PSICOLOGICHE CONNESSE A I.V.G.</b>	
---	---	--

## SOMMARIO

1. Introduzione.....	86
1.1. Inquadramento teorico .....	86
1.2. Target di riferimento e bisogni associati.....	86
2. Fattori di rischio.....	87
3. Strumenti e modalità per la Diagnosi.....	87
4. Criteri di Eleggibilità e Strumenti e modalità per il trattamento.....	87
5. Criteri di Accesso .....	88
6. Documenti di registrazione.....	88
7. Riferimenti bibliografici .....	88

Conduttori del gruppo:  
Dott.ssa Agostini Anna Maria  
Dott. Tarducci Sergio

Dott.ssa Russo Maria M.

Dott. Crescentini Augusto  
Dott. Del Papa Giorgio  
Dott.ssa Fabbri Gabriella  
Dott.ssa Felici Bellicchi Maria Cristina  
Dott. Marchetti Daniele  
Dott.ssa Orlandi Monica  
Dott.ssa Pratelli Michela  
dott.ssa Tattini Manuela  
Figura di supporto:  
Dott.ssa Salucci Michela

<b>PROGRAMMA DI PSICOLOGIA Ausl di Rimini</b>	<b>Protocollo localmente concordato per LA DIAGNOSI E IL TRATTAMENTO DELLE PROBLEMATICHE PSICOLOGICHE CONNESSE A I.V.G.</b>	
---	---	--

## 1. INTRODUZIONE

### 1.1 INQUADRAMENTO TEORICO

Attualmente in Italia qualsiasi donna può richiedere l'interruzione volontaria di gravidanza (IVG) entro i primi 90 giorni di gestazione per motivi di salute, economici, sociali o familiari. Dal 1978 questo intervento è regolato dalla legge 194 "Norme per la tutela della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza" che sancisce le modalità del ricorso all'aborto volontario. L'intervento può essere effettuato presso le strutture pubbliche del Sistema Sanitario Nazionale e le strutture private convenzionate ed autorizzate dalle Regioni. Presso i consultori familiari (legge 405/75) si effettuano le certificazioni per IVG.

L'azienda Unità Sanitaria Locale, secondo quanto previsto dal DPCM 29 novembre 2001 "Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza", può offrire attività psicologica riconducibile a prestazioni psicoterapeutiche, psicologiche e di indagini diagnostiche alle donne. Per quanto riguarda in particolare la salute della donna il D.P.C.M. 29.11.2001 sulla definizione dei L.E.A., tra le prestazioni presenti nell'Assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare, annovera: Assistenza sanitaria e sociosanitaria alle donne; educazione alla maternità responsabile e somministrazione dei mezzi necessari per la procreazione responsabile; assistenza alle donne in stato di gravidanza, assistenza all'I.V.G.

Rispetto, in particolare all'I.V.G., la letteratura specifica evidenzia che i sentimenti negativi dopo l'interruzione di gravidanza siano frequenti, ma del tutto transitori. Si stima che la percentuale di donne che sperimenta una depressione post aborto vada dal 6 al 20 %, mentre il 17% delle donne sperimenterebbe uno stato mentale caratterizzato da senso di colpa, disistima, dispiacere, rabbia e sentimenti di perdita.

Per la maggior parte delle donne l'aborto legale, come soluzione ad una gravidanza non desiderata è seguito da una miscela di emozioni tra cui prevalgono sentimenti positivi di sollievo. Il tema della scelta abortiva, per quanto riconosciuta come dolorosa, è comunque considerata espressione di autodeterminazione, dunque catalogata fra i gesti positivi della autonomia della persona.

Il supporto psicologico nella fase decisionale della donna si fa indispensabile quando questa è una minore o quando le conflittualità psicologiche ostacolano la donna rispetto alla responsabilità ed autonomia nel suo processo decisionale.

Il supporto psicologico post-aborto non è ritenuto indispensabile, eccetto che per i casi in cui problematiche psicologiche pregresse si acquisiscono o innestano nell'evento attuale di scelta e attuazione dell'I.V.G. I colloqui con lo psicologo nella fase decisionale pre-abortiva sono comunque in questo caso la miglior forma di intervento per la prevenzione del disagio mentale .

### 1.2 TARGET DI RIFERIMENTO E BISOGNI ASSOCIATI

Il target di riferimento è la donna in fase di richiesta/attuazione di IVG.

Con il Progetto Obiettivo Materno Infantile il SSN ha inteso promuovere la salute della donna e del bambino nel suo naturale percorso di crescita sia sul piano preventivo e sociale, sia mediante una adeguata e qualificata copertura sanitaria. Si rende tuttavia necessario considerare che l'area della salute materno-infantile presenta alcune specificità di cui è necessario tenere conto nell'organizzazione dei servizi e dell'assistenza sanitaria. L'avvento di una gravidanza e la scelta di portarla a termine o meno, è un momento delicato e particolare nella vita della donna, ma non certo patologico. L'assistenza psicologica, sia in termini di programmi di diagnosi che di trattamenti, deve quindi essere modulata nel rispetto della specificità delle situazioni e dei bisogni, e saper cogliere e trattare tempestivamente la patologia senza portare ad una medicalizzazione indiscriminata e non necessaria.

L'assistenza psicologica clinica per la salute mentale della donna, come per ogni altro campo, devono prevedere la copertura ed il raccordo delle due macro aree: quella della prevenzione, promozione della salute e consulenza oltre che quella dell'assistenza in termini di diagnosi e presa in carico (sostegno e cura) .

Entro questo contesto vanno modulati gli interventi di consulenza all'interruzione volontaria di gravidanza e di assistenza psicologica nell'eventuale scelta dell'interruzione volontaria della gravidanza da parte della donna.

Devono inoltre essere sempre garantiti gli interventi di sostegno e di presa in carico psicologico delle minorenni che intendono interrompere la gravidanza (L.194/78).

La maternità rappresenta un cambiamento radicale della identità, un passaggio irreversibile da una fase della vita ad un'altra e una verifica del proprio sentimento di identità.

I momenti caratterizzanti la psicodinamica gravidica sono essenzialmente due: maturazione e regressione; è necessario tuttavia che la maturazione prevalga, nel confronto tra le due forze dinamiche, affinché la donna possa divenire madre o possa fare una scelta responsabile e consapevole di I.V.G..

<b>PROGRAMMA DI PSICOLOGIA Ausl di Rimini</b>	<b>Protocollo localmente concordato per LA DIAGNOSI E IL TRATTAMENTO DELLE PROBLEMATICHE PSICOLOGICHE CONNESSE A I.V.G.</b>	
---	---	--

Il lutto fisiologico legato all'IVG prevede uno specifico lavoro di elaborazione della donna, sia della percezione di sé, sia di quella del figlio immaginario; questo doppio piano di perdita differenzia il lutto legato all'IVG, da quello legato ad altri eventi di perdita, rendendone più difficile il lavoro di elaborazione. Rispetto a questo occorre saper differenziare quando il dolore per il lutto è "fisiologico", da quando esso possa diventare un evento traumatico/stressante tale da produrre disagio psichico, diventando l'esperienza abortiva stessa un fattore patogenetico nella salute psichica della donna.

## 2 FATTORI DI RISCHIO

I fattori di rischio, suddivisi tra oggettivi (socio-ambientali, famigliari, biologico-fisici) e soggettivi (psicologico individuali), potrebbero essere così riassunti:

Soggettivi:

- Che dimostrano difficoltà decisionali
- Con bassa autostima e autocolpevolizzazioni
- Con sentimenti di sconforto prolungato e ambivalenza prima dell'aborto
- Quando la decisione dipende da fattori esterni (es.: economici), da problematiche di salute della donna o da possibili complicanze fisiche (rischio di patologie fisiche per la madre o per il nascituro)
- Presenza di precedenti disturbi psicologici

Oggettivi:

- Donne minorenni / adolescenti
- Donne immigrate
- Donne senza un partner di sostegno
- Di cultura o religione che proibiscono l'aborto
- Che hanno avuto aborti multipli
- Al secondo trimestre di gravidanza
- Con basso sostegno sociale (reale o percepito)
- Quando subentra una crisi legata alla gravidanza nelle relazioni interpersonali primarie
- Alta conflittualità con il partner
- Gravidanza a seguito di abuso sessuale/ incesto
- Presenza di episodi di abuso sessuale/violenza domestica/incesto

## 3 STRUMENTI E MODALITÀ PER LA DIAGNOSI

Colloquio clinico, indispensabile e strumento sufficiente nella gran parte dei casi.

Eventualmente in aggiunta:

- Test per rilevare gli stressor di vita
- Test di personalità per proporre l'eventualità di un trattamento psicoterapico

## 4 CRITERI DI ELEGGIBILITÀ E STRUMENTI E MODALITÀ PER IL TRATTAMENTO

Se le figure filtro (ostetrica, assistente sociale, medico) evidenziano nella donna sentimenti persistenti di rabbia, colpa e incapacità a far propria la decisione di abortire (spie di conflitti e problematiche psicologiche), durante qualsiasi momento del percorso di decisione per l'I.V.G., lo psicologo offre **consulenza psicologica pre e post abortiva** ed eventuale **sostegno psicologico post abortivo**.

Il colloquio pre-abortivo è garantito entro sette giorni dall'invio.

Nel caso si ravvisi l'indicazione per un sostegno psicologico, che avrà caratteristiche di un trattamento focale per il quale sono previste da un minimo di 4 ad un massimo di 8 sedute.

Criteria di eleggibilità al **sostegno psicologico** individuale

- esame di realtà integro
- presenza di una conflittualità, anche in parte espressa, relativa alla gravidanza

Lo psicologo presta la sua competenza clinica anche attraverso supervisioni ad assistenti sociali ed ostetriche.

<b>PROGRAMMA DI PSICOLOGIA Ausl di Rimini</b>	<b>Protocollo localmente concordato per LA DIAGNOSI E IL TRATTAMENTO DELLE PROBLEMATICHE PSICOLOGICHE CONNESSE A I.V.G.</b>	
---	---	--

Nei casi in cui l'I.V.G. contribuisca ad innescare o peggiorare un disturbo psicologico o relazionale si può prevedere l'indicazione per un trattamento individuale, di coppia o di gruppo. Si faccia riferimento a tal proposito ai protocolli localmente concordati sui disturbi della sfera emotiva e sulla famiglia disfunzionale.

## **5 CRITERI DI ACCESSO**

- Su invio dell'ostetrica
- Su invio del medico-ginecologo
- Su invio del medico di base
- Accesso spontaneo

## **6 DOCUMENTI DI REGISTRAZIONE**

- Cartella clinica con rilevazione dei colloqui
- Eventuali test

## **7 RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI**

- Adler N. et al., 1990, *Psychological Responses After Abortion*. Science, Apr., pp. 40-42
- Ammaniti M., 1992, *La gravidanza tra fantasia e realtà*, Il Pensiero scientifico, Roma
- Andreoli P., 1978, *Il ventre maligno; note sulla clinica psicosomatica del post-aborto*. In: *Sessuologia*, Ott. – Dic., n.4
- Boccuzzo G., Buratta V., Frova L., 1997, *L'interruzione volontaria di gravidanza in Italia. Un quadro socio-demografico e sanitario dalla legge 194 ad oggi*. ISTAT Roma.
- Bordi S. et al. 1976, *Aborto come vissuto nella realtà psichica e nel mondo esterno*, in *Rivista di Psicanalisi*, apr.-giugno, n.2
- Carini R., Finzi I. 1987, *Aborto volontario ripetuto e desiderio di gravidanza*. Franco Angeli, Milano.
- Cohen L., Roth S.H., 1984, *Coping with abortion*. J.Human. Stress, n.10 pp. 140-145.
- Gius E., Cavanna E., 1988 *Maternità negata*. Giuffré Editore, Milano.
- Ministero della Salute. *Relazione sulla attuazione della Legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e per l'interruzione volontaria di gravidanza (legge 194/78). Dati preliminari 2002 e dati definitivi 2001*. Roma
- Russo M.M., *Fattori psicologici della interruzione di gravidanza*, relazione al convegno tenutosi a Rimini nell'aprile 2003
- World Health Organization. *Safe abortion: technical and policy guidance for health systems*. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2003.

<b>PROGRAMMA DI PSICOLOGIA Ausl di Rimini</b>	<b>Protocollo localmente concordato PER LA DIAGNOSI E IL TRATTAMENTO DEI DISTURBI DELLA SFERA EMOTIVA</b>	
---	---	--

## SOMMARIO

1. Introduzione.....	90
1.1. Inquadramento teorico e Target di riferimento .....	90
2. Fattori di rischio.....	92
3. Strumenti e modalità per la Diagnosi.....	92
4. Strumenti e modalità per il trattamento .....	92
5. Criteri di eleggibilità.....	93
6. Criteri di Accesso .....	94
7. Documenti di registrazione.....	94
8. Riferimenti bibliografici .....	95

Conduttori del gruppo:

Dott.ssa Agostini Anna Maria

Dott. Tarducci Sergio

Dott. Crescentini Augusto

Dott. Del Papa Giorgio

Dott.ssa Fabbri Gabriella

Dott.ssa Felici Bellicchi Maria Cristina

Dott. Marchetti Daniele

Dott.ssa Orlandi Monica

Dott.ssa Pratelli Michela

dott.ssa Tattini Manuela

Figura di supporto:

Dott.ssa Salucci Michela

<b>PROGRAMMA DI PSICOLOGIA Ausl di Rimini</b>	<b>Protocollo localmente concordato PER LA DIAGNOSI E IL TRATTAMENTO DEI DISTURBI DELLA SFERA EMOTIVA</b>	
---	---	--

## 1. INTRODUZIONE

### 1.1 INQUADRAMENTO TEORICO E TARGET DI RIFERIMENTO

I disturbi della sfera emotiva, in particolare nelle configurazioni di disturbi d'ansia e dell'umore, costituiscono la condizione psicopatologica più frequente dell'età adulta ( Kaplan-Sadorr-Grebb).

I disturbi della sfera emotiva consistono in risposte inappropriate ad un determinato stimolo interno o esterno a causa della sua intensità o della sua durata; essi possono determinare nella persona una condizione di malessere e di disgregazione tale da poter influenzare, anche gravemente, diverse funzioni del comportamento normale di un individuo relativo all'area affettiva, all'area psicosociale, all'area professionale e all'area della cura di sé e dell'autostima. A questo proposito il DSMIV-TR propone una scala per la valutazione del funzionamento globale della persona presente nell'asse v, ed una scala di funzionamento sociolavorativo. Nella gran parte di queste forme patologiche, fatta eccezione per alcuni quadri maniacali e depressivi, si nota uno stato di sofferenza cosciente; la persona, infatti, mantiene un buon livello di relazione con la realtà e riesce ad avere un'immagine congrua di sé stessa; per cui, consapevole dei propri disturbi che sente inaccettabili, entra in contatto con il proprio malessere. Per questo è normalmente capace di chiedere aiuto e di poter utilizzare efficacemente lo strumento clinico psicologico.

Gli stati patologici che concorrono a formare il quadro dei disturbi della sfera emotiva sono essenzialmente tre:

- 1) disturbi d'ansia
- 2) disturbi dello stato dell'umore
- 3) disturbi di adattamento<sup>1</sup>

#### DISTURBI D'ANSIA

L'ansia patologica è una risposta inappropriata ad un determinato stimolo interno (pulsione), o esterno (fattore stressante ambientale), in virtù della sua intensità o durata. Dal punto di vista pratico l'ansia patologica si differenzia da quella fisiologica, che si accompagna alla crescita, al cambiamento, alla ricerca della propria identità, attraverso l'accertamento da parte dei pazienti, dei loro familiari, o del terapeuta, della reale presenza di un marcato disagio. Tali valutazioni si basano sui vissuti interiori riferiti dai pazienti, sui loro comportamenti e sulle loro alterate capacità di funzionare normalmente. I disturbi d'ansia, considerati come gruppo, sono i più diffusi fra tutti i principali gruppi di disturbi psicopatologici. Fanno parte di questo gruppo diverse condizioni cliniche che concorrono a formare i disturbi ansiosi, classificati dal DSM-IV TR sull'asse I. Le tipologie dei disturbi d'ansia che solitamente richiedono l'intervento dello psicologo sono:

- disturbo da attacchi di panico
- disturbi fobici
- disturbo ossessivo-compulsivo (DOC)
- disturbo post-traumatico da stress
- disturbo d'ansia generalizzato

#### **Disturbo da attacchi di panico:**

E' caratterizzato dalla comparsa spontanea ed intensa di attacchi di panico. Sono episodi di durata relativamente breve (solitamente meno di un'ora), di intensa ansia o paura accompagnata da sintomi somatici, come palpitazioni o tachipnea.

Il disturbo di panico è spesso accompagnato da agorafobia, considerata una complicazione.

Il DSM IV comprende il disturbo da attacchi di panico con e senza agorafobia.

#### **Disturbi fobici:**

L'ansia fobica è una paura irrazionale che determina un evitamento conscio dell'oggetto, dell'attività o della situazione temuta.

Sia la presenza, sia l'anticipazione dell'entità fobica , suscita un profondo disagio che la stessa persona colpita riconosce come eccessivo.

<sup>1</sup> Sotto questa accezione il DSM IV raccoglie alcune condizioni cliniche, fra le quali quelle relative al "ciclo di vita" e agli "episodi di lutto".

<b>PROGRAMMA DI PSICOLOGIA Ausl di Rimini</b>	<b>Protocollo localmente concordato PER LA DIAGNOSI E IL TRATTAMENTO DEI DISTURBI DELLA SFERA EMOTIVA</b>	
---	---	--

**Disturbo ossessivo-compulsivo:**

Una ossessione è un pensiero, sentimento, idea o sensazione ricorrente o intrusiva. Una compulsione è un atto mentale o comportamento conscio, standardizzato e ricorrente.

E' un disturbo disabilitante poiché incide significativamente sul livello di adattamento socio-ambientale dell'individuo

**Disturbo post-traumatico da stress:**

Prevede che il paziente così diagnosticato abbia vissuto uno stress emozionale di portata tale da essere traumatico per chiunque. La portata traumatica è maggiore per le esperienze che abbiano la caratteristica di essere imprevedibili, incontrollabili ed indesiderabili.

Il disturbo consiste nel:

- 1) rivivere il trauma attraverso sogni e fantasie a occhi aperti
- 2) evitare con persistenza ciò che ricorda il trauma
- 3) manifestare un consistente aumento della vigilanza

Secondo il DSMIV la durata minima dei sintomi del disturbo post-traumatico è di un mese. Può comparire ad ogni età, ma ha una maggior prevalenza nei giovani adulti.

**Disturbo d'ansia generalizzato:**

E' definito nel DSMIV-TR come una preoccupazione eccessiva e pervasiva, accompagnata da una varietà di sintomi somatici che causa una significativa alterazione del funzionamento sociale o lavorativo o forte disagio nella persona.

**DISTURBI DELLO STATO DELL' UMORE**

L'umore è lo stato emozionale interno di una persona. Può essere normale, elevato o depresso. Le persone normale sperimentano un'ampia gamma di umori e di affetti – che ne sono l'espressione esterna- e ne mantengono sufficientemente il controllo. I disturbi dell'umore sono un gruppo di condizioni cliniche caratterizzate dalla perdita di quel senso di controllo e dalla esperienza soggettiva di grave malessere.

Altri segni e sintomi dei disturbi dell'umore includono cambiamenti nel livello di attività, nelle capacità cognitive, nel linguaggio e nelle funzioni vegetative. Questi cambiamenti quasi sempre provocano significativi disturbi dei rapporti interpersonali, sociali e lavorativi. Lo psicologo può offrire trattamenti d'elezione nei casi lievi di depressione (depressione psicogena, depressione reattiva<sup>2</sup>, distimia, depressioni minori, depressioni sottosoglia); nelle situazioni di depressione maggiore o endogena e nei disturbi bipolari, l'apporto dello psicologo è associato al trattamento psichiatrico/farmacologico e assume una forma supportiva.

Attualmente, i disturbi dello stato dell'umore, comprendono, come gruppo, diverse forme patologiche:

- disturbi dell'umore
- disturbi bipolari

**Disturbi dell'umore:**

Appartengono a questa categoria diverse forme patologiche:

**Depressione maggiore:** è caratterizzata da profonda afflizione, perdita di interesse, sintomi somatici e disturbi del pensiero.

**Distimia:** disturbo depressivo cronico caratterizzato da tristezza, differisce dalla depressione maggiore per il maggior tempo per cui si protrae (almeno 2anni), e per la forma più attenuata che assume.

**Disturbi bipolari:**

Presenza di episodi depressivi e maniacali nella stessa persona, con prevalenza dell'una o dell'altra sintomatologia o, ciclicamente, di entrambe.

**Ciclotimia:** forma lieve di disturbo bipolare, definibile anche come “disturbo cronico dell'umore”.

---

<sup>2</sup> Depressione psicogena: reattiva e neurotica, nella distinzione abituale; distimia e ciclotimia secondo i quadri clinici riportati dal DSM IV

<b>PROGRAMMA DI PSICOLOGIA Ausl di Rimini</b>	<b>Protocollo localmente concordato PER LA DIAGNOSI E IL TRATTAMENTO DEI DISTURBI DELLA SFERA EMOTIVA</b>	
---	---	--

#### DISTURBI DI ADATTAMENTO:

I disturbi di adattamento si riferiscono sia alle difficoltà relative ai cambiamenti dovuti al ciclo di vita sia agli avvenimenti che comportano il dolore del lutto.

Il lutto è un'esperienza legata alla perdita, non necessariamente alla morte. Essere in lutto significa soffrire perché si è arrivati alla fine di qualcosa (ciclo di vita): un progetto, una relazione, un desiderio che non si realizzerà mai, la comunicazione di una malattia, la nascita di un figlio handicappato, ecc.

Le fasi del lutto sono simili in tutte le culture e sono essenzialmente 5:

- 1) negazione della realtà e isolamento come meccanismi di difesa non risolutivi
- 2) rabbia nei confronti del "colpevole" e sentimenti di colpa reattivi alla rabbia provata
- 3) autorecriminzioni e autocolpevolizzazione
- 4) depressione caratterizzata da 2 modalità: una più profonda relativa ai legami affettivi ed una legata agli aspetti pratici che il lutto comporta
- 5) accettazione del lutto

L'intervento dello psicologo si rende necessario quando l'elaborazione fisiologica del lutto o dei cambiamenti all'interno del ciclo di vita (soprattutto gli eventi fortemente stressogeni) non procede normalmente ma è bloccata, tanto da rendere l'adattamento dell'individuo disfunzionale in più aree della propria vita.

## 2 FATTORI DI RISCHIO

- vulnerabilità sociale
- sesso femminile
- uso eccessivo di stimolanti (alcol, caffeina), o psicotropi o sostanze
- recenti eventi psicologici stressanti (comprese intense esperienze di cambiamento)
- separazioni traumatiche in età pediatrica
- perdita di un genitore in età pediatrica
- perdita di un figlio
- perdita di un familiare per cause socialmente stigmatizzanti
- isolamento sociale e relazionale
- incapacità di condurre e/o mantenere attività lavorative
- assenza di rapporti di coppia
- malattie croniche disabilitanti
- handicap fisico personale, handicap fisico/psichico di un congiunto

## 3 STRUMENTI E MODALITÀ PER LA DIAGNOSI

**Il colloquio clinico:** per valutare le aree di funzionamento globale della persona, l'esame di realtà, gli stili difensivi, le risorse e le capacità di adattamento e le manifestazioni sintomatiche.

**Test** relativi all'ansia e alla depressione (es: Beck Depression Inventory, STAI, CBA, SCID )

**DSMIV –TR** per valutare qualità e quantità della sintomatologia clinica e effettuare diagnosi differenziali.

## 4 STRUMENTI E MODALITÀ PER IL TRATTAMENTO

**La consulenza:** della durata da uno a tre colloqui, può essere finalizzata a organizzare un progetto propedeutico ad ulteriori trattamenti, o a favorire la consapevolezza delle condizioni di disturbo per avviare le possibili elaborazioni delle cause. Può essere adottata anche quando sia necessario attivare un catalizzatore ed attivatore delle risorse individuali, in circostanze critiche. Si focalizza spesso su un problema specifico e si utilizza in modo prevalente: quando non c'è un'area del funzionamento normale compromessa, all'interno di interventi di rete (es.: IVG, problematiche psicoeducative, sostegno a familiari di pazienti). Può essere adottata anche come intervento protettivo e preventivo in situazioni di disagio psicosociale.

<b>PROGRAMMA DI PSICOLOGIA Ausl di Rimini</b>	<b>Protocollo localmente concordato PER LA DIAGNOSI E IL TRATTAMENTO DEI DISTURBI DELLA SFERA EMOTIVA</b>	
---	---	--

### **Psicoterapia a tempo definito**

per i disturbi della sfera emotiva nei quali l'esame di realtà è conservato, può essere applicata una psicoterapia a tempo definito di tipo espressivo, nei diversi formati e approcci:

cognitivo comportamentale, sistemico relazionale, psicodinamico che preveda la predeterminazione del termine, l'utilizzazione del focus<sup>3</sup>, come strumenti privilegiati del trattamento nel setting individuale. Nella psicoterapia a tempo definito il fattore tempo diventa il fulcro del processo terapeutico, stabilendo la sua durata in un numero di seduta che va approssimativamente da un minimo di 8 ad un massimo di 24. Il setting individuale della terapia a tempo definito è caratterizzato da: attività del terapeuta, individuazione del focus, tempo predeterminato, vis à vis, sedute settimanali o quindicinali. I principali obiettivi della terapia sono:

- aumentare la tolleranza dell'ansia
- sostituire pensieri irrazionali e risposte disfunzionali con altri più funzionali e razionali.
- favorire lo svincolo e l'individuazione dell'individuo e lo sviluppo dell'autonomia
- rafforzare i confini interiori
- canalizzare le pulsioni inaccettate
- favorire l'interiorizzazione e la costanza di in oggetto buono (terapeuta)
- aumentare l'autostima
- attivare la rielaborazione del lutto

### **Sostegno psicologico:**

Viene utilizzato normalmente quando è a rischio l'integrazione della mente o è già in atto un processo di disintegrazione (ad esempio nelle fasi acute del disturbo post-traumatico da stress), ma anche quando non è possibile stabilire un trattamento psicoterapeutico a tempo definito (es.: trattamenti combinati, situazioni multiproblematiche).

Attraverso il supporto empatico e l'uso della confrontazione e della chiarificazione è finalizzato a:

ricostruire-riattivare-ristrutturare ed integrare le funzioni normali della persona nelle aree psicosociale, relazionale, professionale.

### **Psicoterapia di gruppo a tempo determinato:**

La terapia in gruppi omogenei<sup>4</sup> a tempo determinato, nei diversi approcci, risulta indicata per tutta la gamma dei quadri clinici nei quali l'integrazione delle funzioni della persona e l'esame di realtà mantengono condizioni omogenee e funzionanti nei pazienti.

All'interno dei quadri clinici dell'ansia, il disturbo post-traumatico da stress, assieme al disturbo d'ansia generalizzato e al disturbo da attacchi di panico costituiscono le condizioni cliniche per le quali la terapia in gruppi omogenei a tempo determinato è attualmente più efficace.

Il setting indicato per questa terapia prevede un tempo prefissato che va da approssimativamente da un minimo di 12 sedute ad un massimo di durata non superiore alle 30 sedute, a cadenza settimanale o quindicinale. L'assetto gruppale è chiuso, posizione a cerchio, uso degli strumenti della confrontazione e del rispecchiamento.

L'obiettivo specifico della terapia in gruppi omogenei a tempo determinato è quello di favorire nei soggetti il processo di individuazione, attraverso la complementarietà degli elementi omogenei e del limite temporale, che enfatizza appunto la dialettica fra fusionalità (elementi omogenei) ed individuazione mediante la separazione (tempo limitato).

Altri obiettivi sono: comprensione dell'identità patologica sintomatica e dei suoi risvolti sociali/interpersonali, conseguimento di adeguate capacità comunicative e relazionali.

## **5 CRITERI DI ELEGGIBILITÀ**

### **Psicoterapia a tempo definito:**

Per la psicoterapia a tempo definito sono indicate:

1. persone adulte con un grado della patologia della sfera emotiva tale da compromettere almeno una delle aree del funzionamento normale dell'individuo: rappresentazione del sé, psicosociale, relazionale, professionale,

<sup>3</sup> Il focus è un concetto complesso che nei diversi approcci terapeutici può indicare: il complesso sintomatico principale del paziente, il conflitto relazionale centrale, il conflitto psicologico di fondo che sostiene la patologia, il blocco evolutivo specifico, l'ipotesi psicodinamica di base.

<sup>4</sup> Per omogeneità nella psicoterapia di gruppo si può intendere: la diagnosi condivisa dai membri del gruppo - la funzionalità dell'Io - l'appartenenza di genere - ciclo di vita - le specifiche problematiche dei partecipanti al gruppo - la stessa richiesta da parte degli utenti o loro familiari(es: psicoeducazione).

<b>PROGRAMMA DI PSICOLOGIA Ausl di Rimini</b>	<b>Protocollo localmente concordato PER LA DIAGNOSI E IL TRATTAMENTO DEI DISTURBI DELLA SFERA EMOTIVA</b>	
---	---	--

2. persone che nella condizione patologica conservano un esame di realtà sufficiente per cui: mantengono la capacità di contatto con le proprie emozioni e la possibilità di avvertire il proprio malessere, hanno una buona motivazione al trattamento e il funzionamento cognitivo integro.

### **Sostegno psicologico**

Per il sostegno psicologico sono indicate:

1. le persone la cui patologia comprometta una o più aree del funzionamento normale in misura tale da non consentire un sufficiente rapporto con la realtà a causa di una componente ansiosa o depressiva così acuta da produrre uno stato di angoscia insostenibile (ad es.: come nella fase acuta del lutto o del disturbo post traumatico da stress)
2. persone con un livello di adattamento piuttosto precario e scarso livello di interiorizzazione a causa di un uso di difese primitive
3. persone che a causa della perdita di interesse e di energia come nelle depressioni gravi o a causa della scarsa consapevolezza del proprio disagio (come nella mania), trovano faticoso investire in una terapia e sviluppare autonome motivazioni al cambiamento.
4. condizioni di vulnerabilità sociale

### **Psicoterapia di gruppo omogeneo a tempo definito:**

Rispondono ai criteri di inclusione al gruppo omogeneo a tempo definito le persone con marcata alterazione delle aree funzionali:

- che rispecchino la condizione di omogeneità del gruppo
- che sono capaci di condividere il progetto supportivo o terapeutico del gruppo
- che sono capaci di tollerare le caratteristiche peculiari del gruppo: collaborazione e rispecchiamento
- che non soffrano di disturbi psicopatologici gravissimi retrostanti il sintomo

Non rispondono ai criteri di inclusione al trattamento di gruppo le persone:

- gravemente paranoiche
- schizoidi con forti aspettative narcisistiche
- tendenti al suicidio
- sociopatiche o psicotici acuti
- con marcata tendenza l'acting-out
- comunque incapaci di collaborare con le finalità del gruppo

## **6 CRITERI DI ACCESSO**

- Attraverso l'invio del medico di base
- del medico psichiatra
- di un collega psicologo
- di assistente sociale
- medico di altra specialità
- reparti ospedalieri
- servizi territoriali dell'azienda USL
- sportello sociale
- accesso diretto

## **7 DOCUMENTI DI REGISTRAZIONE**

Scheda di primo accesso, cartella clinica, protocolli e test applicati.

<b>PROGRAMMA DI PSICOLOGIA Ausl di Rimini</b>	<b>Protocollo localmente concordato PER LA DIAGNOSI E IL TRATTAMENTO DEI DISTURBI DELLA SFERA EMOTIVA</b>	
---	---	--

## 8 RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- A.A.V.V. , *DSM IV-TR*, Masson,
- Davison G. Neal J., (2000), *Psicologia clinica*, Zanichelli, Bologna.
- Gabbard Glen O. ,(2000), *Psichiatria psicodinamica, terza edizione*, Cortina Editore 2002, Milano.
- Kaplan H.,Sadock J. Grebb J., (1997) *Psichiatria, manuale di scienze de comportamento e psichiatria*. Settima edizione volume due. Centro scientifico internazionale editore.
- Lo Verso (2002), *Gruppi*, Cortina Editore
- Torre V.L., Freilone F. (1996), *Elementi di psicopatologia clinica e psicodiagnostica*, UTET, Torino.

<b>PROGRAMMA DI PSICOLOGIA AUSL di Rimini</b>	<b>Protocollo localmente condiviso per LA DIAGNOSI E IL TRATTAMENTO DEI DISTURBI DI PERSONALITA' NEI GIOVANI ADULTI</b>	
---	---	--

## SOMMARIO

1. Introduzione.....	97
1.1. Inquadramento teorico .....	97
1.2. Target di riferimento .....	97
2. Fattori di rischio.....	98
3. Strumenti e modalità per la Diagnosi.....	98
4. Strumenti e modalità per il trattamento .....	98
5. Criteri di eleggibilità.....	100
6. Criteri di Accesso .....	100
7. Documenti di registrazione.....	100
8. Riferimenti bibliografici .....	100

Conduttori del gruppo:  
Dott.ssa Agostini Anna Maria  
Dott. Tarducci Sergio

Dott. Crescentini Augusto  
Dott. Del Papa Giorgio  
Dott.ssa Fabbri Gabriella  
Dott.ssa Felici Bellicchi Maria Cristina  
Dott. Marchetti Daniele  
Dott.ssa Orlandi Monica  
Dott.ssa Pratelli Michela  
Dott.ssa Tattini Manuela  
Figura di supporto:  
Dott.ssa Salucci Michela

<b>PROGRAMMA DI PSICOLOGIA AUSL di Rimini</b>	<b>Protocollo localmente condiviso per LA DIAGNOSI E IL TRATTAMENTO DEI DISTURBI DI PERSONALITA' NEI GIOVANI ADULTI</b>	
---	---	--

## 1 INTRODUZIONE

### 1.1 INQUADRAMENTO TEORICO

Premesso che la personalità normale si avvale di un senso di identità ben strutturato che rende possibile alle persone: lo sviluppo di capacità empatiche, l'investimento emotivo profondo in relazione di dipendenza matura, il controllo delle emozioni e degli impulsi, la gestione della frustrazione e dell'ansia, l'interiorizzazione di valori e norme condivise dal proprio contesto sociale; le persona che hanno un disturbo di personalità (seguono un modello di rappresentazione mentale, di comportamento e di esperienze interiore, che devia decisamente dalle norme della cultura di appartenenza. Si tratta di un disturbo rigido ed egosintonico, su cui si è radicata la personalità dell'individuo; di conseguenza la sua organizzazione mentale influenza gravemente e in modo negativo il funzionamento sociale, lavorativo ed interpersonale.

La frequenza dei disturbi della personalità nella popolazione adulta è stimata attorno al 10-15 % (Vittorio Lingiardi 2001). Hanno un esordio piuttosto precoce e benché la diagnosi possa essere definita solo in età adulta, spesso in anamnesi si rivela uno spettro sintomatico precedente.

I disturbi di personalità hanno un'elevata comorbidità ed elevata sovrapponibilità per cui le diagnosi multiple sono numerose (i disturbi dell'umore sono una frequente comorbidità).

Secondo la nosografia del DSM IV TR i disturbi di personalità sono:

**Il Disturbo Paranoide di Personalità** è un quadro caratterizzato da sfiducia e sospettosità, per cui le motivazioni degli altri vengono interpretate come malevole.

**Il Disturbo Schizoide di Personalità** è un quadro caratterizzato da distacco dalle relazioni sociali e da una gamma ristretta di espressività emotiva.

**Il Disturbo Schizotipico di Personalità** è un quadro caratterizzato da disagio acuto nelle relazioni strette, distorsioni cognitive o percettive, ed eccentricità nel comportamento.

**Il Disturbo Antisociale di Personalità** è un quadro caratterizzato da inosservanza e violazione dei diritti degli altri.

**Il Disturbo Borderline di Personalità** è un quadro caratterizzato da instabilità delle relazioni interpersonali, dell'immagine di sé e degli affetti, e da marcata impulsività.

**Il Disturbo Istrionico di Personalità** è un quadro caratterizzato da emotività eccessiva e da ricerca di attenzione.

**Il Disturbo Narcisistico di Personalità** è un quadro caratterizzato da grandiosità, necessità di ammirazione, e mancanza di empatia.

**Il Disturbo Evitante di Personalità** è un quadro caratterizzato da inibizione, sentimenti di inadeguatezza, e ipersensibilità ai giudizi negativi.

**Il Disturbo Dipendente di Personalità** è un quadro caratterizzato da comportamento sottomesso e adesivo legato ad un eccessivo bisogno di essere accuditi.

**Il Disturbo Ossessivo-Compulsivo di Personalità** è un quadro caratterizzato da preoccupazione per l'ordine, perfezionismo ed esigenze di controllo.

**Il Disturbo di Personalità Non Altrimenti Specificato** è un categoria a disposizione per due situazioni: 1) il quadro personologico dell'individuo soddisfa i criteri generali per un Disturbo di Personalità, e sono presenti tratti di vari Disturbi di Personalità diversi, ma non risultano soddisfatti i criteri per nessuno specifico Disturbo di Personalità; oppure 2) il quadro personologico dell'individuo soddisfa i criteri generali per un Disturbo di Personalità, ma l'individuo viene considerato affetto da un Disturbo di Personalità non incluso nella Classificazione (per es., disturbo passivo-aggressivo di personalità).

I Disturbi di Personalità sono raccolti in tre gruppi in base ad analogie descrittive. Il **gruppo A** include i Disturbi di Personalità Paranoide, Schizoide e Schizotipico. Gli individui con questi disturbi spesso appaiono strani o eccentrici. Il **gruppo B** include i Disturbi di Personalità Antisociale, Borderline, Istrionico e Narcisistico. Gli individui con questi disturbi spesso appaiono amplificativi, emotivi o imprevedibili. Il **gruppo C** include i Disturbi di Personalità Evitante, Dipendente, e Ossessivo-Compulsivo. Gli individui con questi disturbi appaiono spesso ansiosi o paurosi. Si dovrebbe notare che questo sistema di raggruppamento, sebbene utile in alcune situazioni di ricerca e didattiche, presenta serie limitazioni, e non è stato coerentemente validato. Inoltre, gli individui frequentemente presentano una concomitanza di Disturbi di Personalità appartenenti a gruppi diversi.

### 1.2 TARGET DI RIFERIMENTO:

I giovani adulti, in fase di esordio dei disturbi di personalità, risultano essere la popolazione più sensibile ad un trattamento psicologico, in termini di efficacia ed efficienza degli interventi.

<b>PROGRAMMA DI PSICOLOGIA AUSL di Rimini</b>	<b>Protocollo localmente condiviso per LA DIAGNOSI E IL TRATTAMENTO DEI DISTURBI DI PERSONALITA' NEI GIOVANI ADULTI</b>	
---	---	--

## 2 FATTORI DI RISCHIO

I fattori di rischio, suddivisi tra oggettivi (socio-ambientali, famigliari, biologico-fisici) e soggettivi (psicologico individuali), potrebbero essere così riassunti:

*Soggettivi:*

- familiarità per disturbi di personalità
- separazioni traumatiche in età pediatrica
- maltrattamento e abuso in età pediatrica
- disturbi psicologici in età pediatrica, specialmente in anamnesi i seguenti disturbi diagnosticabili in età evolutiva: disturbi della condotta o disturbi misti della condotta e della sfera emotiva o sindromi ipercinetiche (ICD-10)
- disturbi dell'attaccamento

*Oggettivi:*

- vulnerabilità sociale
- recenti eventi psicologici stressanti (comprese intense esperienze di cambiamento)
- eventi traumatici, specie se ripetuti
- difficile accettazione sociale delle caratteristiche temperamentali del soggetto
- incapacità di condurre e/o mantenere attività lavorative
- assenza/instabilità rispetto alle relazioni intime
- malattie croniche disabilitanti
- handicap fisico personale, handicap fisico/psichico di un congiunto

## 3 STRUMENTI E MODALITÀ PER LA DIAGNOSI

**Il colloquio clinico:** per valutare le aree di funzionamento globale della persona, l'esame di realtà, gli stili difensivi, le risorse e le capacità di adattamento, il controllo degli impulsi, il processo di socializzazione, le manifestazioni sintomatiche ed eventuali comorbilità.

**Test** specifici per i disturbi di personalità (MMPI –II, SCID-II, AAI, ...)

**DSMIV –TR** per valutare qualità e quantità della sintomatologia clinica e effettuare diagnosi differenziali.

## 4 STRUMENTI E MODALITÀ PER IL TRATTAMENTO

I disturbi di personalità **evitante, dipendente, ossessivo-compulsivo** sono i quadri dell'area nevrotica – dove dunque vi è un sufficiente livello di adattamento/funzionamento dell'individuo- per i quali il trattamento psicologico supportivo e psicoterapeutico è considerato il trattamento d'elezione. Per questi quadri psicopatologici il farmaco è utilizzato prevalentemente per trattare stati depressivi ed ansiosi associati. Per i disturbi di personalità **paranoide, schizotipico, schizoide, istrionico, narcisistico, borderline** il trattamento proposto è definibile in base al funzionamento generale dell'individuo, ma è quasi sempre necessario un trattamento integrato.

Per quanto riguarda il **disturbo borderline** di personalità, un trattamento d'elezione è rappresentato dal modello "dialettico-evolutivo" di M. Linehan, che prevede: terapia individuale a cadenza settimanale, per un tempo minimo di 12 mesi, gruppo psicoeducativo con un altro psicoterapeuta per un tempo minimo di sei mesi, rinnovabili ad un anno. Il trattamento è sempre di tipo integrato e l'utente a carico della psichiatria.

Il **disturbo di personalità antisociale** è forse il più difficilmente trattabile, in letteratura si osservano alcuni risultati con l'utilizzo di gruppi omogenei di auto-aiuto.

<b>PROGRAMMA DI PSICOLOGIA AUSL di Rimini</b>	<b>Protocollo localmente condiviso per LA DIAGNOSI E IL TRATTAMENTO DEI DISTURBI DI PERSONALITA' NEI GIOVANI ADULTI</b>	
---	---	--

## I trattamenti

### *Psicoterapia individuale a tempo definito*

Per i disturbi di personalità che si situano in un'organizzazione nevrotica per cui mantengono una certa capacità di tollerare l'angoscia, di sublimare e di tollerare gli impulsi ed inoltre hanno un buon contatto con la realtà, può essere applicata una psicoterapia a tempo definito di tipo supportivo ed espressivo nei diversi approcci:

cognitivo comportamentale, sistemico relazionale, psicodinamico che preveda la predeterminazione del termine, l'utilizzazione del focus<sup>5</sup>, come strumenti privilegiati del trattamento nel setting individuale. Nella psicoterapia a tempo definito il fattore tempo diventa il fulcro del processo terapeutico, stabilendo la sua durata in un numero di seduta che va approssimativamente da un minimo di 8 ad un massimo di 24, eventualmente in cicli replicabili. Il setting individuale della terapia a tempo definito è caratterizzato da: attività del terapeuta, individuazione del focus, tempo determinato, vis à vis, sedute settimanali o quindicinali. I principali obiettivi della terapia a tempo definito sono:

- ❖ Supporto dell'Io
- ❖ Diminuzione dell'angoscia
- ❖ Favorire l'integrazione intrapsichica
- ❖ Convogliare l'aggressività
- ❖ Promuovere il processo di separazione-individuazione
- ❖ Favorire l'interiorizzazione e la costanza di in oggetto buono (terapeuta)
- ❖ Aumentare l'autostima

### *Psicoterapia di gruppo omogeneo a tempo definito*

La terapia in gruppi omogenei<sup>6</sup> a tempo determinato, nei diversi approcci, risulta indicata per i disturbi di personalità che mantengono un accettabile livello di funzionamento e laddove si definisca un focus interpersonale con la finalità di incrementare le abilità sociali e relazionali (Yalom, 1995)

Il setting indicato per questa terapia prevede un tempo prefissato che va da un minimo di 12 sedute ad un massimo di durata non superiore alle 30 sedute, a cadenza settimanale o quindicinale. L'assetto gruppale è chiuso, posizione a cerchio, uso degli strumenti della coesione in gruppo e del rispecchiamento.

L'obiettivo specifico della terapia in gruppi omogenei a tempo determinato è quello di favorire nei soggetti il processo di individuazione, attraverso la complementarità degli elementi omogenei e del limite temporale, che enfatizza appunto la dialettica fra fusionalità (elementi omogenei) ed individuazione mediante la separazione (tempo limitato).

Altri obiettivi sono: comprensione dell'identità patologica sintomatica e dei suoi risvolti sociali/interpersonali, conseguimento di adeguate capacità comunicative e relazionali.

### *Sostegno psicologico individuale*

Viene utilizzato normalmente quando è a rischio l'integrazione della mente o è già in atto un processo di disintegrazione, ma anche quando non è possibile stabilire un trattamento psicoterapeutico a tempo definito (es.: trattamenti combinati).

Attraverso il supporto empatico e l'uso della confrontazione e della chiarificazione è finalizzato a:

ricostruire-riattivare-ristrutturare ed integrare le funzioni normali della persona nelle aree psicosociale, relazionale, professionale.

Il trattamento psicologico, in tutti questi casi, si deve integrare con il trattamento farmacologico e sociale.

**Consulenza agli operatori sociali:** laddove non vi sia la possibilità di strutturare un setting psicologico, lo psicologo presta consulenza sui progetti psicoeducativi condotti dagli operatori sociali.

<sup>5</sup> Il focus è un concetto complesso che nei diversi approcci terapeutici può indicare: il complesso sintomatico principale del paziente, il conflitto relazionale centrale, il conflitto psicologico di fondo che sostiene la patologia, il blocco evolutivo specifico, l'ipotesi psicodinamica di base.

<sup>6</sup> Per omogeneità nella psicoterapia di gruppo si può intendere in questo caso: la funzionalità dell'Io – l'appartenenza di genere – ciclo di vita – le specifiche problematiche dei partecipanti al gruppo – la stessa richiesta da parte degli utenti o loro familiari (es: psicoeducazione).

<b>PROGRAMMA DI PSICOLOGIA AUSL di Rimini</b>	<b>Protocollo localmente condiviso per LA DIAGNOSI E IL TRATTAMENTO DEI DISTURBI DI PERSONALITA' NEI GIOVANI ADULTI</b>	
---	---	--

## 5 CRITERI DI ELEGGIBILITÀ

### **Psicoterapia individuale a tempo definito:**

Per la psicoterapia espressiva a tempo definito sono indicati i giovani adulti in fase di esordio del disturbo di personalità, afferente all'area nevrotica.

### **Sostegno psicologico individuale:**

Per il sostegno psicologico sono indicati i giovani adulti in fase di esordio del disturbo di personalità per cui occorre un trattamento integrato.

### **Psicoterapia di gruppo omogeneo a tempo definito**

Possono essere eleggibili al trattamento di gruppo:

- a) Gli utenti con disturbo di personalità borderline qualora accedano al percorso terapeutico secondo il modello "dialettico-evolutivo" di M. Linehan (trattamento di gruppo specifico)
- b) I giovani utenti con disturbi di personalità, ma con un funzionamento generale sufficiente a permettere la messa in gioco di risorse relazionali, l'adesione al setting gruppale e qualora si individui un tema o focus di trattamento inviabile ad un gruppo idoneo e specifico attivato/attivabile (si fa riferimento ai trattamenti di gruppo proposti in altri protocolli localmente concordati).

## 6 CRITERI DI ACCESSO

Psichiatria del territorio (CSM)

## 7 DOCUMENTI DI REGISTRAZIONE

Scheda di primo accesso, cartella clinica, protocolli e test applicati.

## 8 RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- A.A.V.V. , *DSM IV-TR*, Masson.
- Dazi N, Lingiardi V., Colli A., *La ricerca in psicoterapia*, Raffaello Cortina Editore, 2006.
- Gabbard Glen O. (2000), *Psichiatria psicodinamica, terza edizione*, Cortina Editore 2002, Milano.
- Kaplan H.,Sadock J. Grebb J., (1997) *Psichiatria, manuale di scienze de comportamento e psichiatria*. Settima edizione volume due. Centro scientifico internazionale editore.
- Lingiardi Vittorio, (2001), *La personalità e i suoi disturbi*, Il Saggiatore, Milano.
- Lo Verso, *Gruppi*, Cortina Editore(2002).
- Torre V.L., Freilone F. (1996) *Elementi di psicopatologia clinica e psicodiagnostica*, UTET, Torino, editore.

<b>PROGRAMMA DI PSICOLOGIA AUSL di Rimini</b>	<b>Protocollo localmente concordato per LA DIAGNOSI E IL TRATTAMENTO PSICOLOGICO dei DISTURBI DA USO DI SOSTANZE</b>	
---	--	--

## SOMMARIO

1. Introduzione.....	102
1.2. Target di riferimento e bisogni associati.....	104
2. Fattori di rischio.....	104
3. Strumenti e modalità per la Diagnosi.....	105
4. Strumenti e modalità per il trattamento .....	105
5. Criteri di eleggibilità.....	106
6. Criteri di Accesso .....	107
7. Documenti di registrazione.....	107
8. Riferimenti bibliografici .....	107

Conduttori del gruppo:

Dott.ssa Agostini Anna Maria

Dott. Tarducci Sergio

Dott. Crescentini Augusto

Dott. Del Papa Giorgio

Dott.ssa Fabbri Gabriella

Dott.ssa Felici Bellicchi Maria Cristina

Dott. Marchetti Daniele

Dott.ssa Orlandi Monica

Dott.ssa Pratelli Michela

dott.ssa Tattini Manuela

Figura di supporto:

Dott.ssa Salucci Michela

<b>PROGRAMMA DI PSICOLOGIA AUSL di Rimini</b>	<b>Protocollo localmente concordato per LA DIAGNOSI E IL TRATTAMENTO PSICOLOGICO dei DISTURBI DA USO DI SOSTANZE</b>	
---	--	--

## 1. INTRODUZIONE

### 1.1 INQUADRAMENTO TEORICO

**I disturbi correlati a sostanze** comprendono disturbi fisici, comportamentali, psichici secondari all'assunzione di una sostanza d'abuso, incluso l'alcool. Le sostanze d'abuso che più frequentemente portano ad un disturbo comportamentale e psichico sono: oppiacei , cocaina, , alcool, anfetamine, cannabis, allucinogeni, nicotina, ma anche alcuni farmaci come gli ipnotici o gli ansiolitici.

**I disturbi correlati a sostanze si dividono in due gruppi:**

- A) **I disturbi da uso di sostanze (dipendenza da sostanze e abuso di sostanze)**
- B) **I disturbi indotti da sostanze (intossicazione da sostanze, astinenza da sostanze, delirium indotto da sostanze, demenza persistente indotta da sostanze, disturbo anamnestic persistente indotto da sostanze, disturbo psicotico indotto da sostanze, disturbo dell'umore indotto da sostanze, disturbo d'ansia indotto da sostanze, disfunzione sessuale indotta da sostanze e disturbo del sonno indotto da sostanze )**

**A) I disturbi da uso di sostanze:**

#### 1 - Dipendenza

Genericamente la dipendenza patologica da sostanze è definita come l'espressione di un desiderio persistente o di un bisogno impellente che spinge l'individuo a consumare delle sostanze psicoattive (alcool, farmaci e droghe illegali) a dispetto degli effetti che possono pregiudicare i livelli di funzionamento psichico mentale. E' opportuno inserire tale definizione all'interno di un contesto culturale specifico: la nostra società, infatti, induce dipendenza, basti pensare alla televisione, al cellulare, alle prestazioni sul lavoro, etc. Inoltre già da tempo si segnalano nuovi scenari di dipendenze: il gambling, il cibo, le droghe sintetiche, i videogiochi, la sessualità compulsiva, per fare alcuni esempi. Una conoscenza approfondita dello spazio socio-culturale in cui ci muoviamo è premessa indispensabile per poter comprendere il complesso fenomeno delle dipendenze. Le classificazioni in vigore (OMS, ICD 10, DSM IV) associano la dipendenza da sostanze ad un gruppo di sintomi cognitivi, comportamentali e fisiologici indicativi che il soggetto continua a far uso della sostanza nonostante la presenza di problemi significativi correlati alla sostanza. Essi sono:

**tolleranza:** corrisponde al bisogno di quantità notevolmente più elevate della sostanza per raggiungere l'effetto desiderato, o a un effetto notevolmente diminuito con l'uso continuativo della stessa quantità di sostanza,

**astinenza:** una modificazione patologica del comportamento, con eventi fisiologici e cognitivi concomitanti, che si verifica quando le concentrazioni ematiche o tissutali declinano in un soggetto che ha fatto un uso prolungato pesante della stessa, **la sostanza è spesso assunta in quantità maggiori o per periodi più prolungati** rispetto a quanto previsto dal soggetto, **desiderio** persistente o tentativi infruttuosi di ridurre o controllare l'uso della sostanza,

**impiego di una grande quantità di tempo** in attività necessarie a procurarsi la sostanza, ad assumerla o a riprendersi dai suoi effetti, **interruzione o riduzione di importanti attività sociali, lavorative o ricreative** a causa dell'uso della sostanza, uso continuativo della sostanza **nonostante la consapevolezza di avere un problema persistente o ricorrente**, di natura fisica o psicologica, esacerbato dalla sostanza, **un sentimento d'angoscia e una grande sofferenza interiore**, un rischio di **morte**, una esperienza soggettiva di **perdita di libertà**.

La dipendenza patologica è dunque definita sulla base della manifestazione di uno stato d'essere e di comportamenti specifici. La gravità della dipendenza patologica aumenta con l'intensità e la quantità dei problemi che derivano dai consumi; questa porta a uno stile di vita ove la ricerca e il consumo di sostanze diventano gli accentratori della vita quotidiana, determinando non solo i comportamenti dell'individuo, ma anche la natura delle relazioni che egli crea con l'ambiente esterno.

#### 2 - Abuso di sostanze

La caratteristica essenziale dell'abuso di sostanze è una modalità patologica dell'uso di sostanza, dimostrata da ricorrenti e significative conseguenze avverse correlate all'uso ripetuto della stessa. Per parlare di abuso il problema correlato alla sostanza deve essersi verificato ripetutamente oppure essere persistente. I problemi che si presentano possono essere:

**incapacità di adempiere ai principali obblighi legati al ruolo familiare, sociale, lavorativo, uso ripetuto in situazioni nelle quali è fisicamente rischioso, molteplici problemi legali e ricorrenti problemi sociali e interpersonali.**

Diversamente dalla dipendenza da uso di sostanze l'abuso di sostanze non include la tolleranza, l'astinenza o una modalità di uso compulsivo e invece include le conseguenze dannose dell'uso ripetuto.

**B) I disturbi indotti da sostanze:**

#### 1 - Intossicazione da sostanze:

La caratteristica essenziale dell'intossicazione di sostanze è lo sviluppo di una sindrome specifica reversibile dovuta all'ingestione recente di una sostanza. Le modificazioni patologiche, clinicamente significative, di natura

<b>PROGRAMMA DI PSICOLOGIA AUSL di Rimini</b>	<b>Protocollo localmente concordato per LA DIAGNOSI E IL TRATTAMENTO PSICOLOGICO dei DISTURBI DA USO DI SOSTANZE</b>	
---	--	--

comportamentale o psicologica, associate all'intossicazione, per esempio litigiosità, labilità dell'umore, deficit cognitivo, compromissione della capacità critica, compromissione del funzionamento sociale lavorativo, sono dovute agli effetti diretti della sostanza sul sistema nervoso centrale e si sviluppano durante o subito dopo l'assunzione di sostanze. L'intossicazione da sostanze è spesso associata ad abuso o dipendenza da sostanze.

## **2 - Astinenza da sostanze:**

E' lo sviluppo di una sindrome specifica conseguente alla cessazione o riduzione dell'assunzione di una sostanza precedentemente assunta in modo pesante e prolungato.

## **3 - Disturbi mentali**

L'uso di sostanze è spesso una componente del quadro sintomatologico dei disturbi mentali. Quando si ritiene che i sintomi siano una conseguenza diretta di una sostanza, viene fatta diagnosi di disturbo indotto da sostanze.

### **Comorbilità con disturbi mentali**

I disturbi correlati a sostanze presentano anche comunemente comorbilità con molti disturbi mentali e ne complicano il decorso e il trattamento.

Il disturbo psichiatrico può essere **primario** rispetto alla tossicomania o **secondario** rispetto alla tossicomania.

A volte non si riscontra una causalità tra i due tipi di disturbi, psichiatrico e da uso di sostanze, in tal caso si parla di disturbo primario psichiatrico con tossicomania primaria.

I disturbi psichiatrici diagnosticati con più frequenza sono:

**Disturbi di personalità:**           **Antisociale ( soprattutto uomini eroinomani )**  
**Borderline**  
**Dipendente**  
**Ossessivo compulsivo**

**Disturbi dell'umore:**           **Bipolare**  
**Disturbo Depressivo maggiore ( soprattutto in donne eroinomani )**

**Disturbi d'ansia:**               **Fobie,**  
**Disturbo post traumatico da stress**  
**Ansia generalizzata**

## **Disturbi del comportamento alimentare**

**Sintomi psicotici:**           **Schizofrenia ( tipo paranoico )**

Una ricerca ( Tempesta et al., 1986 ) su un campione di 153 tossicodipendenti ha riscontrato che il 42% soffre di un disturbo in Asse I, il 47% di un disturbo in Asse II e il 15% di tossicodipendenza pura. Altre ricerche più recenti confermano le percentuali della ricerca di Tempesta.

Il trattamento dei Disturbi Correlati a Sostanze prevede come considerazione base l'approccio teorico che considera il **disturbo frutto di problemi bio- psico- sociali**.

Si ritiene che vi siano **substrati biochimici** che predispongono l'individuo all'uso di sostanze ( aspetto biologico), **problemi psicologici** generalmente correlati ad una fragilità dell'apparato psichico avente origine nella fase di sviluppo pre oggettuale ( aspetto psicologico ), e problemi **sociali** dovuti a forme di svantaggio ( aspetto sociale )

Anche il **contesto culturale** specifico odierno può avere un ruolo importante nel favorire comportamenti di uso e abuso, che possono poi portare ad un disturbo conclamato ( in caso di correlazione con i fattori sopra specificati ). Alcuni esempi possono riguardare il generalizzato consumismo economico, lo stimolo proveniente dai media a ricercare stimoli e sensazioni forti trasgressive, i modelli di identificazione proposti ( cantanti e vip in generale ), la scarsa abitudine educativa degli adulti significativi a favorire fin dall'infanzia modelli che prevedano uno sviluppo della capacità di adattamento.

### **Alcune considerazioni sulle problematiche psicologiche dei pazienti con disturbo da uso di sostanze:**

Per comprendere le particolari problematiche psicologiche di questi pazienti sono utili le considerazioni sotto indicate.

Nel manuale Psichiatria Psicodinamica Glen O. Gabbard traccia le caratteristiche essenziali di queste problematiche secondo l'approccio psicodinamico.

Le prime formulazioni psicoanalitiche spesso dipingevano i tossicodipendenti come edonisti alla ricerca del piacere inclini all'autodistruzione. I ricercatori psicoanalitici contemporanei vedono invece il comportamento tossicomano più come un riflesso della carenza della capacità di prendersi cura di sé che come un impulso autodistruttivo ( Khantzian, 1997 ). Questa ridotta capacità di prendersi cura di sé è il risultato di precoci disturbo nello sviluppo che portano ad un'inadeguata interiorizzazione delle figure genitoriali, lasciando il tossicodipendente incapace di proteggersi. Ugualmente importante nella patogenesi della tossicodipendenza è l'insufficienza delle funzioni deputate alla regolazione degli affetti, al controllo degli impulsi e al mantenimento dell'autostima. Questi deficit creano dei problemi corrispondenti nelle relazioni. L'uso di molteplici droghe pesanti è stato messo in rapporto diretto con l'incapacità del tossicodipendente di tollerare e regolare la vicinanza interpersonale. A questi problemi relazionali contribuisce inoltre

<b>PROGRAMMA DI PSICOLOGIA AUSL di Rimini</b>	<b>Protocollo localmente concordato per LA DIAGNOSI E IL TRATTAMENTO PSICOLOGICO dei DISTURBI DA USO DI SOSTANZE</b>	
---	--	--

una vulnerabilità inerente ai rischi interpersonali e all'incapacità di modulare gli affetti associati all'intimità. Dodes (1990) notava che i tossicodipendenti hanno la tendenza a sentirsi impotenti a causa di una specifica fragilità narcisistica. Il comportamento tossicodipendente riduce il senso di impotenza e di disperazione attraverso il controllo e la regolazione dei loro stati affettivi. L'assunzione di una droga può essere vista come un tentativo disperato di compensare le carenze a livello di funzionamento dell'io, autostima e problemi interpersonali correlati.

Molti pazienti tossicodipendenti perpetuano consapevolmente il loro dolore continuando a fare uso di droghe, a causa degli innumerevoli effetti collaterali delle stesse, perciò Khantzian riteneva che la motivazione per l'uso della droga può risiedere nel tentativo di realizzare un controllo della sofferenza piuttosto che un sollievo da essa.

La nozione secondo cui i tossicodipendenti stanno curando se stessi porta ad un'altra considerazione e cioè che specifiche sostanze vengono scelte per specifici effetti psicologici e farmacologici, a seconda dei bisogni di ciascun tossicodipendente. Ad esempio si nota che la cocaina sembra attenuare lo stress legato a depressione, iperattività e ipomania, mentre i narcotici sembrano ridurre i sentimenti di rabbia. Kohut e Balint osservarono che l'alcool adempie la funzione di sostituire strutture psicologiche assenti e di restaurare pertanto un qualche senso di rispetto di sé e di armonia interna.

L'approccio teorico sistemico familiare considera il sintomo del tossicodipendente secondo un'ottica trigerazionale, ed esplora non solo le componenti insoddisfacenti della relazione coniugale e le sue dirette risultanze nella relazione con i figli, ma anche le problematiche relative al rapporto di ciascuno dei genitori con la propria famiglia d'origine nel periodo dell'infanzia e dell'adolescenza. Secondo la teoria di Cirillo nel testo "La famiglia del tossicodipendente", quello che segnala la tossicodipendenza è la presenza nelle tre generazioni (tossicodipendente, genitori, nonni) di carenze non riconosciute come tali. L'aspetto patogeno non è rappresentato solo dalla trasmissione intergenerazionale della carenza, quanto piuttosto dalla trasmissione del misconoscimento/minimizzazione della carenza stessa, cioè la negazione di una connessione tra comportamento tossicomane e una serie di sofferenze riconosciute come tali. L'idea di base è quella della vulnerabilità: non si tratta di fattori che "causano" la tossicodipendenza, ma di fattori che predispongono a fare sì che l'incontro con la droga si trasformi in una condizione di dipendenza.

Entrambi gli approcci evidenziati si completano e si integrano a vicenda consentendoci di restringere o di allargare il campo di indagine a seconda delle opportunità terapeutiche e delle risorse che abbiamo a disposizione.

## 1.2. TARGET DI RIFERIMENTO E BISOGNI ASSOCIATI

**Giovani adulti e adulti con un disturbo correlato ad uso di sostanze.** Per sostanze si intendono: **oppiacei, cocaina, cannabinoidi, anfetamine, extasy, allucinogeni, alcool, nicotina e farmaci ipnotici o ansiolitici.**

Spesso il disturbo è correlato all'uso di più sostanze, in tal caso si parla di **poliassunzione**, ad esempio: alcool e cocaina, oppiacei, cocaina e cannabinoidi, etc.

I bisogni di trattamento associati prevedono terapie farmacologiche antagoniste o sostitutive per curare i problemi di dipendenza o astinenza, interventi di tipo sociale per ridurre lo svantaggio provocato dal disturbo e interventi di tipo psicologico. **Gli interventi più efficaci prevedono trattamenti integrati: sanitari, sociali e psicologici, inoltre è necessario procedere nei trattamenti avendo obiettivi primari ( ad esempio raggiungimento dello stato di astinenza o riduzione della compulsione ) intermedi ( stabilizzazione dell'astinenza, dell'umore, dei comportamenti, etc ) procedendo a seconda della fase terapeutica in cui si trova il paziente. E' nella fase intermedia che è più opportuno avviare un trattamento psicologico.**

**Un nuovo target emergente** presso i servizi che si occupano di disturbi correlati a sostanze sono gli adulti che soffrono di **gioco d'azzardo patologico**. La caratteristica fondamentale del gioco d'azzardo è un comportamento persistente, ricorrente e maladattivo di gioco d'azzardo che compromette le attività personali, familiari o lavorative. Il bisogno di trattamento espresso è di raggiungere un comportamento di gioco controllato o l'interruzione dello stesso.

Spesso il paziente che soffre di gioco d'azzardo patologico ha avuto un disturbo da uso di sostanze pregresso.

## 2. FATTORI DI RISCHIO

Fattori psicologici individuali

- Vulnerabilità individuale ( predisposizione biologica e psicologica )
- Presenza di un disturbo in età adolescenziale quale: disturbo oppositivo provocatorio, disturbo della condotta, disturbo del deficit di attenzione, disturbo depressivo, d'ansia, post traumatico da stress.

Fattori familiari e relazionali

- Deprivazione affettiva nella prima infanzia
- Disturbi dell'attaccamento
- Eventi traumatici precoci o nel corso della vita ( perdita, conflitti, rifiuto, abuso, etc. )
- Presenza nella famiglia di origine di familiarità con tossicodipendenza o alcolismo

<b>PROGRAMMA DI PSICOLOGIA AUSL di Rimini</b>	<b>Protocollo localmente concordato per LA DIAGNOSI E IL TRATTAMENTO PSICOLOGICO dei DISTURBI DA USO DI SOSTANZE</b>	
---	--	--

- Disturbi nelle relazioni affettive familiari

Fattori sociali

- Disfunzione dei sistemi di sostegno sociale ( affiliazione a gruppi devianti, difficoltà economiche e emarginazione sociale )
- Presenza nel contesto familiare di comportamenti devianti persistenti ( carcerazioni, prostituzione, spaccio di droga, etc. )

### **3. STRUMENTI E MODALITÀ PER LA DIAGNOSI**

#### **1 - Strumenti per la valutazione della personalità:**

- MMPI-2 ;
- SCID-1 e SCID-2 per la diagnosi rispettivamente dei disturbi clinici e di quelli di personalità;
- ASQ - scala d'ansia IPAT;
- CDQ - scala per la depressione IPAT;
- Il colloquio e la valutazione clinica;

#### **2 - Strumenti specifici per la diagnosi di disturbi correlati a sostanze:**

- NHP - questionario di autovalutazione relativamente all'utilizzo di sostanze;
- ASI - intervista semistrutturata che traccia un profilo di gravità dei problemi del paziente correlati alla dipendenza,
- CAGE - questionario per la valutazione circa la presenza di problemi alcol-correlati;
- AUDIT - Alcohol Use Disorders Identification Test.

### **4.STRUMENTI E MODALITÀ PER IL TRATTAMENTO**

#### **Trattamenti di elezione:**

#### **1 - Sostegno psicologico a tempo definito, con definizione di numero minimo di sedute (3) e massimo (8);**

Obiettivi del trattamento:

- Promuovere una migliore consapevolezza riguardo alle problematiche psicologiche individuali e relazionali correlate all'abuso o alla dipendenza da droghe o alcool,
- Promuovere motivazione e speranza di cambiamento
- Favorire la consapevolezza rispetto ai propri comportamenti e alla possibilità di controllarli
- Riconoscere ed esplorare l'ambivalenza ancora presente nelle proprie condotte;

#### **2 - Sostegno psicologico a medio o a lungo termine; dal conseguimento del controllo della compulsione all'uso di sostanze**

Obiettivi del trattamento:

- far emergere il ruolo organizzatore delle sostanze d'abuso e la funzione centrale svolta nella vita della persona e della sua famiglia
- elaborazione dei principali meccanismi difensivi (negazione e minimizzazione in primis)
- stimolare l'emergere di un certo grado di consapevolezza rispetto ai propri vissuti relativi ai sentimenti provati, alle emozioni e alla propria vita interiore,
- rinforzare la motivazione alla condotta di astinenza dalle sostanze;
- analizzare le eventuali ricadute e apprendere strategie di problem solving;
- promozione delle risorse e delle capacità adattive;

#### **3 – Psicoterapia a tempo definito ( dalle 8 alle 24 sedute, ripetibili, nella fase di consolidamento dell'astinenza);**

Obiettivi del trattamento:

- stimolare un processo di ricostruzione adattivo personale e relazionale congruente con il cambiamento comportamentale,
- esplorare i vissuti e le emozioni collegati alla graduale scoperta del proprio modo di essere conseguente allo stato di astinenza;
- aumentare il livello di consapevolezza;
- rafforzare l'IO ed attivazione delle sue risorse;
- elaborare i vissuti psicologici in relazione alla storia personale del paziente emergenti quando c'è una stabilizzazione dell'astinenza: conflitti irrisolti con le figure genitoriali, carenze o abusi rimossi o negati etc.

<b>PROGRAMMA DI PSICOLOGIA AUSL di Rimini</b>	<b>Protocollo localmente concordato per LA DIAGNOSI E IL TRATTAMENTO PSICOLOGICO dei DISTURBI DA USO DI SOSTANZE</b>	
---	--	--

4 - **Psicoterapia di gruppo a tempo definito** ( nella fase di consolidamento dell'astinenza o di un buon controllo del sintomo ). Gruppo "slow open "con eventuali ingressi modulati a seconda della fase del gruppo. Durata media 8 mesi, ripetibili

Obiettivi del trattamento:

- favorire il transfert dell'appartenenza a un processo trasformativo
- apprendimento e consolidamento delle relazioni interpersonali
- favorire la coesione di gruppo per la funzione di rinforzo motivazionale reciproco rispetto al mantenimento delle condotte di astinenza
- aumentare la capacità di esprimere e riconoscere le similarità e le differenze tra i propri e gli altrui sentimenti
- favorire la capacità di entrare in empatia con i sentimenti, le emozioni degli altri,
- aumentare la consapevolezza personale

5 - **Gruppo di prevenzione alla ricaduta** ( dai 3 ai 6 mesi )

Obiettivi del trattamento:

- riconoscere ed analizzare i segnali di ricaduta presenti;
- sollecitare una migliore riflessione rispetto ai fattori di rischio presenti nelle proprie condotte;
- costruire un sistema di fronteggiamento delle situazioni ad alto rischio funzionali a scongiurare il pericolo di ricaduta;

6 - **Sostegno psicologico ai familiari** ( il sostegno può essere rivolto sia ai familiari senza il paziente che alla famiglia intera ). Questi incontri hanno generalmente cadenza mensile e possono avere la durata del programma terapeutico rivolto parallelamente al paziente.

Obiettivi dei trattamenti:

- sostenere psicologicamente i familiari dei pazienti
- sollecitare l'espressione dei propri sentimenti ed emozioni nei confronti della patologia emersa in famiglia
- dare l'opportunità di riflettere sull'andamento del programma del paziente e di rilevare gli aspetti più problematici nei rapporti familiari
- offrire stimoli terapeutici a favore del cambiamento.

6- **Consulenze individuali o familiari** (da 1 a 3 incontri con focus specifico )

Obiettivi :

- aiutare le persone in situazioni di crisi o disagio momentaneo a superare i vissuti di sofferenza o impotenza,
- dare eventuali indicazioni al trattamento terapeutico più idoneo alla situazione.

## 5. CRITERI DI ELEGGIBILITÀ

1) Psicoterapia a tempo definito– Criteri di inclusione:

- raggiungimento dello stato di astinenza dall'uso di sostanze o di un buon controllo dell'uso,
- presenza di un IO strutturato,
- sufficienti capacità di introspezione,
- sufficienti risorse relazionali.

2) Sostegno psicologico ( individuale o familiare )– Criteri di inclusione:

- controllo della compulsione all'uso di sostanze ( anche se non raggiunta l'astinenza),
- presenza di un IO fragile,
- difficoltà nell' introspezione e nell'analisi dei propri vissuti emotivi
- condizioni di vulnerabilità psico-sociale.

3) Psicoterapia di gruppo – Criteri di inclusione:

- sufficienti capacità di introspezione;
- controllo della compulsione all'uso di sostanze;
- pazienti con sufficienti capacità relazionali;
- assenza di psicopatologia in fase di scompenso

<b>PROGRAMMA DI PSICOLOGIA AUSL di Rimini</b>	<b>Protocollo localmente concordato per LA DIAGNOSI E IL TRATTAMENTO PSICOLOGICO dei DISTURBI DA USO DI SOSTANZE</b>	
---	--	--

4) Consulenze individuali o familiari – Criteri di inclusione:

- situazioni di crisi o di eventi stressanti momentanei nei casi in cui vi siano risorse psicologiche e familiari sufficienti e per i quali sia sufficiente un intervento breve direttivo per riportare la situazione all'equilibrio precedente
- situazioni critiche nelle quali sono presenti fattori di rischio per un DUS o è quando vi è già la patologia, ma non è presente la necessaria consapevolezza del livello di gravità e del trattamento più idoneo da richiedere.

## 6. CRITERI DI ACCESSO

Accesso dell'utenza:

- Operatori dell'U.O. Dipendenze Patologiche ed equipe multiprofessionale interna al Servizio
- Altri Servizi territoriali (Tutela Minori, Servizi Sociali etc)
- Area Ospedaliera: Pronto Soccorso, Medicina, SPDC etc;
- Servizi di salute mentale che hanno in carico gli utenti per problematiche psichiatriche e/o disagio psicologico;
- Medici di Medicina Generale che individuano situazioni a rischio tra i loro assistiti
- Libero, da parte del diretto interessato o di qualche suo familiare o amico

## 7. DOCUMENTI DI REGISTRAZIONE

- 1) Scheda di accoglienza telefonica;
- 2) Cartella clinica;
- 3) Verbale riunioni equipe;
- 4) Verballi tests effettuati

## 8. RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Cirillo et al., (1996) La famiglia del tossicodipendente, Raffaello Cortina, Milano
- DSM- IV- TR, (2002), ed. Masson
- Gabbard G.O., (2002), Psichiatria Psicodinamica, terza edizione, Raffaello Cortina, Milano
- Khantzian E.,(1997) La dipendenza e il sé vulnerabile, Piccin, Padova.
- Luborsky L. (1989)Principi di Psicoterapia Psicoanalitica, Bollati Boringhieri, Torino
- Mazzi M. , Materiale informatico rilasciato a seguito della formazione presso l'U.O. Dipendenze Patologiche: Nosografia e Diagnosi Psichiatrica secondo il DSM IV,
- Parlamento, Relazione al sullo stato delle tossicodipendenze in Italia 2005,
- Piani sociali di zona nell'area dipendenze fornito dal Centro Documentazione dell'U.O. Dipendenze Patologiche.
- Raccomandazioni del World Forum Drug and Dependencies,
- Zucca Alessandrelli C., IL gruppo per la ripresa delle funzioni, articolo sulla rivista Gli Argonauti, rivista n.91, anno XXII,

<b>PROGRAMMA DI PSICOLOGIA AUSL di Rimini</b>	<b>Protocollo localmente concordato per LA DIAGNOSI E IL TRATTAMENTO DEL RITARDO MENTALE</b>	
---	--	--

## SOMMARIO

1. Introduzione.....	109
1.1 Inquadramento teorico .....	109
1.2 Target di riferimento e bisogni associati .....	110
2 Fattori di rischio.....	110
3 Strumenti e modalità per la Diagnosi .....	111
4 Strumenti e modalità per il trattamento .....	111
5 Criteri di eleggibilità.....	112
6 Criteri di Accesso .....	113
7 Documenti di registrazione .....	113
8 Riferimenti bibliografici .....	113

Conduttori del gruppo:  
Dott.ssa Agostini Anna Maria  
Dott. Tarducci Sergio

Dott. Crescentini Augusto  
Dott. Del Papa Giorgio  
Dott.ssa Fabbri Gabriella  
Dott.ssa Felici Bellicchi Maria Cristina  
Dott. Marchetti Daniele  
Dott.ssa Orlandi Monica  
Dott.ssa Pratelli Michela  
dott.ssa Tattini Manuela  
Figura di supporto:  
Dott.ssa Salucci Michela

<b>PROGRAMMA DI PSICOLOGIA AUSL di Rimini</b>	<b>Protocollo localmente concordato per LA DIAGNOSI E IL TRATTAMENTO DEL RITARDO MENTALE</b>	
---	--	--

## 1. INTRODUZIONE

### 1.1 INQUADRAMENTO TEORICO

Le definizioni di Ritardo Mentale (RM) hanno subito nel tempo vari cambiamenti al momento attuale le più accreditate fanno riferimento ai sistemi di classificazione ICD 10, DSM IV TR e all'AAMR (Associazione Americana Ritardo Mentale).

1. L'ICD 10 identifica il RM come "una condizione di sviluppo cognitivo interrotto o incompleto, che è caratterizzata soprattutto da una compromissione delle abilità e che si manifesta durante il periodo evolutivo; abilità che contribuiscono al livello globale di intelligenza, cioè, capacità cognitive, linguistiche, motorie e sociali. Il ritardo può presentarsi con o senza altre condizioni mentali e fisiche. Il grado di ritardo mentale è valutato convenzionalmente per mezzo di test standardizzati di intelligenza, i quali possono essere completati da scale che valutano l'adattamento sociale in un dato ambiente. Queste misure forniscono un'indicazione approssimativa del grado di RM. La diagnosi dipenderà anche dalla valutazione globale di un clinico specializzato. Capacità intellettive e adattamento sociale possono modificarsi nel corso del tempo e, anche se di poco, possono migliorare come risultato di training e riabilitazione. La diagnosi dovrebbe essere basata sul livello di funzionamento attuale".
2. Il DSM IV TR descrive il RM come caratterizzato da "un funzionamento intellettuale generale significativamente al di sotto della media a cui si accompagnano significative limitazioni nel funzionamento adattivo in almeno due delle seguenti aree: comunicazione – cura della persona – vita in famiglia – capacità sociali/interpersonali – uso delle risorse della comunità – autodeterminazione – capacità di funzionamento scolastico – lavoro – tempo libero – salute e sicurezza. L'esordio deve avvenire prima dei 18 anni, presenta molte eziologie diverse tra loro ed è il risultato di vari processi patologici che agiscono sul SNC. Il funzionamento intellettuale generale è definito dal QI e quello significativamente inferiore alla media è definito dal QI inferiore a 70 o inferiore." La definizione del grado del R.M. non è effettuata solo sulla base del QI ma anche del Comportamento Adattivo cioè l'efficacia con cui i Soggetti fanno fronte alle esigenze comuni della vita quotidiana. "Il funzionamento adattivo può essere influenzato da fattori quali: l'istruzione – la motivazione – le caratteristiche di personalità - le prospettive sociali e professionali – i disturbi mentali".
3. L'Associazione Americana Ritardo Mentale (AAMR), probabilmente la fonte attualmente più autorevole nell'ambito del RM, nel 2002 ha definito il RM "una disabilità caratterizzata da limitazioni significative, sia nel funzionamento intellettuale che nel comportamento adattivo, che si manifestano nelle abilità adattive concettuali, sociali e pratiche. Tale disabilità insorge prima dei 18 anni."

Cinque importanti assunti sono parte integrante della applicazione della suddetta definizione di RM:

1. Le limitazioni nel funzionamento presenti devono essere considerate all'interno del contesto degli ambienti comunitari tipici per età e cultura del soggetto.
2. Una valutazione efficace deve considerare sia le diversità culturali e linguistiche, sia le differenze nella comunicazione e nei fattori sensoriali, motori e comportamentali.
3. In una stessa persona, le limitazioni spesso coesistono con i punti di forza.
4. Un obiettivo fondamentale nella descrizione delle limitazioni è quello di sviluppare un profilo dei sostegni necessari.
5. Con un adeguato sistema individualizzato di sostegni, forniti per un certo periodo di tempo, il funzionamento della persona con RM tende a migliorare.

Tutte e tre i sistemi di classificazione definiscono i livelli di gravità del RM in base ai punteggi in QI e precisamente: RM lieve QI da 50-55 a 70, RM moderato QI da 35-40 a 50-55, RM grave QI da 20-25 a 35-40 e gravissimo QI sotto 25-20.

Le definizioni del DSM IV e dell'ICD 10 sono prettamente criteriologico-diagnostiche e allo stato pratico hanno funzioni amministrative (target di intervento, servizi di competenza, benefici economici, etc...) o epidemiologico-statistiche in quanto, anche se in misura più sfumata per il DSM IV, stabiliscono una linea di demarcazione tra la presenza e l'assenza del RM, mentre di fatto tra "la normalità" e il RM esiste un continuum, questo in particolare per quanto riguarda il ritardo mentale lieve - concetto di borderline intellettuale-

La definizione dell'AAMR si differenzia dalle precedenti, e soprattutto dall'ICD 10, poichè considera il RM mentale non una patologia, bensì una condizione esistenziale in quanto "non è qualcosa che si ha, come gli occhi azzurri o il cuore malato, neppure qualcosa che si è come l'essere piccoli o magri. Non è un disturbo medico, sebbene possa essere codificato in una classificazione medica di malattie; non è una malattia mentale, benchè possa essere definito all'interno di una classificazione di disturbi psichiatrici."

<b>PROGRAMMA DI PSICOLOGIA AUSL di Rimini</b>	<b>Protocollo localmente concordato per LA DIAGNOSI E IL TRATTAMENTO DEL RITARDO MENTALE</b>	
---	--	--

Tale concettualizzazione del RM (che mettendo l'accento sugli aspetti adattivi e sul potenziamento di questi è più vicina a una visione psicologica rispetto a una psicopatologica) ha una forte ricaduta in termini riabilitativi (puntare sugli aiuti adattivi) e nel trattamento delle comorbilità psichiatriche poiché il disturbo psichiatrico non è considerato a priori un epifenomeno del RM.

Nel RM dal punto di vista eziologico i fattori possono essere primariamente biologici o psicosociali o una combinazione di entrambi; nel 30/40% dei casi non può essere determinata una eziologia chiara e in genere più è grave il ritardo più è probabile identificarne l'eziologia.

Non vi sono caratteristiche specifiche fisiche, di personalità e di comportamento associate al ritardo mentale in genere (anche se vi può essere una relazione tra la gravità del ritardo, le funzioni compromesse ed comportamenti problematici), mentre quando il RM fa parte di una specifica sindrome saranno presenti le caratteristiche cliniche di quella sindrome.

Secondo il DSM IV i soggetti con RM hanno una prevalenza di disturbi mentali in comorbilità stimata 3/4 volte maggiore rispetto alla popolazione generale, si possono osservare tutti i tipi di disturbo mentale e non è dimostrato che la natura di un dato disturbo mentale sia diversa nei soggetti affetti da RM.

## 1.2 TARGET DI RIFERIMENTO E BISOGNI ASSOCIATI

La popolazione di riferimento è costituita da soggetti nella fascia di età 18 - 64 anni presentanti RM da lieve a gravissimo con associate o meno patologie psichiatriche.

Il disabile mentale, di qualsiasi età sia, necessita di un sistema di aiuto che favorisca lo sviluppo massimo delle capacità adattive al fine del conseguimento e mantenimento del miglior grado possibile di autonomia ed integrazione sociale.

Nell'attuare la presa in carico del disabile mentale va tenuto in forte considerazione il bisogno di supporto (anche emotivo) di cui necessitano i famigliari e le figure di riferimento.

## 2 FATTORI DI RISCHIO

Il RM di per sé è un fattore di rischio di disadattamento sociale, di disturbi del comportamento e/o mentali; pare esservi una correlazione tra lo sviluppo di disturbi mentali (non psicotici) e del comportamento ed esposizione a life events in quanto le persone con RM sono in condizione di maggiore vulnerabilità.

Nel descrivere i fattori di rischio va ricordato che la definizione di RM si riferisce a tipologie differenti tra loro sia a livello fenomenologico che eziologico, pertanto tali fattori non sono riportati in ordine gerarchico in quanto la probabilità e l'intensità di questi variano a seconda della tipologie.

I fattori di rischio, suddivisi tra oggettivi (socio-ambientali, famigliari, biologico-fisici) e soggettivi (psicologico individuali), potrebbero essere così riassunti:

- ❑ Oggettivi
- 1. Problemi di decadimento psichico e/o fisico e più in generale stato di malattia
- 2. Morte o grave malattia e/o decadimento legato a invecchiamento di un parente stretto o di un amico o in generale dei care givers.
- 3. Assenza o scarsa consistenza di una rete famigliare allargata e/o amicale di supporto
- 4. Contesto ambientale e/o famigliare problematico a livello sociale (svantaggio economico e/o culturale, presenza di altre problematiche, etc...)
- 5. Contesto ambientale e/o famigliare problematico a livello relazionale (iperprotettivo, svalutante, ansiogeno, tendente alla negazione, resistente allo sviluppo delle autonomie, etc...)
- 6. Isolamento sociale (scarsi contatti e/o attività in ambienti extrafamigliari, difficoltà di accesso ai servizi educativi e socio-sanitari)
- 7. Fine del percorso scolastico e dell'integrazione in contesti "normali" con conseguente maggiore isolamento per la frattura che avviene nella rete amicale dovuta a percorsi differenziati tra disabile e normodotati
- 8. Cambio di residenza o di casa e in generale di contesto ambientale
- 9. Inserimento in contesti caratterizzati da un insieme di regole e/o procedure particolarmente articolate
- 10. Assenza e/o inadeguatezza di una fonte di reddito personale (rendite, pensioni, attività retribuita) e scarsa consistenza, sia qualitativa che quantitativa, di attività gratificanti
- 11. Ridotta probabilità di acquisire un ruolo sociale riconosciuto e gratificante

<b>PROGRAMMA DI PSICOLOGIA AUSL di Rimini</b>	<b>Protocollo localmente concordato per LA DIAGNOSI E IL TRATTAMENTO DEL RITARDO MENTALE</b>	
---	--	--

- ☐ Soggettivi
1. Limitata capacità di elaborazione di stimolazioni, sia esterne che interne a forte connotazione emotiva
  2. Capacità al governo degli impulsi, in particolare quelli aggressivi e/o sessuali, secondo modalità socialmente condivise, inversamente proporzionale alla compromissione cognitiva
  3. Ridotta capacità di decodificare autonomamente, interiorizzare e interpretare (nel senso di agire) regole, prassi, etc...
  4. Scarsa accettazione delle limitazioni dovute alla disabilità
  5. Non riconoscimento della disabilità
  6. Marcati tratti di personalità di tipo oppositivo

### 3 STRUMENTI E MODALITÀ PER LA DIAGNOSI

Oltre alle consulenze e al supporto agli operatori sono previsti interventi clinici specifici a favore sia dell'utente che dei suoi famigliari.

Gli interventi a favore della persona disabile possono essere attivati su richiesta dell'interessato, di famigliari o di altri operatori.

Nel primo caso si procede direttamente con l'utente (in questo caso si tratta di persone con RM lieve) a definire il focus del problema e l'intervento da attuare, stabilendone fin dall'inizio setting e durata.

Negli altri casi lo psicologo valuta attentamente la richiesta non avanzata dal destinatario dell'intervento attraverso colloquio teso a verificare l'appropriatezza della richiesta e la possibilità di coinvolgimento dell'utente.

Strumenti per la diagnosi.

1. Colloquio e valutazione clinica
2. Valutazione del funzionamento cognitivo attraverso l'applicazione di test psicometrici  
Quali: le Scale Wechsler ( WAIS R. e WISC R.) e le Matrici di Raven
3. Valutazione del comportamento adattivo con l'ausilio di strumenti validati: chek list, interviste, colloqui clinici. Gli strumenti utilizzati sono l'ADAPTIVE BEHAVIOR SCALES VINELAND – PORTAGE – ecc...
4. Valutazione dello stato psichico e disturbi del comportamento e/o di personalità con l'ausilio di strumenti validati: chek list, interviste, colloqui clinici. Gli strumenti utilizzati sono: SCID I e II, DASH II (Diagnostic Assesment for the Severety Handicapped II), ADD (Assesment for Dual Diagnosis) etc...

### 4 STRUMENTI E MODALITÀ PER IL TRATTAMENTO

I trattamenti possono rivolgersi sia al soggetto con RM sia ai famigliari (care giver).

Per i soggetti con ritardo mentale l'individuazione degli strumenti e delle modalità per il trattamento è fortemente correlata al livello del funzionamento intellettivo.

#### Trattamenti individuali:

1. Psicoterapia a tempo definito a carattere prevalentemente supportivo (8-12 sedute)

Obiettivi:

- Analisi e ridefinizione del problema
- Rafforzamento delle capacità adattive (miglioramento nella gestione degli impulsi e della emotività) e attivazione delle risorse personali
- Miglioramento delle performance, dei comportamenti adattivi e della capacità relazionale
- Maggiore consapevolezza dei propri limiti e delle proprie potenzialità
- Gestione del disagio emotivo e della sofferenza psichica rispetto a eventi stressanti e/o traumatici

2. Supporto psicologico a cadenza e durata variabile e non necessariamente predefinita (può risolversi a livello di consulenza o richiedere sedute protratte nel tempo)

Obiettivi:

- Promozione delle abilità sociali volte all'integrazione
- Apprendimento di strategie di problem solving
- Promozione della compliance all'intervento riabilitativo

<b>PROGRAMMA DI PSICOLOGIA AUSL di Rimini</b>	<b>Protocollo localmente concordato per LA DIAGNOSI E IL TRATTAMENTO DEL RITARDO MENTALE</b>	
---	--	--

- Analisi funzionale dei comportamenti disadattivi finalizzata alla loro riduzione

3. Interventi psico-educativi (numero predefinito di sedute)

Obiettivi:

- Incremento del livello di autonomia generale e/o in aree specifiche

**Trattamenti a favore di familiari e/o care giver:**

1. Supporto psicologico (può risolversi a livello di consulenza o richiedere sedute protratte nel tempo)

Obiettivi:

- Analisi e definizione del problema emergente
- Apprendimento di strategie di problem solving
- Elaborazione del lutto legato alla disabilità del familiare
- Gestione dell'emotività espressa
- Promozione della compliance all'intervento riabilitativo

2. Interventi psico-educativi

Obiettivi:

- aumento del livello di conoscenza delle problematiche dell'assistito
- riduzione della emotività espressa.

**Trattamenti indiretti:**

1. La consulenza o la supervisione ad altri operatori coinvolti nella gestione quotidiana del disabile (operatori sociali, educatori, ADB, care giver etc.)

Obiettivi:

- Fornire strumenti per un approfondimento degli aspetti emotivi e relazionali presenti nella gestione della situazione

2. Collaborazione al progetto riabilitativo (socio-assistenziale, lavorativo)

Obiettivi:

- Definizione abilità emergenti e loro implementazione
- Favorire la compliance da parte dell'utente e dei familiari nei confronti del progetto riabilitativo
- Favorire le relazioni e l'integrazione sociale
- Migliorare la qualità della vita del disabile e del suo nucleo familiare

## **5 CRITERI DI ELEGGIBILITÀ**

- Psicoterapia a tempo definito- criteri di inclusione:
  - Presenza di una situazione di crisi o di un problema specifico
  - Sufficiente capacità di definire e concordare con il terapeuta il focus dell'intervento
  - Assetto difensivo sufficientemente stabile
- Supporto psicologico – criteri di inclusione
  - Condizione di vulnerabilità emotiva, relazionale e/o sociale
  - Capacità di espressione e comprensione verbale sufficienti alla comunicazione
- Interventi psico-educativi rivolti all'utente - criteri di inclusione
  - Livello di autonomia (anche in ambiti specifici) inferiore alle potenzialità
- Interventi psico-educativi rivolti ai familiari – criteri di inclusione
  - Presenza di errate convinzioni e/o disinformazione rispetto alle problematiche presentate dal soggetto in carico
  - Significativo livello di emotività espressa
- Consulenza agli operatori – criteri di inclusione
  - Ogni volta che viene richiesta purché attinente alla popolazione target

<b>PROGRAMMA DI PSICOLOGIA AUSL di Rimini</b>	<b>Protocollo localmente concordato per LA DIAGNOSI E IL TRATTAMENTO DEL RITARDO MENTALE</b>	
---	--	--

- Collaborazione al progetto complessivo – criteri di inclusione
  - Utenti in carico al MO

## **6 CRITERI DI ACCESSO**

- M.O. Servizio Integrato Disagio Psico-sociale e Disabilità Mentale (operatori del Modulo che ne ravvisano la indicazione)
- Unità Operative territoriali e ospedaliere per valutazione e/o presa in carico
- Medici di Medicina Generale
- Sportelli Sociali Professionali
- Accesso diretto

## **7 DOCUMENTI DI REGISTRAZIONE**

- Cartella Clinica
- Protocolli Test
- Certificazioni e Relazioni

## **RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI**

- DSM IV TR MASSON Milano
- ICD 10 MASSON Milano
- RITARDO MENTALE DEFINIZIONE, CLASSIFICAZIONE E SISTEMI DI SOSTEGNO Manuale 10° edizione American Association on Mental Retardation VANNINI Editrice
- LA SFIDA TRA RITARDO MENTALE E SVILUPPO C. Ruggerini e altri Franco Angeli Milano
- La Scala DASH-II per la valutazione dei disturbi Mentali nei Ritardati Mentali Gravi Guaraldi G.P. ed altri Quaderni Italiani di Psichiatria, 21 2002
- Ritardo Mentale e Psicopatologia dello sviluppo: riflessioni cliniche Guaraldi G.P. e Ruggerini C. Abilitazione e Riabilitazione 11 2002

<b>PROGRAMMA DI PSICOLOGIA AUSL di Rimini</b>	<b>protocollo localmente concordato per LA DIAGNOSI E IL TRATTAMENTO DEL DISAGIO PSICO-SOCIALE</b>	
---	--	--

## SOMMARIO

1. Introduzione.....	115
1.1. Inquadramento teorico .....	115
1.2. Target di riferimento e bisogni associati.....	115
2. Fattori di rischio.....	116
3. Strumenti e modalità per la Diagnosi.....	116
4. Strumenti e modalità per il trattamento .....	116
5. Criteri di eleggibilità.....	117
6. Criteri di Accesso .....	118
7. Documenti di registrazione.....	118
8. Riferimenti bibliografici .....	118

Conduttori del gruppo:

Dott.ssa Agostini Anna Maria

Dott. Tarducci Sergio

Dott. Crescentini Augusto

Dott. Del Papa Giorgio

Dott.ssa Fabbri Gabriella

Dott.ssa Felici Bellicchi Maria Cristina

Dott. Marchetti Daniele

Dott.ssa Orlandi Monica

Dott.ssa Pratelli Michela

dott.ssa Tattini Manuela

Figura di supporto:

Dott.ssa Salucci Michela

<b>PROGRAMMA DI PSICOLOGIA AUSL di Rimini</b>	<b>protocollo localmente concordato per LA DIAGNOSI E IL TRATTAMENTO DEL DISAGIO PSICO-SOCIALE</b>	
---	--	--

## 1. INTRODUZIONE

### 1.1 INQUADRAMENTO TEORICO

Afferiscono all'area del Disagio Psico-sociale:

#### 1. **Soggetti con efficienza intellettiva limite o borderline.**

Con tale termine si definisce quella fascia di persone con Q.I. compreso tra 75 e 85 che, pur non rientrando nei criteri del RITARDO MENTALE (Q.I. inferiore a 70), presentano difficoltà negli apprendimenti e pregressi blocchi evolutivi, dovuti a frustrazioni e/o delusioni delle aspettative personali e familiari. Nell'età adulta questi soggetti possono andare incontro a situazioni di grave disagio psico-sociale tendente alla cronicizzazione. Trattandosi di caratteristiche poco visibili e non sempre riconosciute, le difficoltà riconducibili alla non buona dotazione intellettiva e culturale (frequentemente tali difficoltà sono presenti in soggetti provenienti da contesti socio-famigliari deprivati), vengono di sovente imputate a pigrizia, svogliatezza e comportamenti inadeguati della persona. Di conseguenza la richiesta da parte dell'ambiente di standard prestazionali troppo elevati, se rapportati alle capacità, può causare frustrazioni, rifiuti, fughe dai contesti relazionali, instabilità, problemi comportamentali e più in generale significativo disfunzionamento sociale. Possono insorgere, con il procedere dell'età, problemi psichiatrici o di dipendenze patologiche che associati alla emarginazione sociale creano un circolo vizioso. Mentre nell'età evolutiva si evidenziano in particolare difficoltà di apprendimento, scarso rendimento con associati disturbi specifici delle abilità scolastiche, nell'età adulta in assenza di FATTORI DI PROTEZIONE, quali ad esempio: un contesto familiare di supporto sul piano affettivo e pratico o un contesto sociale in grado di offrire occasioni sul piano delle relazioni e su quello di un riconoscimento di un ruolo sociale, sono frequenti gli insuccessi nell'ambito lavorativo e nella gestione della vita quotidiana. Questo determina una ulteriore caduta dell'autostima, tensioni nei contesti familiari e comportamenti reattivi. L'insorgere del problema è favorito dalla provenienza da contesti estremamente deprivati sul piano socioculturale e/o da nuclei con figure parentali che presentano patologie psichiatriche o deficitarie o devianti. In tali situazioni si rende necessario effettuare una valutazione finalizzata alla messa in atto di progetti individualizzati di supporto e/o accompagnamento con l'obiettivo di far acquisire alla persona un sufficiente grado di autonomia e responsabilità.

#### 2. **Soggetti a rischio o in stato di marginalità sociale**

Con tale termine intendiamo soggetti che nel corso del ciclo di vita, per cause non sempre identificate, hanno manifestato difficoltà nelle competenze sociali, nelle autonomie e nell'assunzione di responsabilità, per cui vivono nella marginalità, spesso ricorrendo a forme di dipendenza dai servizi socio-assistenziali. Si rende quindi necessario procedere ad una valutazione delle cause del disadattamento, delle componenti del disagio e delle manifestazioni al limite della patologia, al fine di programmare interventi mirati, sulla base di un progetto individualizzato che abbia come obiettivo la autonomia, l'attivazione delle risorse personali e la responsabilità della persona.

### 1.2 TARGET DI RIFERIMENTO E BISOGNI ASSOCIATI

La popolazione di riferimento è costituita da soggetti nella fascia d'età 18 – 64 anni che rientrano nelle tipologie sopra descritte e non presentano patologie psichiatriche o dipendenze patologiche in atto.

Il soggetto in situazione di Disagio psico-sociale (come sopra definito) in genere presenta bisogni di supporto sul piano emotivo e pratico.

Tale supporto è finalizzato al raggiungimento del maggior grado di autonomia possibile e di assunzione di responsabilità, con conseguente riduzione del livello di dipendenza dai Servizi socio-assistenziali, attraverso:

- rafforzamento dell'autostima,
- riconoscimento di un ruolo sociale,
- inserimento in contesti sociali facilitanti le relazioni,
- lavoro col contesto familiare.

<b>PROGRAMMA DI PSICOLOGIA AUSL di Rimini</b>	<b>protocollo localmente concordato per LA DIAGNOSI E IL TRATTAMENTO DEL DISAGIO PSICO-SOCIALE</b>	
---	--	--

Nel contesto sociale, e in quello familiare in particolare, in genere si rileva la necessità di una ridefinizione delle potenzialità, dei limiti e delle risorse e conseguenti aspettative nei confronti della persona in difficoltà.

## 2 FATTORI DI RISCHIO

I fattori di rischio più frequenti, suddivisi tra oggettivi (socio-ambientali, familiari, biologico-fisici) e soggettivi (psicologico individuali), potrebbero essere così riassunti:

### □ Oggettivi

12. Provenienza da ambiente deprivato sui piani sociale, culturale e/o economico
13. Famiglia d'origine multiproblematica
14. Assenza o fragilità della rete sociale, parentale e/o amicale
15. Esposizione a life event (divorzio, licenziamento, grave lutto etc)
16. Età avanzata e/o malattia a fronte di fonti di reddito inadeguate e/o scarsa competitività sul mercato del lavoro

### □ Soggettivi

1. Presenza di disturbi comportamentali, psicologici, relazionali e/o psicopatologici
2. Limitata capacità cognitiva
3. Pregresse e prolungate problematiche di abuso o dipendenza da sostanze psicotrope
4. Reazioni disadattive in pregresse situazioni problematiche
5. Insuccessi nell'ambito scolastico e lavorativo
6. Bassa scolarizzazione o professionalizzazione

## 3 STRUMENTI E MODALITÀ PER LA DIAGNOSI

Sono previsti interventi clinici specifici a favore sia dell'utente che dei suoi familiari e interventi di consulenza e supporto rivolti agli operatori.

Gli interventi a favore degli utenti del servizio possono essere attivati su richiesta dell'interessato, di familiari o di operatori.

Nel primo caso si procede direttamente con l'utente a definire il focus del problema e l'intervento da attuare, stabilendone fin dall'inizio setting e durata.

Negli altri casi lo psicologo valuta attentamente la richiesta avanzata non dal destinatario dell'intervento attraverso colloquio teso a verificare l'appropriatezza della richiesta e la possibilità di coinvolgimento dell'utente.

Strumenti per la diagnosi:

1. Colloquio e valutazione clinica
2. Valutazione del funzionamento cognitivo attraverso l'applicazione di test psicometrici in prevalenza WAIS R, Matrici di Raven
3. Valutazione dello stato psichico e disturbi del comportamento e/o di personalità con l'ausilio di strumenti validati: chek list, interviste, colloqui clinici. Gli strumenti a disposizione sono: SCID I e II, MMPI-2, Rorschach, questionari o interviste a spettro mirato che valutano un disordine specifico o aspetti definiti della personalità

## 4 STRUMENTI E MODALITÀ PER IL TRATTAMENTO

I trattamenti possono rivolgersi sia al soggetto in situazione di disagio psico-sociale sia ai suoi familiari.

### Trattamenti :

1. Psicoterapia a tempo definito, 12-24 sedute a cadenza settimanale o quindicinale, a carattere prevalentemente supportivo focalizzata sul tema/ problema portato, nei diversi formati (a seconda della valutazione clinica: individuale, coppia etc.).

<b>PROGRAMMA DI PSICOLOGIA AUSL di Rimini</b>	<b>protocollo localmente concordato per LA DIAGNOSI E IL TRATTAMENTO DEL DISAGIO PSICO-SOCIALE</b>	
---	--	--

Obiettivi:

- Analisi e ridefinizione del problema
  - Rafforzamento delle capacità adattive (miglioramento nella gestione degli impulsi e della emotività) e attivazione delle risorse personali
  - Miglioramento delle performance, dei comportamenti adattivi e della capacità relazionale
  - Maggiore consapevolezza dei propri limiti e delle proprie potenzialità
  - Gestione del disagio emotivo e della sofferenza psichica rispetto a eventi stressanti e/o traumatici
2. Sostegno psicologico nei vari formati (individuale, coppia, gruppo etc.) rivolta all'utente e/o ai familiari, a cadenza e durata variabile (può risolversi con qualche consulenza o richiedere sedute, anche non frequenti, ma protratte nel tempo, a seconda della tipologia del problema portato e delle risorse dell'utente)

Obiettivi:

- Promozione delle abilità sociali volte all'integrazione
- Apprendimento di strategie di problem solving
- Promozione della compliance all'intervento terapeutico-riabilitativo
- Analisi funzionale dei comportamenti disadattivi finalizzata alla loro riduzione
- Analisi e definizione del problema emergente
- Gestione dell'emotività espressa

**Trattamenti indiretti**

3. La consulenza o la supervisione ad altri operatori coinvolti nella gestione quotidiana dell'utente (operatori sociali, formatori, tutor, etc.)

Obiettivi:

- Fornire strumenti per un approfondimento degli aspetti emotivi e relazionali presenti nella gestione della situazione

4. Collaborazione al progetto riabilitativo (socio-assistenziale, lavorativo)

Obiettivi:

- Definire le abilità emergenti in funzione dell'implementazione delle stesse
- Favorire la collaborazione da parte dell'utente e dei famigliari nei confronti del progetto terapeutico-riabilitativo
- Favorire le relazioni e l'integrazione sociale
- Migliorare la qualità della vita del soggetto in situazione di disagio psico-sociale e del suo nucleo familiare

**5 CRITERI DI ELEGGIBILITÀ**

- Psicoterapia a tempo definito - criteri di inclusione:
  - Presenza di una situazione di crisi o di un problema specifico
  - Sufficiente capacità di definire e concordare con lo psicologo il focus dell'intervento
  - Assetto difensivo sufficientemente stabile
  - Sufficiente motivazione
- Supporto psicologico – criteri di inclusione
  - Condizione di vulnerabilità emotiva, relazionale e/o sociale
  - Capacità di espressione e comprensione verbale sufficienti alla comunicazione
- Consulenza agli operatori – criteri di inclusione
  - Ogni volta che viene richiesta purché attinente alla popolazione target

<b>PROGRAMMA DI PSICOLOGIA AUSL di Rimini</b>	<b>protocollo localmente concordato per LA DIAGNOSI E IL TRATTAMENTO DEL DISAGIO PSICO-SOCIALE</b>	
---	--	--

- Collaborazione al progetto complessivo – criteri di inclusione
  - Utenti in carico al MO SIDP/DM

## **6 CRITERI DI ACCESSO**

- M.O. SIDP/DM (operatori del Modulo che ne ravvisano la indicazione)
- Unità Operative territoriali per valutazione e/o presa in carico
- Medici di Medicina Generale
- Sportelli Sociali Professionali
- Accesso diretto

## **7 DOCUMENTI DI REGISTRAZIONE**

- Cartella Clinica
- Protocolli Test
- Certificazioni e Relazioni

## **8 RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI**

- DSM IV (funzionamento intellettivo limite) MASSON Milano
- Altri riferimenti sono:
- Progetto Istituzione Servizio Integrato Disagio Psico-sociale AUSL Rimini
- Accordo di Programma per la Tutela della Salute Mentale - Distretti Nord e Sud RIMINI

<b>PROGRAMMA DI PSICOLOGIA AUSL di Rimini</b>	<b>protocollo localmente concordato per LA DIAGNOSI E IL TRATTAMENTO PSICOLOGICO NEI CASI DI DISABILITÀ FISICA E/O SENSORIALE IN ETÀ ADULTA</b>	
---	---	--

## SOMMARIO

1. Introduzione.....	120
1.1. Inquadramento teorico .....	120
1.2. Target di riferimento e bisogni associati .....	121
2. Fattori di rischio.....	121
3. Strumenti e modo per la Diagnosi .....	121
4. Strumenti e modalità per il trattamento .....	122
5. Criteri di eleggibilità.....	122
6. Criteri di Accesso .....	123
7. Documenti di registrazione.....	123
8. Riferimenti bibliografici .....	123

Conduttori del gruppo:

Dott.ssa Agostini Anna Maria

Dott. Tarducci Sergio

Dott. Crescentini Augusto

Dott. Del Papa Giorgio

Dott.ssa Fabbri Gabriella

Dott.ssa Felici Bellicchi Maria Cristina

Dott. Marchetti Daniele

Dott.ssa Orlandi Monica

Dott.ssa Pratelli Michela

dott.ssa Tattini Manuela

Figura di supporto:

Dott.ssa Salucci Michela

<b>PROGRAMMA DI PSICOLOGIA AUSL di Rimini</b>	<b>protocollo localmente concordato per LA DIAGNOSI E IL TRATTAMENTO PSICOLOGICO NEI CASI DI DISABILITÀ FISICA E/O SENSORIALE IN ETÀ ADULTA</b>	
---	---	--

## 1. INTRODUZIONE

### 1.1 INQUADRAMENTO TEORICO

Nel 1980 l'OMS pubblicò un primo documento dal titolo International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH). In tale pubblicazione si distingueva tra "menomazione" (impairment), definita come "perdita o anomalia di una struttura o di una funzione..." e gli altri due termini. Questi venivano definiti rispettivamente: "disabilità" come "qualsiasi limitazione o perdita (conseguente a menomazione) della capacità di compiere un'attività nel modo considerato normale per un essere umano" ed "handicap" come la "condizione di svantaggio conseguente ad una menomazione o ad una disabilità.

In un successivo documento, l'ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health, OMS 2001), non ci si riferisce più ad un disturbo, strutturale o funzionale, senza prima rapportarlo ad uno stato considerato di salute. L'ICF non riguarda solo le persone con disabilità, ma ha un valore universale, prendendo in considerazione i più diversi ambiti del "funzionamento" umano, compresi gli ambiti relazionali e sociali. La "classificazione positiva" che parte dal funzionamento per dire se e quanto ciascuno se ne discosta, ha il vantaggio di non mettere l'accento sulle cause della menomazione o disabilità (diagnosi medica), ma sul funzionamento della persona nei diversi ambiti considerati.

Fare i conti con l'impossibilità di recuperare un'abilità perduta o mai avuta, significa avviare un processo di elaborazione che consenta di ripensare tutta la vita della persona disabile.

Di solito accade che vengano attivate le competenze psicologiche quando si evidenzia un quadro di forte disagio, personale e/o familiare, dove in realtà la disabilità è un'esperienza fortemente destrutturante per chiunque si trovi a viverla, in qualunque momento del proprio ciclo vitale. Questo induce a ritenere importante un intervento psicologico precoce, sia per la persona che per il nucleo familiare, che s'inserisca in un progetto di presa in carico terapeutica-riabilitativa d'equipe. La ricerca in campo psicologico e sociale ha da tempo evidenziato l'impatto e le conseguenze psico-sociali, sulla famiglia e sulla rete sociale, della nascita di un bambino con problemi o della comparsa improvvisa di una malattia cronica o degli esiti di gravi traumi. Si sono messe in luce soprattutto le reazioni depressive, assimilabili a quelle del "normale" lutto, ma per certi versi forse più difficili da superare perché l'"oggetto" del lutto è sempre vivo e presente, vuoi che questo sia il figlio per un genitore o la funzione deficitaria per il disabile stesso. A fronte del trauma della diagnosi che rappresenta un "evento critico" nel ciclo della vita e dell'attivarsi di reazioni difensive, inizia comunque un lungo percorso di adattamento della famiglia e della persona disabile.

L'approccio psicologico alla disabilità trova validi spunti nell'approccio bio-psico-sociale (Engel 1980) che auspica il superamento della parcellizzazione della persona e dei curanti impliciti nel modello bio-medico, per cui ogni esperto "cura" la struttura corporea di propria competenza, a favore di un'ottica sistemica più allargata attorno al paziente che viene considerato nella sua globalità di persona inserita in un proprio contesto familiare, sociale e culturale. Sul piano delle dinamiche delle famiglie con un membro disabile risulta produttivo un approccio sistemico relazionale integrato dagli apporti della Psicologia del ciclo della vita in quanto, come già detto, la diagnosi di handicap, con la sua potenza traumatica, mette comunque in crisi il precedente equilibrio familiare. E' importante capire in quale momento evolutivo si trova la famiglia come sistema ed in quale si trova ciascuno dei suoi membri, oltre che valutare quali meccanismi di adattamento vengono messi in atto per fronteggiare la situazione, per poi poter essere davvero utili sul piano terapeutico. Va tenuto presente inoltre che anche il disabile stesso va aiutato ad affrontare il proprio ciclo di vita che non di rado subisce rallentamenti nelle diverse tappe evolutive e spesso si ferma ad una condizione di perenne dipendenza "infantile", non riuscendo ad assolvere al proprio mandato di persona adulta che si svincola dalla famiglia e ne crea una di propria.

Altro importante apporto può dare la Teoria dell'Attaccamento specie nei casi di handicap congenito o diagnosticati in età precoce, in quanto può dare utili letture sul rapporto madre-figlio con handicap o nel caso in cui sia la madre con handicap a dover affrontare il compito genitoriale.

In conclusione l'approccio psicologico alla persona disabile ed alla sua famiglia non può prescindere da un approccio che tenga in considerazione il contesto socio-culturale di riferimento (macro-sistema) e progressivamente stringa il fuoco sull'ambiente sociale extrafamiliare e sulla famiglia (micro-sistemi) e sull'individuo (sistema intrapsichico), cercando di comprendere le diverse interrelazioni all'interno di ciascun sistema e tra un sistema e l'altro, alla ricerca di risorse e punti di forza per promuovere cambiamenti positivi nell'adattamento e nella qualità della vita. In tal senso è molto importante il lavoro in equipe con altre figure professionali (ass soc, ed. prof, riabilitatori) con il fine di coordinare e sincronizzare i diversi interventi possibili in modo che la loro efficacia s'implementi a vicenda.

<b>PROGRAMMA DI PSICOLOGIA AUSL di Rimini</b>	<b>protocollo localmente concordato per LA DIAGNOSI E IL TRATTAMENTO PSICOLOGICO NEI CASI DI DISABILITÀ FISICA E/O SENSORIALE IN ETÀ ADULTA</b>	
---	---	--

## 1.2 TARGET DI RIFERIMENTO E BISOGNI ASSOCIATI

La popolazione di riferimento è costituita da soggetti nella fascia d'età 18- 64 anni che presentano un quadro di disabilità fisica e/o sensoriale attestata da diagnosi mediche e con invalidità riconosciuta o in via di riconoscimento. Si tratta di condizioni mediche (Asse IV del DSM IV) per lo più croniche ed invalidanti, suscettibili di scarse possibilità di recupero sul piano prognostico e con le quali le persone devono apprendere a convivere nel medio-lungo periodo. Sia che la disabilità sia congenita e precoce, sia che venga acquisita successivamente nell'arco della vita, l'impatto della diagnosi sul singolo e sulla famiglia rappresenta sempre un trauma, un'evento critico che come tale va affrontato. Nell'approccio alle diverse situazioni, nell'età considerata, occorre operare distinzioni tra disabilità congenita e disabilità acquisite e inoltre tra le disabilità acquisite bisogna distinguere se la disabilità in questione è stabilizzata o degenerativa (SM, SLA, Distrofie degenerative, retinopatie, ecc..). Per poter andare incontro ai bisogni associati a ciascuna situazione, occorre contestualizzare e storicizzare ciascun caso tenendo presente il tipo di diagnosi medica, il momento del ciclo di vita dell'individuo e della famiglia in cui avviene la comunicazione, in quali modi e termini avviene la comunicazione della diagnosi, come reagisce l'individuo e/o la famiglia di fronte all'evento critico, quali risorse mette in campo e quali difese utilizza di fronte al trauma.

Nella presa in carico del disabile fisico e sensoriale è di fondamentale importanza offrire spazi di supporto emotivo e psicologico ai familiari ed alle figure di riferimento

## 2 FATTORI DI RISCHIO

La disabilità fisica e/o sensoriale è di per sé un fattore di rischio di emarginazione sociale e relazionale e di disagio psicologico, in quanto rappresenta un "life event" traumatico e destabilizzante, per la persona e per i suoi familiari, i cui effetti sono destinati a perdurare nel tempo. Tuttavia, all'interno di un quadro di disabilità e di sofferenza, si possono individuare alcuni fattori di rischio, peraltro specifici e comuni a tutti gli individui, che possono contribuire ad aggravare la situazione psicologica della persona nella sua relazione con l'ambiente di vita:

### FATTORI DI RISCHIO ATTINENTI ALLA SFERA PSICOLOGICA - INDIVIDUALE

- Disagio psicologico con sintomi ansioso-depressivi- fobici o disturbi mentali
- Carenza nel controllo degli impulsi
- Limitazione intellettiva
- Scarse autonomie personali con eccesso di dipendenza (anche psicologica) dai care-givers

### FATTORI DI RISCHIO ATTINENTI ALLA SFERA RELAZIONALE E CONTESTUALE

- Problematiche relazionali intra o extra familiari
- Carenza/assenza di figure familiari di riferimento
- Isolamento sociale e relazionale, tanto più grave quanto più è grave il quadro di compromissione delle abilità
- Difficoltà a condurre e/o mantenere attività lavorative
- Assenza rapporti di coppia
- Recenti eventi psicologici stressanti (comprese intense esperienze di cambiamento )
- Eventi traumatici recenti (lutti, interventi chirurgici, aggravamento condizioni mediche generali, ecc...).

## 3 STRUMENTI E MODO PER LA DIAGNOSI

1. Colloquio e valutazione clinica
2. Test per valutare il funzionamento cognitivo (test neuropsicologici, qualora siano necessari, eseguiti, al momento c/o la Neurologia Ospedaliera)
3. Test per la valutazione della personalità (MMPI -2)
4. Test per valutare il comportamento adattivo (ADAPTIVE BEHAVIOR SCALES VINELAND nelle situazioni più compromesse)
5. Valutazione del funzionamento familiare e degli stili genitoriali ove richiesto o necessario ai fini dell'intervento da pianificare, sia esso un trattamento psicologico o una consulenza agli operatori per impostare un progetto socio-assistenziale

<b>PROGRAMMA DI PSICOLOGIA AUSL di Rimini</b>	<b>protocollo localmente concordato per LA DIAGNOSI E IL TRATTAMENTO PSICOLOGICO NEI CASI DI DISABILITÀ FISICA E/O SENSORIALE IN ETÀ ADULTA</b>	
---	---	--

#### 4 STRUMENTI E MODALITÀ PER IL TRATTAMENTO

I trattamenti possono rivolgersi sia alla persona con disabilità, sia ai familiari.

##### Trattamenti :

1. Psicoterapia a tempo definito, 12-24 sedute a cadenza settimanale o quindicinale, focalizzata sul tema/ problema portato, nei diversi formati (a seconda della valutazione clinica: individuale, coppia etc.).

##### Obiettivi:

- Analisi e definizione del problema
- Rafforzamento dell'io ed attivazione delle risorse personali
- Aumento della consapevolezza dei propri limiti e delle proprie potenzialità
- Promozione dell'elaborazione della condizione di handicap come uno degli aspetti della propria persona e della propria vita, aspetto certamente pregnante, ma non totalizzante
- Miglioramento delle performance e dei comportamenti adattivi

2. Sostegno psicologico nei vari formati (individuale, coppia, gruppo etc.) rivolta all'utente e/o ai familiari e/o ai caregivers, a cadenza e durata variabile (può risolversi con qualche consulenza o richiedere sedute, anche non frequenti, ma protratte nel tempo, a seconda della tipologia del problema portato e delle risorse dell'utente)

##### Obiettivi:

- Analisi e riconnotazione del problema portato
- Apprendimento di strategie di problem solving
- Promozione risorse e capacità adattive
- Promozione dell'integrazione sociale
- Promozione dell'elaborazione e dell'accettazione della condizione di handicap
- Gestione dell'emotività espressa
- Promozione della collaborazione all'intervento socio-riabilitativo e/o assistenziale

##### Il trattamento può anche essere condotto attraverso:

- 1 Consulenza agli operatori coinvolti

##### Obiettivi:

- Favorire una lettura psicologica sul caso, evidenziandone gli aspetti emotivi e relazionali

- 2 Collaborazione al progetto complessivo socio-assistenziale-lavorativo

##### Obiettivi:

- Promozione delle autonomie possibili
- Ricerca della compliance dell'utente e dei famigliari
- Promozione dell'integrazione sociale
- Miglioramento della qualità della vita del disabile e della sua famiglia

#### 5 CRITERI DI ELEGGIBILITÀ

- Psicoterapia a tempo definito: - Criteri di inclusione
  - ✓ Presenza di un io strutturato (funzioni cognitive e comunicative integre)
  - ✓ Buone capacità di introspezione e di autocritica
  - ✓ Presenza di una situazione di crisi o di un problema specifico
  - ✓ Sufficiente motivazione

<b>PROGRAMMA DI PSICOLOGIA AUSL di Rimini</b>	<b>protocollo localmente concordato per LA DIAGNOSI E IL TRATTAMENTO PSICOLOGICO NEI CASI DI DISABILITÀ FISICA E/O SENSORIALE IN ETÀ ADULTA</b>	
---	---	--

- Sostegno psicologico: - Criteri di inclusione
  - ✓ Presenza di un problema specifico
  - ✓ Condizione di vulnerabilità emotiva, relazionale e sociale
  - ✓ Capacità di espressione e comprensione verbale sufficienti alla comunicazione
- Consulenza agli operatori: - Criteri d'inclusione
  - ✓ Ogni volta che viene richiesta purché attenga alla popolazione target
- Collaborazione al progetto complessivo: - Criteri d'inclusione
  - ✓ Solo per gli utenti già valutati e seguiti dallo psicologo

## 6 CRITERI DI ACCESSO

- ✓ Unità Operativa riabilitativo- protesica territoriale (assistente sociale, terapeuta, medico).
- ✓ Area ospedaliera (Reparti o medici che seguono l'utente per la patologia medica specifica).
- ✓ Unità Operative Territoriali per collaborazione o presa in carico
- ✓ Accesso diretto: utente (raro) o familiare (più frequente).
- ✓ Medico di Medicina Generale

## 7 DOCUMENTI DI REGISTRAZIONE

- ✓ Scheda di primo accesso
- ✓ Cartella clinica
- ✓ Protocolli e test applicati
- ✓ Certificazioni e relazioni

## 8 RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- DSM IV TR ed. MASSON
- ICD 10 ed. MASSON
- Byng-Hall J., (1998), "Le trame della famiglia", Raffaello Cortina Editore, (specie Cap.13 e 14).
- GRACER (progetto regionale per le gravi cerebrolesioni)
- Atti del seminario regionale "Le conseguenze psicologiche e sociali dei traumi spinali", Bologna 10 giugno 2006
- Bruna Zani B. e Renò L.( a cura di) (2001), "Handicap da incidente stradale: analisi dei bisogni delle persone coinvolte e dei loro familiari", Società editrice Il Ponte Vecchio.
- Sorrentino A.M.(2006), "Figli disabili: la famiglia di fronte all'handicap", Raffaello Cortina Editore.

**MINORI A RISCHIO E VULNERABILI SUL PIANO SOCIOAMBIENTALE,  
FAMILIARE, EDUCATIVO, AFFETTIVO, EMOTIVO: TRATTAMENTO  
PSICOLOGICO INTEGRATO E INTERVENTI DI RETE  
Dott.ssa Anna Rosa Novaga**

La definizione di un protocollo di valutazione e intervento psicologico su bambini a rischio può sembrare un paradosso, in un momento in cui le scarse risorse e le tante richieste rischiano di paralizzare i nostri servizi.

Sta di fatto che la clinica della salute mentale infantile mal si presta a rigidi inquadramenti tassonomici, mirati alla definizione del disturbo: richiede una valutazione della persona, del suo ambiente e delle sue relazioni al fine di poter cogliere non solo gli aspetti patologici in atto, ma anche le condizioni che potrebbero portare a un esito patologico.

Contributi alla concettualizzazione e tassonomia della salute mentale infantile giungono necessariamente da molte discipline, dato il peso dell'interazione fra fattori organici, sociali e culturali che la determinano.

L'intervento sull'infanzia richiede inoltre un taglio evolutivo, non solo in termini di cambiamento individuale di età in età, ma come necessità di cogliere le trasformazioni legate allo scambio dinamico del bambino con il suo ambiente.

Le caratteristiche della nostra specie fanno inoltre sì che gli interventi diretti al bambino debbano necessariamente tener presente l'ambito multigenerazionale, poiché la sopravvivenza e la sicurezza del bambino sono determinate dalle sue relazioni familiari.

Abbiamo già visto nelle precedenti relazioni quanto sia aumentata, negli ultimi anni, la richiesta di interventi psicologici da parte di genitori che non si sentono in grado di dare risposte adeguate ai bisogni dei propri figli, e come questo stato di cose costituisca un fattore di rischio per lo sviluppo del bambino.

Compito dello psicologo, clinico dell'età evolutiva, è la promozione di cambiamenti favorevoli allo sviluppo, intervenendo su problemi che potenzialmente precedono la comparsa del disturbo.

Il processo di valutazione del bambino, del suo ambiente e delle sue relazioni è prerequisito irrinunciabile tanto per la diagnosi quanto per la definizione della prognosi e del trattamento, che nella maggior parte dei casi prevede interventi diversi e complementari, focalizzati su un bisogno riconosciuto come centrale in quella fase.

La capacità di ascolto attivo da parte dello psicologo, il suo fungere da specchio e contemporaneamente da contenitore delle emozioni elicitate nel colloquio, fanno sì che la famiglia e il bambino possano costruire una relazione di fiducia, sentendosi coinvolti attivamente nella costruzione del processo. E' questa alleanza che permette di innescare movimenti di ristrutturazione già nel corso del processo psicodiagnostica.

Il caso che segue si propone d'illustrare, a grandi linee, il processo di trattamento integrato e l'attivazione di interventi di rete.

## CASO CLINICO

Tommaso è un bambino di 10 anni, che frequenta la IV° elementare.

Viene portato a visita psicologica per problemi di comportamento a scuola, su invio delle insegnanti: non riconosce l'autorità dell'insegnante, assumendo talvolta comportamenti oppositivi, si pone come leader negativo della classe, ma non viene ricercato dai compagni.

Le insegnanti riferiscono che "il rendimento scolastico è discontinuo, il bambino è ingovernabile sia dal punto di vista della socializzazione che dell'acquisizione delle competenze scolastiche strumentali. Deve sempre avere l'ultima parola, tanto coi compagni quanto con le insegnanti."

L'anamnesi familiare fornita dalla madre, utilizzando un questionario autosomministrato che contiene anche elementi relativi alla coerenza degli stili educativi dei genitori e alla presenza di fattori di stress familiare, evidenzia

Nascita prematura e decesso del secondogenito quando Tommaso aveva 6 anni ( in coincidenza con l'ingresso di quest' ultimo in prima elementare);

La famiglia si è trasferita nel nostro territorio da Roma poche settimane prima dell'inizio dell'anno scolastico;

Contesto abitativo rurale ed isolato;

padre, lavoratore autonomo, è spesso assente da casa, la responsabilità genitoriale grava prevalentemente sulla madre;

Viene riferita la presenza in famiglia di uno zio con comportamenti bizzarri.

L'osservazione della relazione genitore bambino mette in luce un atteggiamento incoerente della madre, che da un lato tende a rivolgersi al figlio come un pari, isolando il marito, dall'altro appare esageratamente ansiosa di fronte a qualsiasi attività di Tommaso, intrudendo in essa. Il padre non trova né cerca un proprio spazio, rimandando alla moglie ogni risposta.

I questionari sul comportamento del bambino, compilati dai genitori (CBCL 6-18, SDAG), dal bambino (SDAB) e dagli insegnanti (CBCL e SDAI) al momento del 1° colloquio, evidenziano, pur nelle differenze fra i primi e i secondi, una situazione compatibile con ADHD.

L'atteggiamento del bambino nel setting di valutazione, quando rimane solo con lo psicologo, appare improntato a curiosità e desiderio di mostrarsi competente

I test carta – matita evidenziano vissuti persecutori e d'isolamento che elicitano comportamenti contraggressivi

La valutazione del funzionamento intellettuale, effettuata tramite la Scala WISC-R, risulta nei limiti della norma, con uno scarto fra le prove verbali e quelle di performance a favore di queste ultime. La distribuzione dei punteggi appare tipica di un disturbo emozionale, con QIV<QIP e un'ampia dispersione dei punteggi, depressione del fattore capacità di concentrazione, caduta nelle prove di Memoria di Cifre e Cifrario, picco delle somiglianze con valori maggiori delle prove di Informazioni e Aritmetica.

La valutazione neuropsicologica (Torre di Londra, Test dei colori di Stroop, Wisconsin testing cards ) non conferma la diagnosi di ADHD, i questionari K. SADS PL di Kaufman, che permettono di cogliere anche aspetti di sofferenza affettiva e/o ansiosa sottostanti comportamenti impulsivi o di disattenzione, evidenziano una sintomatologia ansioso depressiva.

Si rilevano, quali fattori di rischio familiari e sociali:

Padre tendente a delegare le funzioni genitoriali

Lutto relativo al fratellino, verificatosi in corrispondenza con l'ingresso di T. in scuola elementare e non ancora completamente elaborato

Manifestazioni ansiose e atteggiamenti iperprotettivi della madre

Presenza di un familiare con modalità comportamentali definite "bizzarre"

Trasferimento recente

Isolamento socio culturale

Rifiuto da parte dei pari

Ambiente scolastico non accogliente

Fattori di rischio soggettivi

Comportamento impulsivo e oppositivo

Difficoltà di autoregolazione del comportamento

Rendimento scolastico discontinuo

Bassa autostima

Sono presenti, quali fattori di protezione

Motivazione di entrambi i genitori ad attivarsi per aiutare il bambino ( nonostante la delega alla moglie, il papà si presenta ai colloqui e ascolta con attenzione, confermando le affermazioni della signora; il suo sguardo corre spesso al bambino, con un'espressione calda...)

Sufficiente stabilità economica del nucleo, che permette alla famiglia di spostarsi e di poter usufruire di servizi anche a pagamento

Adeguate funzionamento intellettivo del bambino

Atteggiamento curioso e interessato

L'indicazione è per un trattamento integrato, focalizzato su un incremento della capacità del bambino di modulare le proprie reazioni emotive agli eventi

- **Sostegno psicologico al bambino** guidandolo all'acquisizione di auto consapevolezza e auto regolazione, attraverso l'incremento della frequenza e dell'intensità delle emozioni positive, guidandolo al riconoscimento dei meccanismi di reazione disfunzionali e all'acquisizione di modalità più equilibrate, che tengano conto di probabili pensieri e motivazioni dell'altro
- **Sostegno alla coppia genitoriale**, riconoscendo le loro capacità e difficoltà oggettive e, facendo leva sul desiderio di facilitare la crescita del figlio, portarli a strutturare schemi educativi e relazionali più funzionali ai bisogni del bambino, assumendone di concerto la responsabilità
- **Consulenza alle insegnanti**, portandole a riconoscere gli aspetti positivi del bambino e guidandole in un lavoro di ristrutturazione del sistema classe nel quale anche Tommaso possa riconoscersi e trovare una collocazione (utilizzare l'episodio critico come spunto per una discussione in classe, mettendo in chiaro le regole di comportamento condivise e invitando i bambini a valutare l'evento in base ad esso; porsi in posizione non giudicante, di ascolto attivo e utilizzare gli elementi emersi per condurre attività di educazione emotiva con la classe).

Si valuta inoltre necessario impostare un **intervento di rete** che promuova l'integrazione del bambino e della famiglia nel nuovo contesto di vita: A tal fine ci si rapporta all'Assistente Sociale del Territorio, o se possibile all'Educatore Professionale, per individuare le opportunità presenti nel contesto, quali:

- Centro educativo territoriale
- Attività sportiva di gruppo
- Associazionismo giovanile
- Gruppi d'incontro fra genitori

Attraverso questi spazi di facilitazione tanto il bambino quanto la sua famiglia potranno entrare nel nuovo ambiente di vita mettendo in gioco competenze, abilità e conoscenze, assumendone nel medesimo tempo di nuove.

Lo psicologo mantiene contatti periodici con il case manager( A.S. o E.P.), all'occorrenza fornisce consulenza agli operatori dei gruppi, per almeno un anno mantiene incontri di follow up con il bambino e la famiglia, con cadenza prima trimestrale, poi semestrale.

PROGRAMMA DI PSICOLOGIA AUSL di Rimini	<b>protocollo localmente concordato per LA DIAGNOSI E IL TRATTAMENTO DI MINORI A RISCHIO DI DEPRIVAZIONE SOCIOAMBIENTALE E /O FAMILIARE E/O DI VULNERABILITA' EDUCATIVA E/O AFFETTIVA</b>	
--	---	--

## SOMMARIO

1. Introduzione.....	128
1.1. Inquadramento teorico .....	128
1.2. Target di riferimento e bisogni associati.....	128
2. Fattori di rischio.....	128
2.1. Fattori di rischio socioambientali e familiari .....	128
2.2. Fattori di rischio soggettivi e psicologici.....	129
3. Strumenti e modalità per la Diagnosi.....	129
4. Strumenti e modalità per il trattamento .....	130
5. Criteri di eleggibilità' .....	133
6. Criteri di Accesso .....	134
7. Documenti di registrazione.....	134
8. Riferimenti bibliografici .....	134

Dott.ssa Anna Rosa Novaga- Conduttore del gruppo

Dott.ssa Sabina Berardi  
Dott.ssa Sabrina Cattarinetti  
Dott.ssa Elisa Curzi  
Dott.ssa Chiara Della Betta  
Dott.ssa Barbara Frixone  
Dott.ssa Patrizia Gianandrea  
Dott.ssa Elisa Migani  
Dott. Enrico Savelli  
Dott.ssa Rosa Maria Sicilia  
Dott.ssa Tiziana Valer  
Figure di supporto:  
Dott.ssa Tamara Battistini  
Dott.ssa Giorgia Bondi

PROGRAMMA DI PSICOLOGIA AUSL di Rimini	<b>protocollo localmente concordato per LA DIAGNOSI E IL TRATTAMENTO DI MINORI A RISCHIO DI DEPRIVAZIONE SOCIOAMBIENTALE E /O FAMILIARE E/O DI VULNERABILITA' EDUCATIVA E/O AFFETTIVA</b>	
--	---	--

## 1. INTRODUZIONE

### 1.1 INQUADRAMENTO TEORICO

**La categoria individuata è molto ampia e include:**

- fattori di rischio psichiatrico significativi come descritti in Asse Cinque – Situazioni psicosociali anomale associate – della Classificazione Internazionale delle sindromi e dei disturbi psichici e comportamentali dell'ICD-10
- i disturbi della relazione (descritti nel Manuale Diagnostico 0 - 3) e dell'attaccamento
- i disturbi misti della condotta e della sfera emozionale nell'infanzia e nell'adolescenza come descritti in Asse Uno – Situazioni psicosociali anomale associate – della Classificazione Internazionale delle sindromi e dei disturbi psichici e comportamentali dell'ICD-10
- le sindromi e disturbi della sfera emozionale con esordio caratteristico nell'infanzia e nell'adolescenza come descritti in Asse Uno – Situazioni psicosociali anomale associate – della Classificazione Internazionale delle sindromi e dei disturbi psichici e comportamentali dell'ICD-10
- i disturbi del funzionamento sociale con esordio specifico nell'infanzia e nell'adolescenza come descritti in Asse Uno – Situazioni psicosociali anomale associate – della Classificazione Internazionale delle sindromi e dei disturbi psichici e comportamentali dell'ICD-10
- gli altri disturbi comportamentali ed emozionali con esordio abituale nell'infanzia e nell'adolescenza come descritti in Asse Uno – Situazioni psicosociali anomale associate – della Classificazione Internazionale delle sindromi e dei disturbi psichici e comportamentali dell'ICD-10 nell'infanzia e nell'adolescenza

Trattandosi di lattanti, bambini e adolescenti, più che le categorie descrittive e normative o il criterio della sofferenza causata dalla psicopatologia (utilizzati con pazienti adulti), lo specialista psicologo deve tener conto dell'armonia dello sviluppo del bambino sul piano delle diverse linee evolutive (sviluppo motorio e sensoriale, cognitivo, del linguaggio, dell'affettività, socio-emotivo e relazionale), nonché del disagio familiare e individuale, del rischio psicosociale o psicopatologico e delle competenze dei caregivers per poter definire il bisogno e le risposte adeguate.

In questa categoria i criteri s'intrecciano e spesso rimangono sotto soglia rispetto a quelli codificati nei manuali.

Per i vari sottogruppi - *primo anno di vita, da 1 a 3 anni, da 3 a 6 anni, da 6 a 11, da 11 a 14, 14 e oltre* - sono stabiliti criteri e strumenti legati alle fasce d'età, tenendo sempre presente l'influenza di fattori personali, familiari e ambientali che possono dare origine, direttamente o indirettamente, ai sintomi portati. Le tipologie di rischio specificamente legate alla fase adolescenziale vengono definite in un apposito protocollo (vedi).

### 1.2 TARGET DI RIFERIMENTO E BISOGNI ASSOCIATI

Bambini e adolescenti che presentano sofferenza e disagio personale e/o interpersonale significativo, non adeguatamente supportati nel contesto familiare e sociale di riferimento.

## 2 FATTORI DI RISCHIO

### 2.1 FATTORI DI RISCHIO SOCIOAMBIENTALI E FAMILIARI

1. Status socio-economico della famiglia svantaggiato
2. limiti culturali
3. violenza domestica assistita
4. violenze e abusi ( V: Protocollo L.C. Specifico)
5. conflitti familiari
6. disturbo psichico/devianza/disabilità in famiglia
7. legami affettivi e relazioni poveri tra figli e genitori
8. famiglia monoparentale
9. famiglia numerosa
10. famiglia multiproblematica

PROGRAMMA DI PSICOLOGIA AUSL di Rimini	<b>protocollo localmente concordato per LA DIAGNOSI E IL TRATTAMENTO DI MINORI A RISCHIO DI DEPRIVAZIONE SOCIOAMBIENTALE E /O FAMILIARE E/O DI VULNERABILITA' EDUCATIVA E/O AFFETTIVA</b>	
--	---	--

11. disorganizzazione del quartiere
12. Basso livello di occupazione
13. povertà estrema
14. ristrettezza culturale del contesto
15. fenomeni d'emarginazione
16. accettazione valoriale della violenza e della pornografia infantile
17. assegnazione del ruolo di capro espiatorio
18. separazione prolungata dalle figure di attaccamento durante il primo anno di vita
19. nascita di un fratello nei primi due anni di vita
20. frequenti e gravi malattie nell'infanzia
21. malattie fisiche o mentali dei genitori
22. fratelli con disabilità mentale o disturbi comportamentali
23. disaccordo familiare cronico
24. emigrazione o trapianto sociale
25. allontanamento da casa del bambino
26. esperienza personale terrorizzante
27. perdita di una relazione affettiva significativa

## 2.2 FATTORI DI RISCHIO SOGGETTIVI E PSICOLOGICI

- Ritardo nello sviluppo delle competenze nelle aree cognitiva, linguistica, motoria, sociale affettiva
- sofferenza legata ad abuso infantile (v: Linea Guida Specifica)
- apatia o chiusura emozionale
- immaturità emozionale/cognitiva
- bassa autostima
- scarsa negoziazione emotiva
- impulsività
- bassa soglia di tolleranza della frustrazione
- complicazioni perinatali
- disabilità sensoriali
- deficit organici
- squilibri neurochimici
- fallimento scolastico
- scarsa motivazione allo studio
- difficoltà di linguaggio, di apprendimento e/o relazionali
- disturbi del comportamento internalizzati o esternalizzati
- rifiuto dei pari
- alienazione ed isolamento...

## 3 STRUMENTI E MODALITÀ PER LA DIAGNOSI

1. Elemento principe per un corretto inquadramento psicodiagnostico è il **colloquio clinico**, nell'ambito del quale emergono i motivi di preoccupazione della famiglia e dell'eventuale inviante, le caratteristiche personali di chi porta il problema, le aspettative rispetto all'intervento psicologico. In tale contesto il professionista saprà cogliere e organizzare elementi relativi a:
  - Sintomi e comportamenti manifesti
  - Percorso di sviluppo: capacità affettive, linguistiche e cognitive sia passate sia presenti, sviluppo delle attività motorie e sensoriali, funzionamento precedente e attuale del sistema familiare e modalità d'interazione
  - Funzionamento del sistema familiare e organizzazione della comunità locale e del sistema culturale
  - Caratteristiche individuali dei genitori
  - Caratteristiche della relazione adulto bambino e pattern d'interazione
  - Particolari caratteristiche costituzionali e maturazionali del bambino
  - Aspetti ricorrenti nell'affettività, nel linguaggio, nelle attività cognitive, motorie e sensoriali del bambino
  - Vicissitudini della famiglia sul piano psicologico e su quello medico, andamento della gravidanza e del parto, condizioni ambientali ed eventuale presenza di agenti stressanti

PROGRAMMA DI PSICOLOGIA AUSL di Rimini	<b>protocollo localmente concordato per LA DIAGNOSI E IL TRATTAMENTO DI MINORI A RISCHIO DI DEPRIVAZIONE SOCIOAMBIENTALE E /O FAMILIARE E/O DI VULNERABILITA' EDUCATIVA E/O AFFETTIVA</b>	
--	---	--

2. Oltre a questi primi elementi, formalizzati in una cartella clinica, lo psicologo utilizza gli strumenti psicodiagnostici adeguati per la formulazione di un'ipotesi diagnostica:

- ▶ Anamnesi personale e familiare
- ▶ Questionario su fattori di stress in famiglia
- ▶ Check list sulle caratteristiche comportamentali del bambino (compilate dai genitori, dagli insegnanti e/o dal ragazzo stesso se ha un'età superiore a 11 anni)
- ▶ Test grafici (Test della figura umana, Test dell'albero, Disegno della Famiglia, Disegno del bambino sotto la pioggia, Test della Doppia Luna, Wartegg, etc.)
- ▶ Scale e interviste cliniche, inventari di personalità (MMPI-A, Questionario scala d'ansia per l'età evolutiva, Test TAD dell'ansia e depressione nell'infanzia e adolescenza, Test TRI, etc.)
- ▶ Tecniche proiettive (Rorschach, favole della Duss, CAT, TAT, Blacky Pictures, Patte Noir, ORT, Sceno test, etc.)
- ▶ Test di funzionamento intellettivo (Matrici di Raven, Scala Leiter, WIPPSI, WISC-R, WAIS-R, Terman-Merril, TINV, etc.)
- ▶ Scale per la valutazione del linguaggio, dell'orientamento spazio-temporale, delle capacità mnestiche e degli apprendimenti della letto-scrittura (Test TRL, Test TPV, Test TEMA, Prove MT, etc.)
- ▶ Test per la valutazione delle relazioni oggettuali, degli stili di attaccamento e delle dinamiche familiari (Family Attitude Test, FRT, SAT, CARE Index, etc.)
- ▶ Scala di valutazione globale della relazione genitore-figlio (PIR-GAS)

I test e le scale di valutazione indicate sono utilizzati come strumenti di confronto e linguaggio condivisibile nella costruzione del processo diagnostico, che ogni Psicologo condurrà secondo i criteri dell'orientamento teorico nel quale si riconosce.

3. Oltre agli strumenti sopra indicati, è utile lo strumento "Indice di stress", che permette di valutare l'impatto di un evento di stress psicosociale sul bambino. È importante considerare la perdita che il bambino subisce nei termini di sicurezza di base e di conforto, quegli elementi dell'involucro di protezione e di sostegno che dovrebbero costituire "l'ambiente". Quindi il clinico deve essere in grado di distinguere la gravità dello stress da quello che sarà il suo impatto finale sul bambino. Esso dipende da tre fattori:

1. la gravità dell'evento stressante ( intensità e durata, carattere improvviso dell' insorgenza, frequenza e non prevedibilità della ricorrenza);
2. il livello di sviluppo del bambino (età anagrafica, la maturità dell'Io);
3. disponibilità e capacità dell'adulto che si prende cura del bambino a fungere *da scudo protettivo* e di aiutarlo a comprendere e a trovare il modo di affrontare la situazione di stress.

Lo scopo dell'Indice di Stress è quello di identificare le fonti di stress, la loro gravità e la loro durata in riferimento ad un bambino specifico.

Maggiore è il numero dei fattori coinvolti e maggiore sarà la gravità dello stress che si presume che il bambino viva.

Oltre quanto detto sopra, è necessario prendere in considerazione i danni allo sviluppo, i comportamenti sintomatici, le regressioni, i comportamenti legati al trauma psichico, i cambiamenti nell'affettività e i disturbi di relazione.

Vanno ricercate perlomeno le capacità di recupero del bambino tenuto conto della quantità di stress, delle capacità individuali ( o risorse interne) e del supporto del caregiver.

Restituzione psicodiagnostica con proposta di un piano di intervento alla famiglia eventualmente integrato con altri Servizi, Istituzioni e/o Agenzie.

#### 4 STRUMENTI E MODALITÀ PER IL TRATTAMENTO

- **Trattamenti supportivi ed espressivi in setting individuale, di coppia genitoriale e familiare.**
- **Interventi limitati al contesto educativo – sociale per il bambino e la famiglia.**

PROGRAMMA DI PSICOLOGIA AUSL di Rimini	<b>protocollo localmente concordato per LA DIAGNOSI E IL TRATTAMENTO DI MINORI A RISCHIO DI DEPRIVAZIONE SOCIOAMBIENTALE E /O FAMILIARE E/O DI VULNERABILITA' EDUCATIVA E/O AFFETTIVA</b>	
--	---	--

**Trattamenti d'elezione:**

- Consulenza alla famiglia/caregivers
- Sostegno psicologico alla famiglia e Parent training
- Psicoterapia della famiglia
- Sostegno psicologico al bambino
- Psicoterapia genitori - bambino
- Psicoterapia individuale del bambino
- Psicoterapia di gruppo del bambino
- Interventi di rete in relazione ad un progetto globale di presa in carico del caso

- **Sostegno psicologico alla coppia genitoriale**

**Obiettivi del trattamento:**

- Incrementare nei genitori la consapevolezza delle proprie modalità affettive ed educative
- Esplorare il dialogo interno e gli scenari immaginativi del genitore
- Ricostruzione della storia di sviluppo dei genitori e identificazione di aree critiche
- Comprensione degli stati emozionali e delle reazioni comportamentali dei genitori
- Identificazione dei punti di forza del bambino/adolescente
- Favorire modalità funzionali d'interazione genitori-figlio
- Comprendere il significato funzionale del comportamento agito dal bambino (sintomo) all'interno delle dinamiche della famiglia.

**Durata del trattamento**

Da un minimo di 3 incontri, ad un massimo da definirsi in relazione agli obiettivi concordati con la coppia genitoriale.

- **Parent Training**

**Obiettivi del trattamento:**

- Fornire informazioni sul disturbo
- Analisi funzionale della situazione problematica (osservazione del *prima, durante e dopo*)
- Strutturazione delle attività quotidiane
- Applicazione di tecniche di modificazione del comportamento
- Evidenziare i punti di forza del bambino
- Incrementare le abilità genitoriali
- Potenziare il numero di interazioni positive col bambino
- Dispensare rinforzi sociali o materiali in risposta a comportamenti positivi del bambino
- Ignorare i comportamenti lievemente negativi
- Aumentare la collaborazione del bambino usando comandi più diretti, precisi e semplici
- Prendere provvedimenti coerenti e costanti per i comportamenti inappropriati del bambino

**Durata del trattamento**

Da un minimo di 12 incontri, ad un massimo da definirsi in relazione agli obiettivi concordati con la coppia genitoriale.

PROGRAMMA DI PSICOLOGIA AUSL di Rimini	<b>protocollo localmente concordato per LA DIAGNOSI E IL TRATTAMENTO DI MINORI A RISCHIO DI DEPRIVAZIONE SOCIOAMBIENTALE E /O FAMILIARE E/O DI VULNERABILITA' EDUCATIVA E/O AFFETTIVA</b>	
--	---	--

- **Lavoro psicoterapeutico con il bambino:**

**Obiettivi del trattamento:**

- Offrire uno spazio di contenimento ed elaborazione dei vissuti
- Riconoscere e modificare gli schemi di reazione patologici o comunque disfunzionali
- Favorire l'apprendimento di strategie di problem solving
- Promuovere e sostenere le capacità adattive
- Attivazione delle risorse intrapsichiche e relazionali
- Rafforzamento dei processi libidici e nuovi attaccamenti oggettuali per contrastare le tendenze distruttive, antisociali e l'aggressività contro il Sé
- Favorire l'elaborazione di conflitti internalizzati che suscitano sensi di colpa, inibizioni, disturbi del comportamento...

**Durata del trattamento**

24 sedute più incontri di follow up per almeno un anno

- **Sostegno psicologico al bambino**

**Obiettivi del trattamento:**

- Favorire la mentalizzazione dell'esperienza, il riconoscimento e la gestione delle proprie emozioni
- Contenere gli stati d'ansia e i vissuti di autosvalutazione
- Rinforzare le risorse dell'IO, stimolare l'attivazione e il consolidamento delle risorse

**Durata del trattamento**

Minimo 16 sedute.

- **Psicoterapia genitore/i – bambino**

**Obiettivi del trattamento**

- Accompagnare o guidare il/i genitore/i al riconoscimento del bambino reale, dei suoi segnali e dei suoi bisogni;
- Migliorare le capacità del genitore di riconoscere e rispondere alle manifestazioni del bambino offrendogli risposte prevedibili e soddisfacenti;
- Favorire la sincronizzazione fra i partners e stimolare le capacità di contenimento nel/nei genitore/i.

**Durata del trattamento**

Minimo 16 sedute.

- **Psicoterapia di gruppo del bambino**

**Obiettivi del trattamento**

- Offrire uno spazio di contenimento ed elaborazione dei vissuti
- Riconoscere e modificare gli schemi di reazione patologici o comunque disfunzionali
- Favorire l'apprendimento di strategie di problem solving
- Promuovere e sostenere le capacità adattive
- Attivare delle risorse intrapsichiche e relazionali
- Rafforzare i processi libidici e nuovi attaccamenti oggettuali per contrastare le tendenze distruttive, antisociali e l'aggressività contro il Sé
- Favorire l'elaborazione di conflitti internalizzati che suscitano sensi di colpa, inibizioni, disturbi del comportamento
- Favorire la capacità di confrontarsi con l'altro e di rappresentarsi pensieri ed emozioni

PROGRAMMA DI PSICOLOGIA AUSL di Rimini	<b>protocollo localmente concordato per LA DIAGNOSI E IL TRATTAMENTO DI MINORI A RISCHIO DI DEPRIVAZIONE SOCIOAMBIENTALE E /O FAMILIARE E/O DI VULNERABILITA' EDUCATIVA E/O AFFETTIVA</b>	
--	---	--

### **Durata del trattamento**

Minimo 16 sedute.

- **Trattamenti integrati e interventi di rete**

### **Obiettivi del trattamento**

- Favorire l'integrazione della persona in un contesto di vita realistico ed adeguato
- Sperimentare situazioni relazionali nuove, diversificate ed adattive
- Attivare le potenzialità di accoglienza e contenimento dell'ambiente di vita
- Promuovere e sostenere le risorse adattive già presenti nel contesto

- **Psicoterapia familiare**  
(vedi protocollo *famiglia disfunzionale*)

## **5 CRITERI DI ELEGGIBILITA'**

### **Consulenza alla famiglia/caregiver**

**Sostegno psicologico alla coppia genitoriale** (vedi protocollo *famiglie disfunzionali*)

**Psicoterapia familiare** (vedi protocollo *famiglie disfunzionali*)

### **Parent training**

- Disponibilità del/dei genitori a riflettere e rivedere la relazione col figlio
- Consapevolezza della diversità dei compiti evolutivi fra genitore e bambino
- Motivazione al cambiamento
- Capacità di affrontare le situazioni di stallo

### **Psicoterapia genitore/bambino**

- Età del bambino  $\leq 3$  anni
- Desiderio intrinseco del genitore di ricevere aiuto nella relazione col figlio
- Malfunzionamento delle relazioni familiari non cronicizzato

### **Sostegno psicologico al bambino:**

- Ridotte capacità introspettive
- Condizioni di vulnerabilità socio-familiare
- Inibizione delle funzioni intellettive
- Inibizione delle funzioni relazionali
- Insufficienti abilità linguistiche

### **Psicoterapia individuale del bambino:**

- Sufficienti capacità d'introspezione
- Sufficienti risorse intellettive espresse
- Sufficienti risorse relazionali
- Sufficienti competenze linguistiche

### **Psicoterapia di gruppo del bambino**

PROGRAMMA DI PSICOLOGIA AUSL di Rimini	<b>protocollo localmente concordato per LA DIAGNOSI E IL TRATTAMENTO DI MINORI A RISCHIO DI DEPRIVAZIONE SOCIOAMBIENTALE E /O FAMILIARE E/O DI VULNERABILITA' EDUCATIVA E/O AFFETTIVA</b>	
--	---	--

- Sufficienti capacità d'introspezione
- Sufficienti risorse intellettive espresse
- Sufficienti risorse relazionali
- Sufficienti competenze linguistiche
- Capacità di tollerare il confronto e la frustrazione derivante dal confronto

#### **Trattamento integrato e Interventi di rete**

- Motivazione al cambiamento
- Presenza di significativi indicatori di rischio

#### **6 CRITERI DI ACCESSO**

- Libero
- Prescrizione del Tribunale per i Minorenni
- Segnalazione dell'agenzia scolastica
- Indicazione del Modulo Tutela minori
- Prescrizione del pediatra/medico di base
- Indicazione del reparto ospedaliero di NPI e dell'U:O. di N:P:I:Territoriale
- Indicazione del reparto ospedaliero di Pediatria
- Indicazione degli sportelli comunali, provinciali, scolastici, etc.

#### **7 DOCUMENTI DI REGISTRAZIONE**

Modulistica:

- Cartella clinica
- Diario clinico
- Protocolli testistici
- Relazioni
- Certificazioni

#### **8 RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI**

- OMS, "Decima revisione della Classificazione Internazionale delle sindromi e dei disturbi psichici e comportamentali", - Ed. Masson, 1992.
- National Center for Clinical Infant Programs, "Classificazione Diagnostica: 0 to 3 classificazione diagnostica della salute mentale e dei disturbi di sviluppo nell'infanzia", Ed. Masson, 1994.
- APA, "DSM-IV-TR Manuale Diagnostico e Statistico nei Disturbi Mentali – Text Revision" Ed. Masson
- Ordinamento della professione di Psicologo L. 56/89
- Codice deontologico degli Psicologi Italiani
- Freud A., "Normalità e patologia del bambino", Ed. Feltrinelli, 1965.
- Sanavio E., Cornoldi C., "Psicologia Clinica" Ed. Il Mulino.
- Rapoport J.L., Ismond D.R., "DSM-IV Guida alla diagnosi dei disturbi dell'infanzia e dell'adolescenza" Ed. Masson, 2000.
- Celi F., "Psicopatologia dello sviluppo" Ed. McGraw-Hill, 2002.
- Lis A., Venuti P., De Zordo M.R. "Il colloquio come strumento psicologico", Ed. Giunti, 1995.
- Rapoport D., Gill M.M., Schafer R. "Reattivi Psicodiagnostici" Ed. Boringhieri, 1981.
- Montecchi F. (a cura di), "I maltrattamenti e gli abusi sui bambini" Ed. Franco Angeli, 1998.
- Giusti E., Montanari C., Iannazzo A., "Psicoterapie integrate" ,Ed. Masson, 2000.
- Hibbs E. D., Jensen P.S. , (a cura di), "Interventi psicoterapici e psicosociali nell'infanzia e nell'adolescenza" , Edizioni Scientifiche Ma.Gi, 2002.
- Stark K., "La depressione infantile" Ed. Erickson, 1995.
- Pope A., McHale S., Craighead E., " Migliorare l'autostima" Edizioni Erickson.
- Lai G., "Le parole del primo colloquio" Edizioni Borla.
- Bowlby J., "Cure materne ed igiene mentale", Edizione Giunti Barbera.
- Ainsworth, M.D., "Pattern of Attachment A Psychological Study of the Strange Situation".
- Charles H., Zeanah J.R., "Manuale di salute mentale infantile" Edizioni Masson, 1996.

PROGRAMMA DI PSICOLOGIA AUSL di Rimini	<b>protocollo localmente concordato per LA DIAGNOSI E IL TRATTAMENTO DI MINORI A RISCHIO DI DEPRIVAZIONE SOCIOAMBIENTALE E /O FAMILIARE E/O DI VULNERABILITA' EDUCATIVA E/O AFFETTIVA</b>	
--	---	--

Bibliografia materiale testistico

- Abidin R.R., Konold T.R., "Parenting Alliance Measure" PAR, 1999
- a cura di M.L.Falorni, "Il metodo delle favole di Louisa Duss", Ed. Giunti O.S. Firenze, 2005
- Achenbach L., "Children Behaviour Check list", ASEBA University of Vermont, Copiryght 2001
- Attili G., Ansia da separazione e misura dell'attaccamento normale e patologico
- Bellack L. e Bellack S., "CAT. Children's apperception test. Manuale del test e del supplemento CAT-S", Ed. Giunti O.S. Firenze, 1987
- Bene E., " Family Relations test: una metodologia di analisi delle relazioni familiari", Ed. O.S.Firenze, 1991
- Blum.G.S., "Le Blacky Pictures, una tecnica per l'esplorazione delle dinamiche della personalità", Ed. Giunti O.S. Firenze, 1978
- Bohm E., "Manuale di psicodiagnostica di Rorschach", Ed. Giunti e Barbera Firenze, 1969
- Broken B.A., "TRI. Test delle relazioni interpersonali", Erickson Trento
- Busnelli C., Dall'Aglio E., Faina P., "Questionario della scala d'ansia evolutiva. Manuale d'istruzioni", Ed. Giunti O.S. Firenze, 1974
- Butcher J.N., "MMPI-A, Minnesota Multiphasic Inventory- Adolescent. L'MMPI per gli adolescenti", Ed. Giunti O.S. Firenze 2001
- Corman L., "Il disegno della famiglia", Ed. Boringhieri, 1970
- Corman L., "Test Patte-Noir", Ed. O.S. Firenze, 1974
- Cornoldi C., Colpo G., "Prove di lettura M.T.", Ed. O.S. Firenze, 1981
- Crisi A., "Manuale del test di Wartegg", Ed.Magi, 1998
- Crocetti G., "Il bambino nella pioggia", Ed. Armando, 1998
- Greco O., "La doppia luna. Test dei confini e delle appartenenze familiari, vita e pensiero", Milano, 1999
- Hammil D., Pearson N., Voress J., "Test di percezione visiva e integrazione visivo-motoria", Ed. Erickson, 1994
- Koch.K., "Il reattivo dell'albero", Ed. O.S. Firenze, 1993
- Leiter R.G., "Leiter International Performance Scale. Manuale d'istruzioni", Ed. Stoelting, 1979
- Machover K., "Il disegno della figura umana", Ed. O.S. Firenze, 1994
- Murray H.A., "TAT, test di appercezione tematica", Ed. O.S. Firenze, 1960
- Newcomer et Al., "TAD. Test dell'ansia e della depressione", Erickson Trento, 1994
- Padovani F., "L'interpretazione psicologica della WAIS-R", Ed. Giunti O.S. Firenze, 1999
- Padovani F., "L'interpretazione psicologica della WISC-R", Ed. Giunti O.S. Firenze, 1998
- Passi Tognazzo D., "Il metodo Rorschach", Ed. Giunti Firenze, 1994
- Phillipson H., "ORT. Tecnica delle relazioni oggettuali", Ed. Giunti O.S. Firenze, 1990
- Raven J.C., "Progressive Matrici colore. Manuale d'istruzioni", Ed. O.S. Firenze, 1947
- Raven J.C., "SPM Standard Progressive Matrices", Ed. O.S. Firenze, 1997
- Reynolds C., Bigler E., "Test di memoria e apprendimento", C.S.Erickson, 1995
- Terman L.M., "Scala per la misurazione dell'intelligenza Terman-Merril", , Ed. O.S. Firenze, 1958
- Von Staabs G., "Lo Sceno-test. Manuale", Ed. Giunti O.S. Firenze 1991
- Wechsler D., "WAIS-R. Wechsler adult Intelligence Scale Revised", Ed. Giunti O.S.Firenze, 1997
- Wechsler D., "WIPPSI. Scala d'intelligenza Wechsler a livello prescolare e di scuola elementare", ed. Giunti O.S. Firenze, 1973
- Wechsler D., "WISC-R Scala d'intelligenza Wechsler per bambini riveduta", Ed. Giunti O.S. Firenze, 1974

<b>PROGRAMMA DI PSICOLOGIA AUSL di Rimini</b>	<b>Protocollo localmente concordato per LA DIAGNOSI E IL TRATTAMENTO DEI DISTURBI DEL COMPORAMENTO</b>	
---	--	--

## SOMMARIO

1. Introduzione.....	137
1.1. Inquadramento teorico .....	137
1.2. Target di riferimento e bisogni associati.....	138
2. Fattori di rischio.....	139
3. Strumenti e modalità per la Diagnosi.....	139
4. Strumenti e modalità per il trattamento .....	140
5. Criteri di eleggibilità.....	142
6. Criteri di Accesso .....	143
7. Documenti di registrazione.....	143
8. Riferimenti bibliografici .....	143

Dott.ssa Anna Rosa Novaga- Conduttore del gruppo

Dott.ssa Sabina Berardi  
 Dott.ssa Sabrina Cattarinetti  
 Dott.ssa Elisa Curzi  
 Dott.ssa Chiara Della Betta  
 Dott.ssa Barbara Frixone  
 Dott.ssa Patrizia Gianandrea  
 Dott.ssa Elisa Migani  
 Dott. Enrico Savelli  
 Dott.ssa Rosa Maria Sicilia  
 Dott.ssa Tiziana Valer  
 Figure di supporto:  
 Dott.ssa Tamara Battistini  
 Dott.ssa Giorgia Bondi

<b>PROGRAMMA DI PSICOLOGIA AUSL di Rimini</b>	<b>Protocollo localmente concordato per LA DIAGNOSI E IL TRATTAMENTO DEI DISTURBI DEL COMPORAMENTO</b>	
---	--	--

## 1. INTRODUZIONE

### 1.1 INQUADRAMENTO TEORICO

I disturbi del comportamento costituiscono un importante problema clinico, per il quale sempre più frequentemente viene fatta richiesta di consultazione presso i servizi di Neuropsichiatria Infantile. L'età dei bambini che giungono ai servizi per questo tipo di problematica si sta sensibilmente abbassando richiedendo ai clinici di fare una diagnosi sempre più precoce al fine di impostare un intervento più tempestivo.

In età *pre-scolare* (0-5 anni) queste difficoltà vengono identificate con la categoria diagnostica di **Disturbi della Regolazione** (Classificazione 0 to 3); mentre in età *scolare* rientrano in questa categoria i seguenti disturbi (ICD-10, DSM IV-TR):

- **Disturbo da Deficit dell'Attenzione /Iperattività**
- **Disturbo della Condotta**
- **Disturbo Oppositivo Provocatorio**

Si tratta di disturbi relativamente stabili, che si manifestano usualmente con ipocontrollo, scarsa riflessività, difficoltà ad assumere una prospettiva diversa dalla propria, assenza di problem-solving, un'incapacità cioè ad attivare processi di pensiero in grado di guidare in modo funzionale il comportamento. Vengono definiti anche con il termine di "Disturbi Esternalizzati" in quanto la difficoltà del bambino tende a riversarsi all'esterno creando un disagio nell'ambiente circostante.

Tali disturbi si possono porre in continuità con il Disturbo Antisociale di Personalità nell'età adulta il cui costo sociale è tra i più elevati.

#### **Disturbi della Regolazione (DR)**

Si tratta di disturbi caratterizzati dalle difficoltà che il bambino incontra nella regolazione del comportamento, dei processi psicologici, sensoriali, attentivi o affettivi, e nell'organizzazione di uno stato di calma, di vigilanza o di uno stato affettivo positivo. Si possono evidenziare già nella prima infanzia.

I problemi che si manifestano nel comportamento dei bambini possono includere disturbi del sonno o dell'alimentazione, difficoltà di controllo dell'azione, paura e ansia, difficoltà nello sviluppo del linguaggio, scarsa capacità di giocare da solo o con gli altri, scarsa organizzazione degli affetti e difficoltà ad adattarsi ai cambiamenti.

Per formulare una diagnosi devono essere presenti sia un pattern comportamentale specifico, sia una difficoltà di elaborazione e di organizzazione sensoriale e senso-motoria, come indicato dalla Classificazione 0 lo 3, che prevede inoltre 4 possibili tipologie del DR.

In merito all'eziologia, i pattern costituzionali o maturazionali precoci contribuiscono alle difficoltà di questi bambini, ma anche i pattern di cure possono esercitare una considerevole influenza sul modo in cui i primi si sviluppano, diventando parte della personalità in evoluzione del piccolo.

#### **Disturbo da Deficit dell'Attenzione/Iperattività (ADHD)**

Si tratta di un livello inadeguato di inattenzione e/o iperattività-impulsività rispetto allo stadio di sviluppo presente prima dei 7 anni di età e che deve manifestarsi in almeno due diversi contesti della vita del bambino (casa, scuola, ambienti di gioco) e soprattutto causare una compromissione clinicamente significativa del suo funzionamento globale.

Tale disturbo colpisce circa il 3-5% dei bambini ed è più frequente nei maschi.

In riferimento ai due maggiori sistemi di classificazione internazionale (ICD-10, DSM IV-TR), l'ICD-10 riconosce solo la combinazione di sintomi di inattenzione e/o iperattività-impulsività, mentre il DSM IV-TR riconosce tre sottotipi in base al grado di inattenzione e/o iperattività-impulsività riscontrati.

Per fare diagnosi devono essere osservabili almeno sei sintomi di disattenzione e sei sintomi di iperattività-impulsività per almeno sei mesi.

In merito all'eziologia, vi è un accordo tra i clinici nel ritenere che sia da ricondurre a fattori di natura neurobiologica, mentre l'ambiente sociale e/o familiare può solo modulare le problematiche primarie del disturbo (inattenzione, iperattività, impulsività) e quelle secondarie (rispetto di regole, difficoltà nei rapporti sociali, basso livello di autostima), nel senso di riuscire in parte a contenerle o, al contrario, ad enfatizzarle.

#### **Disturbo della Condotta (DC)**

Si tratta di una modalità di comportamento ripetitiva e persistente di condotta antisociale, aggressiva e provocatoria con violazione dei diritti fondamentali degli altri o le principali norme o regole societarie appropriate per l'età. Comprende comportamenti che vanno da aggressioni a persone o animali, alla distruzione della proprietà, alla frode o furto, fino a gravi violazioni delle regole. Ai fini della diagnosi queste modalità devono essere osservate per almeno 6 mesi

<b>PROGRAMMA DI PSICOLOGIA AUSL di Rimini</b>	<b>Protocollo localmente concordato per LA DIAGNOSI E IL TRATTAMENTO DEI DISTURBI DEL COMPORAMENTO</b>	
---	--	--

consecutivi e devono causare una compromissione clinicamente significativa del funzionamento sociale, scolastico o lavorativo.

E' un disturbo essenzialmente su basi ambientali, anche se è giusto sottolineare che il temperamento può incidere sulla sua insorgenza.

La classificazione diagnostica dell'ICD-10 prevede un'ulteriore articolazione del DC in altre 4 categorie (*DC limitato al contesto familiare, DC con ridotta socializzazione, DC con socializzazione normale, Disturbi misti della condotta e della sfera emozionale*).

### **Disturbo Oppositivo Provocatorio (DOP)**

Si tratta di un disturbo della condotta che si verifica abitualmente nei bambini di età inferiore a 9 o 10 anni ed è caratterizzato da comportamento marcatamente provocatorio e disobbediente, che non include atti di delinquenza o manifestazioni aggressive o antisociali estreme. La caratteristica essenziale di questo disturbo è una modalità di comportamento persistentemente negativistica, ostile e provocatoria che dura da almeno 6 mesi, durante i quali sono stati presenti 4 (o più) delle caratteristiche indicate dai due maggiori sistemi di classificazione internazionale (ICD-10, DSM IV-TR).

L'anomalia del comportamento deve causare una compromissione clinicamente significativa del funzionamento sociale, scolastico o lavorativo.

### **COMORBILITA' ED EVOLUZIONE**

E' ampiamente riconosciuta la comorbidità tra ADHD, DOP e DC. In particolare, il DOP è considerato un precursore e un fattore predisponente all'insorgenza di un DC; nell'ambito dell'ADHD è stato dimostrato che i quadri sintomatologici in cui l'iperattività e l'impulsività prevalgono rispetto al problema attentivo, hanno una probabilità elevata di sviluppare in adolescenza un DC. I casi con questa comorbidità (ADHD, DOP e DC) presentano un quadro sintomatologico più grave e un'evoluzione più sfavorevole.

E' frequente la comorbidità di questi disturbi con i disturbi dell'umore (depressione maggiore, distimia, disturbo bipolare) e i disturbi d'ansia.

Inoltre, un quadro sindromico complesso come il Disturbo della Regolazione può essere un precursore dei disturbi di comportamento in età scolare e adolescenziale.

## **1.2 TARGET DI RIFERIMENTO E BISOGNI ASSOCIATI**

### **1. Età prescolare:**

Si ritiene importante sottolineare che, anche se i criteri diagnostici utilizzati spesso non consigliano di formulare una diagnosi in età prescolare, vi sono degli indicatori di distorsione di sviluppo, su cui poter impostare un intervento precoce che permetta di prevenire un peggioramento della sintomatologia e quindi di evitare l'insorgenza di un quadro psicopatologico conclamato.

Le aree di sviluppo che, se si presentano disarmoniche, meritano attenzione clinica sono quelle riguardanti l'interazione genitore-bambino, sviluppo motorio, del linguaggio, dell'affettività, della socialità.

E' importante valutare la presenza di un quadro sindromico complesso come il Disturbo della Regolazione, dal momento che può essere un precursore dei disturbi di comportamento in età scolare e adolescenziale.

### **2. Età scolare:**

Nell'ambito dei disturbi comportamentali viene attribuito un importante ruolo eziopatogenetico all'ambiente familiare e sociale.

Infatti anche nell'ADHD, nonostante venga riconosciuta come prioritaria una causalità di natura neurobiologica, il contesto ambientale tende a modulare sia le problematiche primarie del disturbo, che quelle secondarie (rispetto di regole, difficoltà nei rapporti sociali, basso livello di autostima), nel senso di riuscire in parte a contenerle o, al contrario, ad enfatizzarle.

Il DOP, allo stato puro, è in gran parte risultante da errori educativi, non sempre e solo da parte dei genitori, ma anche degli insegnanti o più in generale da un rapporto con l'ambiente con caratteristiche disfunzionali. E' fondamentale *intervenire precocemente* per evitare che il disturbo in adolescenza sfoci in DC. Infatti un esordio precoce del DC tende ad essere predittivo di una prognosi peggiore e di un aumentato rischio di disturbo antisociale e di disturbi correlati all'abuso di sostanze in età adulta. Tali individui sono, inoltre, a rischio di successivi disturbi dell'umore o d'ansia e di disturbi somatoformi.

E' importante quindi, *identificarli precocemente* dal momento che l'intervento precoce è il più efficace, essendo i DC estremamente resistenti ai cambiamenti in adolescenza.

Vanno ricercate le risorse individuali interne del bambino e quelle esterne, intese in termini di supporto del contesto familiare e sociale ai fini di impostare un intervento tempestivo ed adeguato.

<b>PROGRAMMA DI PSICOLOGIA AUSL di Rimini</b>	<b>Protocollo localmente concordato per LA DIAGNOSI E IL TRATTAMENTO DEI DISTURBI DEL COMPORAMENTO</b>	
---	--	--

## 2 FATTORI DI RISCHIO

La psicopatologia dello sviluppo sottolinea il concetto di multifattorialità nella determinazione delle problematiche comportamentali ed emotive di rilievo clinico, per cui, sia lo sviluppo normale che quello psicopatologico, possono costruirsi a partire dall'intreccio tra fattori di rischio e fattori protettivi rintracciabili su diversi domini personali e sociali (vedi fattori di rischio riportati nella "*Linea guida per la diagnosi e il trattamento di minori a rischio di deprivazione socioambientale e/o familiare e/o di vulnerabilità educativa e/o affettiva*").

Tra i fattori di rischio più specifici si riscontrano:

Fattori di ordine biologico

- Genere (maggiore prevalenza nei maschi)
- Difficoltà temperamentali precoci
- Specifici pattern di regolazione emozionale
- Vulnerabilità costituzionale (prematilità, basso peso alla nascita, ecc.)

Fattori di ordine psicosociale

- Povertà
- Situazioni di sovraffollamento
- Stress familiari
- Isolamento socio-ambientale del nucleo familiare
- Patologie familiari come alcolismo, depressione, personalità antisociale
- Conflitti coniugali
- Inadeguatezza delle capacità educative genitoriali
- Scarsa reciprocità e contingenza ai segnali del bambino
- Relazioni di attaccamento insicure o disorganizzate

## 3 STRUMENTI E MODALITÀ PER LA DIAGNOSI

Espletati gli strumenti di base riportati nella "*Linea guida per la diagnosi e il trattamento di minori a rischio di deprivazione socioambientale e/o familiare e/o di vulnerabilità educativa e/o affettiva*", è necessario utilizzare strumenti più specifici, differenziati in base all'età.

### 1. Età pre-scolare:

- Somministrazione di questionari ai genitori:
  - Intervista clinica semistrutturata di Barkley e Marphy
  - Scala IPDDAI della Erickson
- Colloquio con gli insegnanti (Nido e Scuola dell'Infanzia)

### 2. Età scolare:

- Osservazione e colloquio col bambino/adolescente, mettendo in risalto le risorse che il bambino possiede per poi indagare il modo in cui riesce a percepire i propri problemi. Ricordiamo che l'osservazione in ambulatorio, almeno inizialmente, può trarre in inganno, soprattutto nel caso dell'ADHD, in quanto possono non manifestarsi i sintomi in situazioni nuove, altamente strutturate e non troppo prolungate nel tempo.
- Colloquio con gli insegnanti
- Somministrazione di questionari ai genitori e insegnanti:
  - SDAG, SDAI di Cornoldi
  - K-SADS-PL di Kaufman et al.
  - Scale di Conners (CPRS-R, CTRS-R)
  - SCOD di Marzocchi et al.
  - Strengths and Difficulties Questionnaire di Goodman (SDQ)
  - Questionario COM di Cornoldi et al.
- Valutazione neuropsicologica (utile soprattutto alla diagnosi di ADHD)
  - Matching Figures Test e Continuous Performance Test (MFT e CPT di Cornoldi)
  - Test delle Campanelle (modificato) di Biancardi e Stoppa
  - Torre di Londra

<b>PROGRAMMA DI PSICOLOGIA AUSL di Rimini</b>	<b>Protocollo localmente concordato per LA DIAGNOSI E IL TRATTAMENTO DEI DISTURBI DEL COMPORAMENTO</b>	
---	--	--

- Wisconsin Test Card
- Test dei Colori di Stroop
- Test di Corsi
- Word Span e Digit Span

#### **4 STRUMENTI E MODALITÀ PER IL TRATTAMENTO**

La complessità dell'eziopatogenesi, in cui i fattori socio-familiari si connettono saldamente a fattori biologici e temperamentali, richiede interventi multimodali e multisistemici. L'obiettivo di tali interventi è cercare di influire sui diversi fattori che contribuiscono all'emergere del comportamento deviante, prevedendo interventi individuali, familiari, extrafamiliari ed eventualmente anche psicofarmacologici.

Trattandosi di disturbi "esternalizzati" l'intervento si deve focalizzare principalmente sul contesto socio-ambientale e in secondo luogo sul bambino, una volta raggiunta una sufficiente maturità cognitiva e psico-affettiva.

##### **1. INTERVENTO IN ETA' PRE-SCOLARE:**

Nei primi anni di vita, quando l'organizzazione del Sé e gli schemi interpersonali del bambino si esprimono principalmente sul piano procedurale ed emotivo, sarà più opportuno ed efficace centrare l'intervento terapeutico come sostegno psicologico alla relazione madre-bambino e/o alla coppia genitoriale e come intervento psicoeducativo con i genitori. Con il bambino potrebbe essere utile un intervento educativo all'interno di un piccolo gruppo.

##### **1.1 Sostegno psicologico alla relazione madre-bambino e/o alla coppia genitoriale (con definizione di numero minimo di 8 sedute e massimo di 12)**

Obiettivi del trattamento:

- Incremento della consapevolezza nel genitore delle proprie modalità di accudimento-cura
- Aumento della responsività ai segnali d'attaccamento del bambino
- Esplorazione dialogo interno e scenari immaginativi del genitore
- Ricostruzione della storia di sviluppo del genitore e identificazione delle aree critiche
- Comprensione stati emozionali e reazioni comportamentali del genitore
- Identificazione delle priorità emotive del bambino
- Favorire migliori modalità d'interazione genitori-bambino
- Fornire opportunità costruttive di coinvolgimento sensoriale e affettivo, incoraggiandone la modulazione e l'autoregolazione

##### **1.2 Intervento psico-educativo con i genitori (con definizione di numero minimo di 8 sedute e massimo di 12)**

Obiettivi del trattamento:

- Ricostruzione di episodi critici di rapporto quotidiano con il bambino (es: strategie funzionali/disfunzionali adottate dal genitore)
- Gestione delle "regole educative" e negoziazione dei bisogni
- Favorire strategie flessibili per situazioni nuove

##### **1.3 Intervento educativo col bambino in piccolo gruppo (con definizione di cicli di trattamento di 6 mesi rinnovabili, con frequenza bisettimanale)**

Obiettivi dell'intervento:

- Rinforzare la vulnerabilità sensoriale e senso-motoria
- Utilizzazione del gioco simbolico per favorire una maggiore riflessività e coscienza di sé
- Fornire opportunità costruttive di coinvolgimento sensoriale ed affettivo
- Favorire l'esplorazione dell'ambiente
- Facilitare l'acquisizione da parte del bambino di una maggiore flessibilità e adattabilità
- Attività psicomotoria per migliorare la tonicità muscolare, la pianificazione motoria e favorire l'integrazione degli input sensoriali
- Fornire un'esperienza contenitiva con "regole educative" chiare

##### **1.4 Consulenza agli insegnanti**

Obiettivi dell'intervento (più incisivo se organizzato in *piccolo gruppo* di max. 10 insegnanti per 5-7 incontri):

- Fornire informazioni sui disturbi
- Fornire appositi strumenti di osservazione (griglie e questionari)
- Potenziare le risorse emotive degli insegnanti

<b>PROGRAMMA DI PSICOLOGIA AUSL di Rimini</b>	<b>Protocollo localmente concordato per LA DIAGNOSI E IL TRATTAMENTO DEI DISTURBI DEL COMPORAMENTO</b>	
---	--	--

- Migliorare la relazione con il bambino
- Strutturare la sezione in base ai bisogni del bambino e alle sue caratteristiche
- Suggestire particolari strategie educative per migliorare la relazione con i pari e con gli adulti di riferimento
- Fornire tecniche di gioco senso-motorio

## **2. INTERVENTO IN ETÀ SCOLARE:**

In età scolare l'intervento deve riguardare il sostegno psicologico alla coppia genitoriale, l'intervento psico-educativo con la famiglia e l'ambiente scolastico, un intervento psicologico individuale ed un training meta-cognitivo con il bambino/adolescente.

### **2.1 Sostegno psicologico alla coppia genitoriale:** (con definizione di numero minimo di 8 sedute e massimo di 12)

Obiettivi del trattamento:

- Incremento di consapevolezza nei genitori delle proprie modalità affettive ed educative
- Esplorazione dialogo interno e scenari immaginativi del genitore
- Ricostruzione della storia di sviluppo dei genitori e identificazione aree critiche
- Comprensione stati emozionali e reazioni comportamentali dei genitori
- Identificazione dei punti di forza del bambino/adolescente
- Favorire migliori modalità d'interazione genitori-figlio
- Comprendere il significato funzionale del comportamento agito dal bambino (sintomo) all'interno delle dinamiche della coppia coniugale

### **2.2 Intervento psico-educativo con genitori (Parent Training)**

Tale tipo di intervento sarebbe più incisivo se organizzato in *piccolo gruppo* (max. 10 persone, num. 10 sedute)

Obiettivi del trattamento:

- Fornire informazioni sul disturbo
- Analisi funzionale della situazione problematica (osservazione del *prima, durante e dopo*)
- Strutturazione delle attività quotidiane
- Applicazione di tecniche di modificazione del comportamento
- Evidenziare i punti di forza del bambino
- Incremento delle abilità genitoriali
- Potenziare il numero di interazioni positive col bambino
- Dispensare rinforzi sociali o materiali in risposta a comportamenti positivi del bambino
- Ignorare i comportamenti lievemente negativi
- Aumentare la collaborazione del bambino usando comandi più diretti, precisi e semplici
- Prendere provvedimenti coerenti e costanti per i comportamenti inappropriati del bambino

### **2.3 Consulenza agli insegnanti**

Obiettivi dell'intervento (più incisivo se organizzato in *piccolo gruppo* di max. 10 insegnanti per 5-7 incontri):

- Fornire informazioni sul disturbo
- Fornire appositi strumenti di valutazione (questionari e tabelle di osservazione)
- Potenziare le risorse emotive degli insegnanti
- Migliorare la relazione con l'alunno
- Applicazione di specifiche procedure di modificazione del comportamento all'interno della classe
- Strutturare l'ambiente classe in base ai bisogni dell'alunno e alle caratteristiche
- Suggestire particolari strategie didattiche per facilitare l'apprendimento dell'alunno
- Migliorare la relazione all'interno della classe tra l'alunno e i compagni
- Fornire tecniche di rilassamento che permettono di scaricare la tensione accumulata

### **2.4 Intervento psicologico individuale con il bambino/adolescente** (con frequenza quindicinale per almeno 6-8 mesi)

Obiettivi del trattamento:

- Comprensione dei propri stati emozionali e delle proprie reazioni comportamentali all'interno delle relazioni con genitori, insegnanti e coetanei
- Migliorare l'autostima e il senso di autoefficacia
- Modulare le relazioni interpersonali
- Migliorare l'integrazione sociale con i pari e con gli adulti
- Ristrutturazione cognitiva
- Migliorare la tolleranza alle frustrazioni

<b>PROGRAMMA DI PSICOLOGIA AUSL di Rimini</b>	<b>Protocollo localmente concordato per LA DIAGNOSI E IL TRATTAMENTO DEI DISTURBI DEL COMPORAMENTO</b>	
---	--	--

## 2.5 Training meta-cognitivo con il bambino/adolescente (con frequenza quindicinale per almeno 6-8 mesi)

L'intervento si focalizza su:

- Problem solving: riconoscere il problema, generare soluzioni alternative, pianificare la procedura per risolvere il problema, ecc.
- Autoistruzioni verbali al fine di acquisire un dialogo interno che guidi alla soluzione delle situazioni problematiche
- Stress inoculation training: indurre il bambino/adolescente ad auto-osservare le proprie esperienze e le proprie emozioni, soprattutto in coincidenza di eventi stressanti e, successivamente, aiutarlo ad esprimere una serie di risposte alternative adeguate al contesto. L'acquisizione di queste risposte alternative dovrà sostituire gli atteggiamenti impulsivi e aggressivi.

Il training meta-cognitivo andrebbe potenziato con interventi in piccolo gruppo (3-4 bambini/adolescenti) focalizzati su:

- Training sulle abilità sociali
- Incontri sull'educazione emotiva (R.E.T. Terapia Razionale Emotiva di Ellis-Di Pietro)

## 5 CRITERI DI ELEGGIBILITÀ

L'importanza di un intervento terapeutico di tipo multimodale condotto su più livelli e più sistemi si rende ancora più evidente con il passaggio all'età scolare.

### 1. Sostegno psicologico alla coppia genitoriale

Criteri di inclusione:

- Partecipazione di entrambi i genitori
- Competenze cognitive e sociali adeguate
- Disponibilità e capacità a mettersi in discussione
- Disponibilità ad esplorare problemi irrisolti a livello personale e di coppia
- Costanza e cooperazione
- Empatia
- Sufficienti risorse affettivo-emozionali
- Sufficienti capacità introspettive
- Bassa conflittualità coniugale
- Motivazione al cambiamento

### 2. Intervento psico-educativo con genitori (Parent Training)

Criteri di inclusione:

- Partecipazione di entrambi i genitori
- Disponibilità a mettere in discussione le proprie modalità educative
- Disponibilità a condividere i propri problemi anche con gli altri membri del gruppo
- Costanza e cooperazione
- Empatia
- Sufficienti risorse affettivo-emozionali
- Scarse capacità introspettive

### 3. Consulenza agli insegnanti

Criteri di inclusione:

- Disponibilità agli incontri
- Collaborazione
- Capacità di mettersi in discussione
- Sensibilità alle difficoltà dell'alunno
- Empatia

### 4. Intervento educativo col bambino in piccolo gruppo

Criteri di inclusione:

- Età compresa tra i 3 e 5 anni
- Abbozzo di gioco simbolico

<b>PROGRAMMA DI PSICOLOGIA AUSL di Rimini</b>	<b>Protocollo localmente concordato per LA DIAGNOSI E IL TRATTAMENTO DEI DISTURBI DEL COMPORAMENTO</b>	
---	--	--

- Limitata vulnerabilità sensoriale
- Livello cognitivo adeguato, borderline o con ritardo lieve
- Presenza di difficoltà relazionali non troppo limitanti
- Presenza di impulsività e iperattività non estreme
- Assenza di difficoltà di separazione dalle figure genitoriali

#### 5. **Intervento psicologico individuale con il bambino/adolescente**

Criteri di inclusione:

- Età superiore a 8-9 anni
- Presenza di competenze cognitive e sociali sufficienti a strutturare un setting e una relazione terapeutica individuale
- Presenza di competenze sul piano della mentalizzazione dell'esperienza
- Sufficiente capacità di introspezione che permetta di tenere in considerazione intenzioni, credenze, pensieri propri e altrui
- Sufficiente capacità di dialogo interno
- Sufficiente capacità di esplorazione dei propri scenari immaginativi
- Sufficiente capacità empatica e collaborativa

#### 6. **Training meta-cognitivo con il bambino/adolescente**

Criteri di inclusione:

- Età superiore a 8-9 anni
- Presenza di competenze cognitive adeguate
- Competenze sociali non adeguate all'età
- Dialogo interno scarsamente strutturato
- Scarsa capacità di autocontrollo
- Scarsa capacità di pianificazione e riflessione
- Inadeguata consapevolezza delle emozioni proprie e altrui

### 6 CRITERI DI ACCESSO

Vedi criteri di accesso riportati nella *“Linea guida per la diagnosi e il trattamento di minori a rischio di deprivazione socioambientale e/o familiare e/o di vulnerabilità educativa e/o affettiva”*.

### 7 DOCUMENTI DI REGISTRAZIONE

Vedi documenti di registrazione riportati nella *“Linea guida per la diagnosi e il trattamento di minori a rischio di deprivazione socioambientale e/o familiare e/o di vulnerabilità educativa e/o affettiva”*.

### 8 RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Regione autonoma della Sardegna, *“Che cos'è l'ADHD? Manuale minimo per genitori ed insegnanti”*, Università degli studi di Cagliari, 2000
- Niccolai A., *“Chi si prende cura dei genitori? Parent Training”*, Armando Editore, 2004
- National Center for Clinical Infant Programs, *“Classificazione Diagnostica: 0 to 3 classificazione diagnostica della salute mentale e dei disturbi di sviluppo nell'infanzia”*. Ed. Masson, 1994.
- OMS, *“Decima revisione della Classificazione Internazionale delle sindromi e dei disturbi psichici e comportamentali”*, Ed. Masson, 1992
- Di Pietro M., *“Disturbi esternalizzati dello sviluppo”*, quaderni ASRI n. 59 (AUSL Rimini) 2003
- APA, *“DSM-IV TR Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, Text Revision”*, Ed. Masson Milano, 2002
- Cornoldi C. et al., *Il questionario COM: uno strumento di identificazione di problematiche associate al DDAI*, in <<Difficoltà di apprendimento>>, vol. 9 num. 3 febbraio, pp. 391-412, Ed. Erickson, 2004
- Barkley R.A. e. Marphy K.R *“Intervista clinica semistrutturata”*, 1998

<b>PROGRAMMA DI PSICOLOGIA AUSL di Rimini</b>	<b>Protocollo localmente concordato per LA DIAGNOSI E IL TRATTAMENTO DEI DISTURBI DEL COMPORAMENTO</b>	
---	--	--

- Kaufman J. et al, “*Intervista diagnostica per la valutazione dei disturbi psicopatologici in bambini e adolescenti (K-SADS-PL)*”, Ed. Erickson , 2004
- Di Pietro M. et al., “L’alunno iperattivo in classe”, Ed. Erickson., 2001
- Marcotto E., et al., “*La scala IPDDAI: contributo per la costruzione di uno strumento per l’identificazione precoce del disturbo da deficit di attenzione e/o iperattività*”, in <<Difficoltà di apprendimento>>, vol. 8 num.2, dicembre 2002,pp 153-172, e in <<Disturbo di attenzione e iperattività>>, vol 1 num. 1, Ed. Erickson 2005
- SINPIA, “*Linee guida per il DDAI ei DSA*”, Ed. Erickson, 2006.
- “*Linee guida per il disturbo da deficit attentivo con iperattività (ADHD) in età evolutiva. Il Trattamento cognitivo comportamentale*”, in << Giornale di Neuropsichiatria dell’Età Evolutiva>>, n 24 (suppl. I),pp 89-107, agosto 2004
- Cornoldi, “*Matching Figures Test e Continous Performance Test (MFT e CPT)*”.
- “*Proposta di linee guida per la diagnosi ed iniziale assetto terapeutico delle sindromi ipercinetiche, disturbo da deficit dell’attenzione-iperattività*”, U.O. NPI (AUSL Rimini) 2002
- Lambruschi F., “*Psicoterapia cognitiva dell’età evolutiva*”, Ed. Bollati Boringhieri, Torino, 2004
- “*Rilassamento per bambini*”, Ed. Omega
- Marzocchi G.M..et al, “*Scala di valutazione dei comportamenti dirompenti (SCOD-G, SCOD-I)*”
- Conners, “*Scale CPRS-R, CTRS-R*”
- Cornoldi C. “*Scale per l’individuazione di comportamenti di disattenzione e iperattività del bambino (SDAG, SDAI)*” , 1994-1995
- Goodman , “*Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)*”
- Di Pietro M. “*Terapia cognitivo comportamentale dei disturbi internalizzati in età evolutiva*”, quaderni ASRI n. 58 (AUSL Rimini),2003
- “*Test dei Colori di Stroop*”
- Biancardi e Stoppa, “*Test delle Campanelle*”
- “*Test di Corsi*”
- “*Torre di Londra*”
- “*Wisconsin Test Card*”
- “*Word Span e Digit spam*”

<b>AUSL di RIMINI</b> <b>Programma di</b> <b>Psicologia</b>	<b>protocollo localmente concordato per</b> <b>LA DIAGNOSI E IL TRATTAMENTO</b> <b>DEI DISTURBI PERVASIVI DELLO SVILUPPO</b> <b>CON O SENZA RITARDO MENTALE</b>	
---	--	--

## SOMMARIO

1.Introduzione.....	146
1.1Inquadramento teorico .....	146
1.2Target di riferimento e bisogni associati.....	146
2.Fattori di rischio.....	146
3.Strumenti e modalità per la Diagnosi .....	147
4.Strumenti e modalità per il trattamento .....	147
5.Criteri di eleggibilità.....	148
6.Criteri di Accesso .....	148
7.Documenti di registrazione.....	149
8.Riferimenti bibliografici .....	149

Dott.ssa Anna Rosa Novaga- Conduttore del gruppo

Dott.ssa Sabina Berardi  
 Dott.ssa Sabrina Cattarinetti  
 Dott.ssa Elisa Curzi  
 Dott.ssa Chiara Della Betta  
 Dott.ssa Barbara Frixone  
 Dott.ssa Patrizia Gianandrea  
 Dott.ssa Elisa Migani  
 Dott. Enrico Savelli  
 Dott.ssa Rosa Maria Sicilia  
 Dott.ssa Tiziana Valer  
 Figure di supporto:  
 Dott.ssa Tamara Battistini  
 Dott.ssa Giorgia Bondi

<b>AUSL di RIMINI</b> <b>Programma di</b> <b>Psicologia</b>	<b>protocollo localmente concordato per</b> <b>LA DIAGNOSI E IL TRATTAMENTO</b> <b>DEI DISTURBI PERVASIVI DELLO SVILUPPO</b> <b>CON O SENZA RITARDO MENTALE</b>	
---	--	--

## 1. INTRODUZIONE

### 1.1 INQUADRAMENTO TEORICO

I Disturbi Pervasivi dello Sviluppo si manifestano con uno sviluppo anomalo o deficitario che interessa le aree relative all'*interazione sociale*, alla *comunicazione* e al *repertorio di interessi* del bambino. Tali anomalie, possono variare notevolmente, a seconda della tipologia del disturbo, del livello di sviluppo e dell'età cronologica e si manifestano, in almeno una delle 3 aree sopra indicate, prima dei 3 anni di età.

Circa il 75% dei bambini con disturbo autistico ha un funzionamento cognitivo che si situa sotto il Q.I. di 70, mentre il 25% ha un funzionamento cognitivo al di sopra di 70, tale caratteristica influenza significativamente il funzionamento globale della persona e quindi necessita di una particolare attenzione nella fase di valutazione e nella predisposizione del piano di intervento.

Le caratteristiche specifiche sono quelle descritte in asse I dal *DSM IV* all'interno della categoria "Disturbi generalizzati dello sviluppo", dall'*ICD 10* all'interno della categoria "Sindromi da alterazione globale dello sviluppo psicologico" e dalla *Classificazione Diagnostica 0-3* all'interno della categoria "Disturbo multisistemico dello sviluppo".

La categoria individuata è ampia e include:

- Disturbo Autistico come descritto nei Manuali diagnostici DSM IV e ICD-10
- Sindrome di Asperger come descritto nei Manuali diagnostici DSM IV e ICD-10
- Sindrome di Rett come descritto nei Manuali diagnostici DSM IV e ICD-10
- Disturbo Disintegrativo della Fanciullezza come descritto nei Manuali diagnostici DSM IV e ICD-10
- Disturbo Pervasivo dello Sviluppo Non Altrimenti Specificato come descritto nei Manuali diagnostici DSM IV e ICD-10

Nella classificazione 0-3 il "Disturbo multisistemico dello sviluppo" include:

- Pattern A
- Pattern B
- Pattern C

### 1.2 TARGET DI RIFERIMENTO E BISOGNI ASSOCIATI

Il target di riferimento comprende bambini affetti da Disturbo Pervasivo dello Sviluppo con o senza ritardo mentale. Considerata l'eterogeneità dei quadri clinici dei soggetti indicati, sarà particolarmente significativo prestare attenzione a tutte le manifestazioni e ai comportamenti considerati "a rischio" con l'obiettivo di fornire una diagnosi il più precoce possibile. La massima cura deve essere altresì posta nell'individualizzazione del processo di valutazione e della strutturazione del piano di lavoro, affinché l'intervento sia efficace.

## 2. FATTORI DI RISCHIO

Non è stata individuata una causa specifica per l'autismo, anche se molti e diversi sono i fattori osservati che possono contribuire allo sviluppo della sindrome. Poiché nel 60% dei casi gemelli omozigoti risultano entrambi affetti, con tutta probabilità esiste una componente genetica, anche se non è il solo fattore scatenante. La familiarità per il disturbo sembra quindi rappresentare il maggiore fattore di rischio.

La capacità di sintonizzazione coi bisogni del bambino e la coerenza fra gli interventi dei caregivers, insieme a programmi di riabilitazione precoce, costituiscono fattori protettivi che permettono l'acquisizione di alcune competenze ed un esito meno invalidante.

<b>AUSL di RIMINI</b> <b>Programma di</b> <b>Psicologia</b>	<b>protocollo localmente concordato per</b> <b>LA DIAGNOSI E IL TRATTAMENTO</b> <b>DEI DISTURBI PERVASIVI DELLO SVILUPPO</b> <b>CON O SENZA RITARDO MENTALE</b>	
---	--	--

### 3. STRUMENTI E MODALITÀ PER LA DIAGNOSI

#### Strumenti e modalità di diagnosi all'interno del Servizio Territoriale

Quando viene consultato per problematiche di questo tipo, lo Psicologo deve condurre la sua indagine attraverso:

- Colloquio clinico con i genitori con l'obiettivo di individuare i motivi di preoccupazione della famiglia, i sintomi e comportamenti manifesti del bambino, il suo percorso di sviluppo ma anche le caratteristiche e il funzionamento generale del nucleo familiare e dei singoli membri.
- Osservazione del comportamento del bambino in situazione di gioco libero con particolare attenzione agli aspetti relativi alla comunicazione, interazione sociale e interessi.
- Utilizzo di questionari per la valutazione del comportamento del bambino da somministrare ai genitori ed eventualmente agli insegnanti (CBCL e TRF di T.M.Achenbach).
- Utilizzo di strumenti diagnostici per la valutazione del livello cognitivo e di sviluppo a seconda della testabilità del bambino (Scale Wechsler, Leiter, Leiter-R, Bayley...).
- Utilizzo di strumenti di indirizzo diagnostico (ABC - Autism Behavior Checklist - questionario strutturato per la valutazione del comportamento autistico, CHAT-M – Check list for autism in toddlers ).

#### Strumenti e modalità di diagnosi del “Centro Autismo e Disturbi dello Sviluppo”

- Acquisizione della relazione/scheda dal Servizio Territoriale inviante
- Colloquio clinico con i genitori con l'obiettivo di individuare le preoccupazioni attuali e la storia comportamentale relazionata all'autismo.
- Osservazione del comportamento del bambino in situazione di gioco libero con particolare attenzione posta agli aspetti relativi la comunicazione, l'interazione sociale e il repertorio degli interessi.
- Utilizzo di strumenti diagnostici per la valutazione del livello cognitivo e del livello di sviluppo (Scale Wechsler, Leiter, Leiter-R, Bayley...) qualora non siano già stati effettuati dal Servizio Territoriale.
- Utilizzo, qualora lo si ritenesse utile, di strumenti per la valutazione neuropsicologica (Torre di Londra, Test delle campanelle, Wisconsin, Prove MF, CP e MFCPR di Cornoldi).
- Utilizzo di strumenti diagnostici specifici per i Disturbi Pervasivi dello Sviluppo (CARS -Childhood Autism Rating Scale- Scala di valutazione del comportamento autistico nell'infanzia; GARS -Gilliam Autism Rating Scale di J. Gilliam- Scala di valutazione del Disturbo Autistico rivolta ai genitori; ADOS - Autism Diagnostic Observation Schedule- Moduli per l'osservazione diagnostica del Disturbo Autistico; ADI-R -Autism Diagnostic Interview Revised- Intervista Semistrutturata per la diagnosi del Disturbo Autistico, rivolta ai genitori).
- Utilizzo di strumenti diagnostici specifici per la Sindrome di Asperger (KADI -Krug's Asperger Disorder Index-intervista strutturata per la diagnosi della Sindrome di Asperger; GADS - Gilliam Asperger Disorder Scale-intervista strutturata per la diagnosi della Sindrome di Asperger).
- Utilizzo di strumenti per la valutazione dello stress genitoriale (PSI -Parent Stress Index di Abidin-).
- Utilizzo di strumenti per la valutazione del funzionamento adattivo nei diversi contesti di vita del bambino (VABS - Vineland Adaptive Behavior Scale Survey Form –anche quando siano stati somministrati da educatori professionali e/o terapisti della riabilitazione).
- Osservazione del bambino in contesto scolastico per acquisire ulteriori informazioni rispetto alle abilità sociali e alle modalità di approccio nell'interazione con i pari.

*N.B. Gli strumenti diagnostici ADI-R e ADOS possono essere utilizzati esclusivamente da psicologi che abbiano conseguito l'abilitazione all'uso dello strumento.*

### 4. STRUMENTI E MODALITÀ PER IL TRATTAMENTO

Non esiste un intervento specifico e unico valido per tutti i soggetti con autismo allo stesso modo; la pervasività del disordine, la molteplicità dei quadri clinici e la cronicità dei disturbi richiedono l'integrazione di varie metodologie all'interno di un approccio multidimensionale. Il programma riabilitativo deve essere individualizzato e tarato sulle caratteristiche del bambino in base al suo livello cognitivo, all'età, al funzionamento neuropsicologico, alle abilità potenziali e naturalmente ai bisogni espressi dalla famiglia. Tale intervento dovrebbe avere le caratteristiche di un progetto psico-educativo rivolto al minore e/o ai genitori e prevedere attività mirate allo sviluppo della comunicazione funzionale, del linguaggio, delle abilità sociali e dell'autonomia.

Questo complesso processo di cura prevede una presa in carico globale e continuativa del bambino che sia “orizzontale” (in tutti i contesti di vita) e “verticale” (per tutto l'arco di vita).

<b>AUSL di RIMINI</b> <b>Programma di</b> <b>Psicologia</b>	<b>protocollo localmente concordato per</b> <b>LA DIAGNOSI E IL TRATTAMENTO</b> <b>DEI DISTURBI PERVASIVI DELLO SVILUPPO</b> <b>CON O SENZA RITARDO MENTALE</b>	
---	--	--

**I trattamenti eseguiti dal Servizio Territoriale sono:**

- Sostegno psicologico alla coppia genitoriale per l'individuazione e l'implementazione delle risorse disponibili idonee a fronteggiare la complessità della situazione e dei vissuti personali.
- Attività di raccordo con le agenzie scolastiche e i servizi sociali.
- Training sulle abilità metacognitive, sulla teoria della mente e sulle competenze di interazione sociale con l'obiettivo di acquisire strategie di problem solving, di consapevolezza dei propri processi mentali e delle abilità sociali, svolto all'interno di un progetto coordinato e raccordato con il Centro Autismo e Disturbi dello sviluppo come da indicazioni regionali.

**I trattamenti eseguiti dal Centro Autismo e Disturbi dello Sviluppo sono:**

- Strutturazione del piano d'intervento individualizzato sul bambino a seguito delle informazioni raccolte durante il processo valutativo.
- Raccordo e coordinamento con tutte le professionalità che operano attorno al bambino (logopedista, psicomotricista, educatore professionale, insegnante...) con l'obiettivo di fornire un intervento che sia coerente e concordato con tali figure di riferimento.
- Attività di monitoraggio clinico del bambino rispetto ai vari interventi in modo da garantire una verifica periodica dei risultati.
- Gruppi psico-educativi con i genitori con l'obiettivo di fornire informazioni e strategie di problem solving specifiche per affrontare le difficoltà che la complessa situazione comporta.
- Formazione e consulenza (in sede o fuori sede) per insegnanti ed educatori professionali.

## 5. CRITERI DI ELEGGIBILITÀ

**Criteri di inclusione per i trattamenti individuati:**

I trattamenti indicati come “Sostegno psicologico alla coppia genitoriale”, “Strutturazione del piano d'intervento”, “Raccordo e coordinamento con tutte le professionalità che operano attorno al bambino” e “Monitoraggio clinico” sono considerati d'elezione per tutti gli utenti del target individuato. Altri tipi di trattamento di tipo cognitivo-comportamentale: training sulle abilità metacognitive, sulla teoria della mente, sulle competenze di interazione sociale sono da riferire alle abilità e capacità dei singoli soggetti in carico.

## 6. CRITERI DI ACCESSO

L'accesso al Servizio Territoriale per l'infanzia dell'Azienda è libero da parte delle famiglie e può essere in taluni casi sollecitato da parte dell'agenzia scolastica o del pediatra/medico di base.

Dopo il primo accesso al Servizio Territoriale e la prima valutazione a carico del professionista referente, qualora lo stesso lo ritenga opportuno, potrà inviare il bambino e la famiglia direttamente al Centro Autismo e Disturbi dello Sviluppo dell'Azienda USL per un approfondimento diagnostico ed una conseguente programmazione individualizzata dell'intervento.

<b>AUSL di RIMINI</b> <b>Programma di</b> <b>Psicologia</b>	<b>protocollo localmente concordato per</b> <b>LA DIAGNOSI E IL TRATTAMENTO</b> <b>DEI DISTURBI PERVASIVI DELLO SVILUPPO</b> <b>CON O SENZA RITARDO MENTALE</b>	
---	--	--

## 7. DOCUMENTI DI REGISTRAZIONE

Si ritiene sufficiente a tale scopo, utilizzare la cartella clinica in uso presso l'Unità Operativa di N.P.I. alla quale vengono allegati e acclusi tutti i protocolli dei test somministrati, nonché la relazione clinica e le indicazioni per il piano di lavoro redatte oltre alla documentazione proveniente da altri servizi o dalla scuola.

E' altresì necessaria la compilazione, a carico del referente territoriale, di una scheda di invio al "Centro Autismo e Disturbi dello Sviluppo".

## 8. RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Andreoli V., Cassano G.B., Rossi R. (1999), DSM-IV – Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, Masson, Milano.
- Asperger H., (2003) Bizzarri, isolati, intelligenti. Il primo approccio clinico e pedagogico ai bambini di Hans Asperger (a cura di Nardocci F.), Ed Erickson, Trento.
- Baron-Cohen S., Howlin P., Hadwin J. (1999), Teoria della mente e autismo, Ed. Erickson, Trento .
- Beyer J., Gammeltoft L., (2002) Autismo e gioco, Phoenix, Roma .
- Carr E. (2005), Il comportamento problema è un messaggio, Ed. Erickson, Trento.
- Cohen D., Volkmar F. (1997), Autismo e Disturbi generalizzati dello sviluppo. Vol. 1-2-, Ed. it. a cura di Nardocci F., Vannini, Brescia, 2004.
- De Meo T., Vio C., Maschietto D., (2000) Intervento cognitivo nei disturbi autistici e di Asperger, Ed. Erickson, Trento.
- Documento Regione Emilia Romagna – Dossier 103-2004 – Assistenza alle persone affette da disturbi dello spettro autistico.
- Gray C. (2000), Il libro delle storie sociali. Ad uso delle persone con disturbi autistici per apprendere le abilità sociali, Ed. it. a cura di Micheli E., Vannini, Brescia, 2004.
- Gutstein S.E., Sheely R.K. (2005), Sviluppare le relazioni sociali nei disturbi autistici, Ed. Erickson, Trento.
- Hogdon L. (2000), Strategie visive per la comunicazione. Guida pratica per l'intervento nell'autismo e nelle gravi disabilità dello sviluppo, Ed it. a cura di Arduino G.M. e Kozarzewska A., Vannini, Brescia, 2004.
- Kemali D., Maj M., Catapano F., Lobracc S., Magliano L. (1992), ICD-10 – Decima revisione della classificazione internazionale delle sindromi e dei disturbi psichici e comportamentali, Masson, Milano.
- Linee Guida della SINPIA per l'autismo – raccomandazioni tecniche-operative per i servizi di neuropsichiatria infantile dell'età evolutiva.
- Micheli E., Zacchini M., (2002) Verso l'autonomia. La metodologia TEACCH del lavoro indipendente al servizio degli operatori dell'handicap, Vannini, Brescia .
- Powers M., a cura di (1994) Autismo: guida per genitori ed educatori, Raffaello Cortina, Milano.
- Schopler E., Mesibov G.B., Kunc L.J. (2001) a cura di, Sindrome di Asperger e autismo high-functioning, Ed. Erickson, Trento.
- Xaiz C., Micheli E., (2001) Gioco e interazione sociale nell'autismo, Ed. Erickson, Trento.
- Zero-to-three – National Center for Clinical Infant Programs (1997), Classificazione diagnostica: 0-3, Masson, Milano.

<b>PROGRAMMA DI PSICOLOGIA</b>  <b>AUSL Rimini</b>	<b>protocollo localmente concordato per LA DIAGNOSI E IL TRATTAMENTO DELL'ABUSO E DEL MALTRATTAMENTO NELL'ETÀ EVOLUTIVA</b>	
--	---	--

## SOMMARIO

1. Introduzione.....	151
1.1. Inquadramento teorico .....	151
1.2. Target di riferimento e bisogni associati.....	152
2. Fattori di rischio e protezione .....	152
3. Strumenti e modalità per la Diagnosi.....	154
4. Strumenti e modalità per il trattamento .....	155
5. Criteri di eleggibilità.....	156
6. Criteri di Accesso .....	156
7. Documenti di registrazione.....	157
8. Riferimenti bibliografici .....	157

Dott.ssa Anna Rosa Novaga- Conduttore del gruppo

Dott.ssa Sabina Berardi  
 Dott.ssa Sabrina Cattarinetti  
 Dott.ssa Elisa Curzi  
 Dott.ssa Chiara Della Betta  
 Dott.ssa Barbara Frixone  
 Dott.ssa Patrizia Gianandrea  
 Dott.ssa Elisa Migani  
 Dott. Enrico Savelli  
 Dott.ssa Rosa Maria Sicilia  
 Dott.ssa Tiziana Valer  
 Figure di supporto:  
 Dott.ssa Tamara Battistini  
 Dott.ssa Giorgia Bondi

PROGRAMMA DI PSICOLOGIA  AUSL Rimini	protocollo localmente concordato per <b>LA DIAGNOSI E IL TRATTAMENTO DELL'ABUSO E DEL MALTRATTAMENTO NELL'ETÀ EVOLUTIVA</b>	
--	--	--

## 1. INTRODUZIONE

### 1.1 INQUADRAMENTO TEORICO

Lo psicologo assicura supporto alle persone che hanno subito maltrattamento e abuso, definibili come:

“... G LI ATTI E LE CARENZE CHE TURBANO GRAVEMENTE IL BAMBINO, ATTENTANDO ALLA SUA INTEGRITÀ CORPOREA, AL SUO SVILUPPO FISICO, INTELLETTIVO E MORALE, LE CUI MANIFESTAZIONI SONO LA TRASCURATEZZA E/O LE LESIONI DI ORDINE FISICO, PSICHICO E SESSUALE DA PARTE DI UN FAMILIARE O DI ALTRI CHE HANNO CURA DEL BAMBINO”

CONSIGLIO D'EUROPA 1990

CLASSIFICAZIONE DELL'ABUSO ALL'INFANZIA SECONDO MONTECCHI		
Abuso	Forma specifica	Definizione
Maltrattamento	<i>Fisico</i>	Il genitore o le persone che si prendono cura del bambino eseguono, permettono che si eseguano o mettono il bambino in condizioni di subire lesioni fisiche.
	<i>Psicologico</i>	Il bambino viene svalutato, umiliato, denigrato, sottoposto a sevizie psicologiche in modo continuato e duraturo nel tempo attraverso frasi o comportamenti. <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Sindrome da alienazione parentale</i></li> </ul> Disturbo che insorge esclusivamente nel contesto delle controversie per la custodia dei figli: avviene quando un genitore (alienatore) attiva un programma di denigrazione contro l'altro genitore (genitore alienato): il bambino fornisce il suo personale contributo alla campagna di denigrazione. La diagnosi di PAS non è applicabile in presenza di reali abusi o trascuratezza.
Patologia delle Cure	<i>Incuria</i>	Cure carenti rispetto ai bisogni fisici e psicologici propri del momento evolutivo del bambino.
	<i>Discuria</i>	Cure distorte e inadeguate rispetto all'età del bambino attraverso: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Richieste di prestazioni superiori per età/possibilità</li> <li>• Accudimento tipico di bambini più piccoli</li> <li>• Iperprotettività</li> </ul>
	<i>Ipercure</i>	Cura eccessiva per lo stato fisico del bambino caratterizzata da un'inadeguata e dannosa medicalizzazione. Si rintracciano tre fondamentali forme di ipercure: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medical Shopping</li> <li>• Chemical Abuse</li> <li>• Sindrome di Munchausen per procura</li> </ul>
Abuso sessuale	<i>Intrafamigliare</i> <i>Extradomestico</i>	Coinvolgimento di soggetti immaturi e dipendenti in attività sessuali, con assenza di completa consapevolezza e possibilità di scelta, in violazione dei tabù familiari o delle differenze generazionali ad opera di un componente della famiglia del bambino che però non vive nella stessa casa
Abuso sessuale	<i>Intrafamiliare</i> <i>Intradomestico</i>	Coinvolgimento di soggetti immaturi e dipendenti in attività sessuali, con assenza di completa consapevolezza e possibilità di scelta, in violazione dei tabù familiari o delle differenze generazionali, agito da familiari che vivono nella medesima casa, conoscenti, estranei.

<b>PROGRAMMA DI PSICOLOGIA  AUSL Rimini</b>	<b>protocollo localmente concordato per LA DIAGNOSI E IL TRATTAMENTO DELL'ABUSO E DEL MALTRATTAMENTO NELL'ETÀ EVOLUTIVA</b>	
---	---	--

<b>Abuso Sessuale</b>	<i>Intrafamigliare</i>	Può essere suddiviso nelle seguenti tipologie: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Abuso sessuale manifesto</li> <li>• Abuso sessuale mascherato (pratiche genitali inconsuete, abuso assistito)</li> <li>• Pseudoabuso (falsi positivi)</li> </ul>
<b>Abuso sessuale</b>	<i>Extrafamigliare</i>	L'abusante è una persona esterna al nucleo familiare

## 1.2 TARGET DI RIFERIMENTO E BISOGNI ASSOCIATI

Soggetti in età evolutiva con età compresa tra gli 0-18 anni, che versano in condizione di pregiudizio secondo la classificazione sopra riportata.

## 2 FATTORI DI RISCHIO E PROTEZIONE

Quando sussiste una situazione di pregiudizio potenziale o reale per un minore s'impongono misure di tutela e di salvaguardia della salute, che devono scaturire da una valutazione, possibilmente in tempi brevi, volta a far emergere non solo le caratteristiche e le peculiarità familiari e sociali che hanno messo o mettono a rischio il bambino, ma anche le potenzialità e le risorse residue che potrebbero contrastare o ridurre l'impatto dei fattori negativi. Lo psicologo deve, quindi, privilegiare l'osservazione e la messa a fuoco dei punti di forza, delle risorse già presenti nel contesto che sarà possibile sollecitare e potenziare con un intervento mirato.

Gli interventi devono privilegiare una prospettiva promozionale che favorisca lo sviluppo della resilienza ("...è un processo, una strategia d'adattamento a situazioni di stress e di rischio psicologico-sociale potenzialmente pregiudizievole per lo sviluppo emotivo, cognitivo e socio-relazionale dell'individuo in età evolutiva, De Gregorio, 2000) nei soggetti maltrattati e abusati, permettendo così non solo un depotenziamento e disinnescamento del potenziale patogenetico dell'evento traumatico, ma favorendo anche, una riuscita positiva del processo di crescita in atto.<sup>7</sup>

I fattori di rischio (indicatori di una potenziale patogenicità di una situazione interattiva relazionale o personale), si distinguono in:

- ✓ **Fattori di rischio distali:** questi esercitano un'influenza negativa indiretta e rappresentano il terreno su cui vengono ad innestarsi altri elementi più vicini e prossimi all'esperienza. Questi fattori determinano una vulnerabilità e impoveriscono la capacità di far fronte agli ostacoli, ma non sono sufficienti a spiegare l'abuso o a progettare un congruo intervento riparatore.
- ✓ **Fattori di rischio e protezione prossimali:** sono elementi contigui e prossimi da un punto di vista relazionale, possono essere di rischio o protettivi: possono, quindi, contribuire a potenziare il rischio ampliandone l'effetto o avere una valenza positiva che ne modifica le traiettorie. Attengono alla sfera individuale, della famiglia e sociale.

<b>Fattori di rischio distali</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Povertà cronica</li> <li>• Basso livello d'istruzione</li> <li>• Giovane età della madre</li> <li>• Carenza di relazioni interpersonali</li> <li>• Carenza di reti sociali e di integrazione</li> <li>• Famiglia monoparentale</li> <li>• Famiglia separata</li> <li>• Famiglia prematura: immaturità intrapsichica e relazionale</li> <li>• <i>Esperienze di rifiuto, violenza o abuso subite nell'infanzia</i></li> <li>• Sfiducia verso le norme sociali e le istituzioni</li> <li>• <i>Accettazione della violenza e delle punizioni come pratiche educative</i></li> <li>• <i>Accettazione della pornografia infantile</i></li> <li>• Scarse conoscenze e disinteresse per lo sviluppo del bambino</li> </ul>

<sup>7</sup> Riferimento al modello ecologico-transazionale, Belsky J., Stratton P., (2002), *An ecological analysis of the etiology of child maltreatment*, Chichester, UK: Wiley.

<b>PROGRAMMA DI PSICOLOGIA</b>  <b>AUSL Rimini</b>	<b>protocollo localmente concordato per LA DIAGNOSI E IL TRATTAMENTO DELL'ABUSO E DEL MALTRATTAMENTO NELL'ETÀ EVOLUTIVA</b>	
--	---	--

**Fattori di rischio prossimali e amplificazione del rischio**

**A) Fattori individuali**

- Psicopatologia dei genitori
- Devianza sociale dei genitori
- Abuso di sostanze
- Debole o assente capacità di assunzione delle responsabilità
- Sindrome di risarcimento
- Distorsione delle emozioni e delle capacità empatiche
- Impulsività
- Scarsa tolleranza alle frustrazioni
- Ansia di separazione

**B) Fattori familiari e sociali**

- Gravidanza e maternità non desiderate
- Relazioni difficili con la propria famiglia d'origine e/o con quella del partner
- Conflitti di coppia e violenza domestica

**C) Caratteristiche del bambino**

- Malattie fisiche o disturbi alla nascita (malformazioni congenite, patologie neonatali, handicap fisico o neurologico)
- Disturbi del comportamento (disturbi del sonno, della condotta alimentare e sfinterica, pianti frequenti)

**Fattori di protezione prossimali e riduzione del rischio**

**A) Fattori individuali**

- Rielaborazione del rifiuto e della violenza subiti nell'infanzia
- Capacità empatiche
- Capacità di assunzione delle responsabilità
- Desiderio di migliorarsi
- Autonomia personale
- Buono livello di autostima

**B) Fattori familiari e sociali**

- Articolazione adeguata dei ruoli genitoriali rispetto all'accudimento e all'accoglimento empatico del bambino
- Rete di supporto parentale o amicale
- Capacità di gestire i conflitti

**C) Caratteristiche del bambino**

- Temperamento facile
- Stato di salute fisica e psichica del bambino
- Buono livello intellettuale

<b>PROGRAMMA DI PSICOLOGIA</b>  <b>AUSL Rimini</b>	<b>protocollo localmente concordato per LA DIAGNOSI E IL TRATTAMENTO DELL'ABUSO E DEL MALTRATTAMENTO NELL'ETÀ EVOLUTIVA</b>	
--	---	--

### 3 STRUMENTI E MODALITÀ PER LA DIAGNOSI

#### 3.1 LA VALUTAZIONE DIAGNOSTICA È

“...IL PERCORSO TESO A VALUTARE IL QUADRO COMPLESSIVO DELLA SITUAZIONE TRAUMATICA NEI SUOI ASPETTI INDIVIDUALI E RELAZIONALI, IL GRADO DI ASSUNZIONE DI RESPONSABILITÀ DA PARTE DEGLI ADULTI COINVOLTI E LE RISORSE PROTETTIVE DISPONIBILI NEL CONTESTO DEGLI ADULTI DI RIFERIMENTO DEL MINORE...”.

#### *LINEE GUIDA CISMAI*

Nelle situazioni di abuso all'infanzia, la valutazione diagnostica operata dallo psicologo, non è una semplice raccolta di indicatori compatibili con l'ipotesi di abuso, ma un processo attivo e riparativo, essa rappresenta già un'importante occasione terapeutica, in quanto consente di introdurre elementi correttivi, contrastare gli adattamenti patologici e promuove, in ogni momento, il mutamento terapeutico.

#### **Esame psicologico:**

Le manifestazioni post-traumatiche presentate dalle vittime variano in funzione delle modalità (durata, intensità) con cui l'abuso è stato perpetrato e a seconda dei fattori di rischio e protettivi presenti nel contesto. La psicodiagnosi individuale deve focalizzarsi sull'esame dello:

1. Stile cognitivo
2. Assetto psichico interno: (vissuti prevalenti, difese, risorse)

#### Strumenti<sup>8</sup>:

Colloqui clinici, sedute di gioco libere e strutturate  
 Tests grafici  
 Tests proiettivi  
 Tests di funzionamento intellettuale  
 Scale e interviste cliniche

#### Altri strumenti<sup>9</sup>:

Disegno della gioia, della paura, del dolore, Tecnica delle storie disegnate di Trombini, Sceno test di Von Staabs, Sand Play Therapy di Dora M.kalff.

Relazioni oggettuali e dinamiche famigliari:

Family Attitude Test, ORT, Disegno della famiglia, Test della Doppia Luna, Scala dell'ansia da separazione e misura dell'attaccamento-SAT.

Comportamenti: →

Questionari e scale di valutazione: CBCL di Achenbach (1991), Child Sexual Behaviour Inventory di Friedrich, PTSD Inventory.

<sup>8</sup> Per gli strumenti utili all'inquadramento psicodiagnostico generale, si rimanda a quelli già esplicitati nel protocollo localmente concordato per “la diagnosi e il trattamento dei minori a rischio di deprivazione socio-ambientale e/o familiare e/o di vulnerabilità educativa e/o affettiva”.

<sup>9</sup> Tra gli strumenti di seguito presentati, tutti utili come si evince dall'analisi della letteratura alla diagnosi e trattamento della casistica in oggetto, il professionista è chiamato a scegliere e utilizzare solo quelli che ritiene più pertinenti al caso specifico e maggiormente in linea con la propria esperienza e pratica professionale.

<b>PROGRAMMA DI PSICOLOGIA</b>  <b>AUSL Rimini</b>	<b>protocollo localmente concordato per LA DIAGNOSI E IL TRATTAMENTO DELL'ABUSO E DEL MALTRATTAMENTO NELL'ETÀ EVOLUTIVA</b>	
--	---	--

#### 4 STRUMENTI E MODALITÀ PER IL TRATTAMENTO

Data la multiformità dell'oggetto di studio e la complessità delle situazioni di maltrattamento e abuso, il terapeuta è chiamato in ogni momento del processo di cura, al rispetto dell'assetto psichico interiore del minore; ogni intervento va approntato con la massima sensibilità clinica e cautela nel rispetto dei tempi di elaborazione del trauma di ciascuno. Premesso che non è stato ancora individuato in letteratura<sup>10</sup> un orientamento teorico di elezione per il trattamento dell'abuso e del maltrattamento, ogni professionista è chiamato a declinare gli obiettivi di seguito individuati, in conformità al proprio orientamento teorico e alla propria esperienza clinica.

3. Sostegno psicologico (minimo 12 sedute a cadenza settimanale, max. da definirsi caso per caso).

Obiettivi:

- Offrirsi come contenitore dell'esperienza traumatica
- Favorire l'elaborazione mentale dell'esperienza, della traccia mnestica corretta e la consapevolezza
- Ristabilire il senso di padronanza e controllo del bambino sul proprio corpo, sui propri bisogni e desideri<sup>11</sup>
- Contenere gli stati d'ansia e i sensi di colpa
- Rafforzare l'io, stimolare l'attivazione di nuove risorse e il consolidamento di quelle già possedute

4. Psicoterapia, (minimo 24 sedute a cadenza settimanale max. da definirsi caso per caso).

Per chiarezza espositiva, il trattamento psicoterapeutico è stato declinato in fasi: per ogni fase sono stati esplicitati gli obiettivi specifici, pur nella consapevolezza che nella pratica clinica, la psicoterapia si configura piuttosto come un processo dinamico caratterizzato da momenti diversi, ma inevitabilmente interconnessi e in parte sovrapponibili. Sono ammesse, inoltre, progressioni e regressioni in corso d'opera a seconda delle caratteristiche del contesto, del minore, del terapeuta e della relazione tra i due.

- Accoglienza

Obiettivi:

- Offrire uno spazio di elaborazione dell'esperienza
- Lavorare sulla decolpevolizzazione della vittima e sul suo riposizionamento nel ruolo di bambino

- Elaborazione del lutto

Obiettivi:

- Affrontare la perdita dell'immagine di sé precedente al trauma
- Affrontare la perdita dell'immagine positiva di uno o entrambe i genitori (in caso di maltrattamento e abuso intrafamigliare)
- Affrontare la perdita fisica dei genitori a causa dell'allontanamento dal nucleo

- Rivisitazione graduale del trauma

Obiettivi:

- Affrontare la realtà del trauma rivisitandolo nella sua complessità, nei suoi aspetti cognitivo-emotivi
- Affrontare le ambiguità e gli aspetti contraddittori dell'esperienza, riconnotandola e integrandola nella storia di vita del soggetto
- Rivisitare la natura ambivalente del rapporto con l'abusante
- Modificare i legami patologici

- Valutazione della resilienza

Obiettivi:

- Favorire l'apprendimento di strategie di problem solving

<sup>10</sup> Riferimento alla letteratura internazionale inerente al tema in oggetto dal 1994 al 2006

<sup>11</sup> Obiettivo da raggiungersi con l'affiancamento di altre figure professionali (educatori, ecc)

<b>PROGRAMMA DI PSICOLOGIA  AUSL Rimini</b>	<b>protocollo localmente concordato per LA DIAGNOSI E IL TRATTAMENTO DELL'ABUSO E DEL MALTRATTAMENTO NELL'ETÀ EVOLUTIVA</b>	
---	---	--

- Promuovere risorse e capacità adattive
- Creare spazio psicologico per i nuovi investimenti affettivi
- Promuovere l'integrazione sociale

In situazioni di maltrattamento fisico o psicologico, il trattamento terapeutico, deve perseguire ulteriori obiettivi specifici:

- Attivazione delle risorse intrapsichiche e relazionali sopresse dall'esperienza stessa di maltrattamento
- Aiuto al bambino nel processo di gestione e comprensione delle reazioni emotive conseguenti al maltrattamento
- Attivare e promuovere il superamento della condizione di splitting in cui si trova il bambino permettendogli di riconoscere sia le parti negative dei propri genitori, sia le loro fragilità e sofferenze, creando un'immagine genitoriale unificata.

5. Sostegno psicologico ai genitori/famiglie (da attivarsi attraverso un lavoro in rete con altri professionisti)
6. Consulenza a tutti gli operatori coinvolti, interni ed esterni all'azienda previa richiesta formalizzata

Obiettivi:

- Offrire una lettura psicologica del caso

Strumenti:

si rimanda agli strumenti già citati nella descrizione del percorso di valutazione diagnostica, in quanto questi risultano utili anche in fase di trattamento e per eventuali follow up.

## **5 CRITERI DI ELEGGIBILITÀ**

In riferimento alle disposizioni legislative vigenti, il SSN, dal momento che tutte le condizioni di abuso vissute nell'età evolutiva, incidono sullo sviluppo fisico e psicologico e sulla strutturazione della personalità, è chiamato a farsi carico del trattamento dei minori compresi nella casistica in oggetto; si valuterà, caso per caso, l'opportunità di offrire sostegno psicologico e/o psicoterapia<sup>12</sup> a seconda dei seguenti criteri specifici e della loro interrelazione:

- Età e caratteristiche (durata, intensità) dell'abuso e del maltrattamento
- Rapporto con l'abusante
- Livello intellettuale
- Assetto psichico del minore
- Capacità di mentalizzare l'esperienza e di esprimerla a parole<sup>13</sup>

## **6 CRITERI DI ACCESSO**

Accesso dell'utenza:

- Mandato su richiesta dell'Autorità Giudiziaria di compiere una valutazione psicologica o di fornire assistenza sanitaria

<sup>12</sup> Per i criteri di eleggibilità generali relativi all'attuazione degli interventi di sostegno e/o psicoterapia si rimanda a quelli già stati esplicitati nel protocollo localmente concordato relativo alla "diagnosi e trattamento dei minori a rischio di deprivazione socio-ambientale e/o familiare e/o di vulnerabilità educativa e/o affettiva".

<sup>13</sup> La psicoterapia, come si evince dalla letteratura citata in bibliografia, è possibile a qualunque età, ma il lavoro clinico dei professionisti all'interno dell'équipe di secondo livello, è pensato per i minori rientranti nella casistica in oggetto, che rispondono ai criteri di eleggibilità sopra citati.

<b>PROGRAMMA DI PSICOLOGIA</b>  <b>AUSL Rimini</b>	<b>protocollo localmente concordato per LA DIAGNOSI E IL TRATTAMENTO DELL'ABUSO E DEL MALTRATTAMENTO NELL'ETÀ EVOLUTIVA</b>	
--	---	--

## 7 DOCUMENTI DI REGISTRAZIONE

- Cartella del minore e della famiglia (eventualmente informatizzata) con dati anagrafici, operatori coinvolti, rete di servizi, provvedimento di protezione dell'autorità giudiziaria, incarico dell'autorità giudiziaria.
- Referto clinico contenente dati sulla valutazione della famiglia, della recuperabilità delle competenze genitoriali, sull'intervento di protezione appropriato, sul progetto terapeutico, sul monitoraggio del trattamento.

## 8 RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Ajouraguerra J., (1979), *Manuale di psichiatria del bambino*, Masson., Milano.
- Ammaniti M., a cura di, (2002), *Psicopatologia dello sviluppo e adolescenza*, Cortina, Milano.
- Carini A., Pedrocco Biancardi M.T., Soavi G., (a cura di), (2001), *L'abuso Sessuale Intrafamiliare: Manuale d'intervento*, Cortina, Milano.
- Cirillo S. Cipolloni M.V., (1994), *L'Assistente sociale ruba i bambini?*, Raffaello Cortina, Milano.
- Dettore D., Fuligni C., (1999), *L'abuso sessuale sui minori : valutazione e terapia delle vittime e dei responsabili*, McGraw-Hill libri Italia, Milano.
- Gabbana L., (1989), *Può essere andata così?* Centro del Bambino Maltrattato, Milano.
- Malacrea M., Lorenzini S., (2002), *Bambini Abusati: Linee guida Del Dibattito Internazionale*, Cortina, Milano
- Montecchi F., (2005), *Dal Bambino minaccioso al bambino minacciato: gli abusi sui bambini e la violenza in famiglia*, Franco Angeli, Milano.
- Freud A., (2003), *Normalità e patologia del bambino. Valutazione dello sviluppo*, Feltrinelli, Bologna.
- Petrone L.B., Rialti S., (1996), *La sicurezza personale dei coniglietti Va Bene*, Industrie Grafiche Editoriali, Roma
- Petrone L.B., (2000), *Il quaderno di Axi: per non lasciarli nella vergogna*, Edizioni Scientifiche Magi, Roma.

### Documenti:

- CISMAI, (2001), *Dichiarazione di Consenso in tema di abuso sessuale all'infanzia*, in << Prospettive Sociali e Sanitarie >>, n. 4, 2002, pp. 20-21.
- CISMAI, (2001), *Linee guida per la valutazione clinica e l'attivazione del recupero della genitorialità nel percorso psicosociale di tutela dei minori*, in << [www.cismai.it](http://www.cismai.it) >>.
- CISMAI, (2001), *Requisiti minimi dei Servizi contro il maltrattamento e l'abuso all'infanzia*, in << [www.cismai.it](http://www.cismai.it) >>.
- CISMAI, (2003), *Semeiotica medica dell'abuso sessuale nei Bambini prepuberi. Requisiti e raccomandazioni*, in << [www.cismai.it](http://www.cismai.it) >>.
- Classificazione diagnostica 0-3
- Codice deontologico dello psicologo, (1998) in << [www.ordinepsicologier.it](http://www.ordinepsicologier.it) >>.
- Consiglio della Regione Emilia-Romagna, (1999), *Linee d'indirizzo in materia di abuso sessuale sui minori*, in Carini A., Pedrocco Biancardi M.T., Soavi G., (a cura di), *L'abuso sessuale intrafamiliare: manuale d'intervento*, Raffaello Cortina, Milano, pp376-382.
- DSMV-R
- ICD-10
- Legge n. 56 del 1989 del C.C. in << [www.ordinepsicologier.it](http://www.ordinepsicologier.it) >>.
- Legge n.66 del 1996, n 269 del 1998, n. 184 del 1983, n. 476 del 1998 del C.P.P. in << [www.cismai.it](http://www.cismai.it) >>.
- Osservatorio Nazionale per l'infanzia e l'adolescenza, Comitato di coordinamento per la tutela dei minori dallo sfruttamento e dall'abuso sessuale, (2001), *Linee guida in materia d'abuso. Documento per la formazione in materia d'abuso e maltrattamento dell'infanzia*, in << [www.infanzia.it](http://www.infanzia.it) >>.
- Commissione parlamentare per l'infanzia, (2002-2004), *Piano nazionale di azione e di interventi per la tutela dei diritti e lo sviluppo dei soggetti in età evolutiva*, in << [www.infanzia.it](http://www.infanzia.it) >>.
- SINPIA, (2001), *Linee guida e procedure operative sugli abusi in età evolutiva*, in << [www.simpia.it](http://www.simpia.it) >>.

**L'OSPEDALE COME LUOGO DI RELAZIONE:  
I PUNTI CENTRALI DELL'ATTIVITÀ PSICOLOGICA  
Dott.ssa Pamela Bagli**

**A) I punti centrali dell'attività psicologica in ambito ospedaliero**

Il processo di umanizzazione dell'assistenza in ambito sanitario si focalizza sull'ampliamento degli interventi, precedentemente rivolti solo al paziente, ponendo sempre maggiore attenzione ed interesse anche al coinvolgimento e al sostegno dei familiari e alla formazione della équipe curante. In questa prospettiva, gli utenti del Servizio di Psicologia Ospedaliera sono pazienti, familiari ed operatori, ovvero tutti i soggetti che sono direttamente coinvolti nel processo di cura. In tale contesto i "touchpoints", ovvero i punti fondamentali che devono caratterizzare la Psicologia Ospedaliera, sono principalmente tre:

- **il lavoro con i gruppi di pazienti e di familiari**
- **la formazione degli operatori sanitari**
- **la ricerca.**

**1) IL LAVORO CON I GRUPPI**

In ambito ospedaliero si assiste ad un passaggio dalla relazione duale (psicologo-paziente) alla relazione di gruppo, in quanto il lavoro con i gruppi rappresenta un efficace strumento, che risponde positivamente anche alle esigenze imposte dalla Azienda Sanitaria (ottimizzare i tempi di lavoro e l'utilizzo delle risorse, la partecipazione attiva dei "cittadini-pazienti" e dei familiari) e, nel contempo, integra le due fondamentali valenze della psicologia (medica e sociale).

Inoltre, il gruppo possiede importanti funzioni terapeutiche, quali la risonanza emotiva, l'universalità, il senso di appartenenza, la coesione, il riconoscimento (*Balint*).

I gruppi con i pazienti

L'équipe di Psicologi Ospedalieri può utilizzare l'intervento di gruppo con pazienti che presentano patologie importanti, quali ad esempio: malati terminali, donne mastectomizzate, bambini affetti da cancro, pazienti stomizzati, dializzati, cardiopatici, traumatizzati, soggetti affetti da demenza.

Gli obiettivi del lavoro con i gruppi di pazienti si focalizzano su specifiche aree:

- sostenere i pazienti nella fase della diagnosi di malattia, durante i trattamenti farmacologici, nella fase terminale di malattia;
- promuovere la consapevolezza della malattia e l'elaborazione del vissuto di malattia;
- favorire la compliance e migliorare la relazione con gli operatori;
- promuovere l'attivazione delle risorse interiori, delle strategie funzionali, al fine di migliorare la qualità della vita.

I gruppi con i familiari

I familiari si trovano a dover gestire una situazione critica, complessa che determina una radicale trasformazione dei ruoli e delle abitudini quotidiane, suscitando ansie e paure, creando nuovi bisogni e nuovi problemi da affrontare e risolvere, alterando le modalità di funzionamento e le dinamiche relazionali esistenti.

E' fondamentale includere nel processo di cura anche la famiglia, quale nucleo sociale di riferimento ed importante risorsa che deve partecipare attivamente al processo di cura.

Il lavoro con i gruppi dei caregivers va indirizzato al sostegno del nucleo familiare durante l'assistenza del paziente o nella fase della elaborazione del lutto, attraverso il raggiungimento dei seguenti obiettivi:

- a) aiutare i familiari ad esplicitare ed affrontare i vissuti emotivi e a gestire la sofferenza;
- b) individuare le modalità di relazione e comunicazione e promuovere quelle più funzionali;

- c) verificare la presenza di problemi e di eventuali fattori di rischio all'interno del nucleo familiare in grado di interferire con l'assistenza;
- d) valorizzare e potenziare le risorse e le modalità adattive.

## 2) LA FORMAZIONE DEGLI OPERATORI SANITARI

L'approccio al paziente e ai suoi famigliari ha profonde implicazioni psicologiche per il personale sanitario, il rapporto operatore-paziente è intenso e coinvolgente dal punto di vista psicologico e gli operatori si trovano spesso soli ad affrontare la sofferenza dell'altro.

Soprattutto nei reparti critici, dove il tema della morte e della diagnosi infausta portano a profonde modificazioni della qualità della vita dei soggetti coinvolti, il personale sanitario si ritrova spesso impreparato a gestire tale sovraccarico emotivo.

Frequentemente, pazienti e famigliari riversano sugli operatori i propri vissuti di rabbia, depressione, impotenza, solitudine, dolore; relazionarsi quotidianamente con loro può diventare per gli operatori ingestibile e lo stress psicologico che ne deriva può determinare in alcuni soggetti più vulnerabili lo sviluppo di una sindrome da burn out.

Pertanto, diviene indispensabile un'attività di formazione continua ed accreditata, su argomenti di interesse per il personale sanitario; si tratta di interventi educativo/formativi, preparati ad hoc, basati sulla discussione e sul confronto tra i partecipanti, comprendenti una parte teorica ed anche un lavoro pratico di gruppo, attraverso esercizi di simulazione, role playing e discussione di casi clinici.

L'obiettivo del lavoro formativo è rendere l'equipe curante in grado di gestire autonomamente i problemi che nascono nel rapporto con i pazienti, con i famigliari e con i colleghi; apprendere conoscenze e strumenti efficaci a livello psicologico, comunicativo e relazionale; con la conseguente riduzione dei rischi di burn-out e miglioramento della soddisfazione e dell'efficienza lavorativa.

## 3) LA RICERCA

In ambito ospedaliero, la ricerca rappresenta lo strumento principe con il quale l'equipe di psicologi è in grado di raggiungere importanti obiettivi:

- a) rilevare quali siano i bisogni dei pazienti e famigliari
- b) determinare la rilevanza delle variabili psicologiche nell'esito dell'intervento
- c) verificare l'efficacia dei modelli di intervento utilizzati (ad es. il lavoro con i gruppi)
- d) standardizzare la metodologia risultata migliore.

### B) I Protocolli localmente concordati

Il gruppo degli Psicologi Ospedalieri si costituì a Gennaio dello scorso anno 2006, sotto la guida e la supervisione della dr.ssa Russo; con la finalità di discutere assieme e confrontarsi sulla metodologia del lavoro, supervisionare alcuni significativi casi clinici e creare Protocolli localmente concordati dell'attività clinica che ciascuno svolge quotidianamente nella propria Unità Operativa.

Il gruppo degli Psicologi Ospedalieri, costituito da 9 componenti, ha redatto **4 Protocolli localmente concordati**, elencati nell'ordine in base al quale sono stati licenziati:

1. Protocollo localmente concordato per la diagnosi e il trattamento del paziente terminale in Hospice
2. Protocollo localmente concordato per la diagnosi e il trattamento del paziente con insufficienza renale cronica

3. Protocollo localmente concordato per la diagnosi e il trattamento del bambino onco-ematologico e i suoi famigliari
4. Protocollo localmente concordato per la diagnosi e il trattamento del paziente oncologico.

**La metodologia di lavoro adoperata è stata la seguente:**

- Lettura e discussione delle linee guida, consegnate dalla dr.ssa Russo, da utilizzarsi quale griglia di riferimento comune per stendere i Protocolli.
- Obiettivo: descrivere l'attività clinica che ciascuno psicologo svolge quotidianamente, nella peculiarità dell'ambito dell'Unità Operativa di competenza.
- Ogni psicologo ha iniziato individualmente il lavoro sul proprio Protocollo di competenza, nel rispetto dei tempi delle attività in reparto.
- I Protocolli sono stati condivisi e sottoscritti con i rispettivi Primari, per due fondamentali motivi: la parte introduttiva di competenza medico-specialistica (descrittiva la patologia, i sintomi, i trattamenti farmacologici, le complicanze fisiche e gli effetti collaterali delle terapie) e la specificità della missione della psicologia ospedaliera, che necessariamente deve essere concordata e condivisa con l'equipe curante.
- Presentazione e discussione delle prime bozze dei Protocolli.
- Il lavoro di gruppo si è focalizzato sul chiedere chiarimenti, fornire consigli utili al miglioramento dei contenuti in oggetto, suggerire modifiche da apportare.
- Il documento è stato rivisitato individualmente dallo psicologo che lo ha redatto, sulla base delle indicazioni fornite dal gruppo.
- All'incontro successivo il Protocollo è stato riletto dai presenti e, se ritenuto completo, è stato definitivamente licenziato.

**Punti di forza**

- I Protocolli sono stati condivisi e sottoscritti con i rispettivi Primari.
- Lavoro di gruppo sinergico, partecipato, condiviso con entusiasmo ed impegno.

**Punti di criticità**

Difficoltà nell'individuazione dei fattori di rischio relativi al target di riferimento, soprattutto per la diversità delle patologie e della molteplicità di elementi interconnessi.

**Ricerche in atto:**

1. Valutazione dell'efficacia di un modello operativo di lavoro psicologico con i pazienti oncologici.  
*U.O. Oncologia e Oncoematologia*
2. La consapevolezza della diagnosi: un'ipotesi di valutazione.  
*U.O. Terapia Antalgica e Cure Palliative*
3. Indagine sulla percezione del bisogno di strumenti psicologici, da parte degli Operatori Sanitari Ospedalieri.  
*Trasversale a più U.O.*

<b>PROGRAMMA DI PSICOLOGIA</b>  <b>AUSL Rimini</b>	<b>protocollo localmente concordato per LA DIAGNOSI E IL TRATTAMENTO DEL PAZIENTE TERMINALE IN HOSPICE</b>	
--	--	--

## SOMMARIO

1. Introduzione.....	163
1.1. Inquadramento teorico .....	163
1.2. Target di riferimento e bisogno associato .....	164
2. Fattori di Rischio .....	165
3. Strumenti e modalità per la Diagnosi.....	165
4. Strumenti e modalità per il Trattamento .....	165
5. Criteri di eleggibilità.....	167
6. Criteri di accesso .....	167
7. Documenti di registrazione.....	167
8. Riferimenti Bibliografici .....	167

Dr.ssa M. Maria Russo – Conduttore del gruppo

Dr.ssa Pamela Bagli  
Dr.ssa Jessica Andruccioli  
Dr.ssa Cinzia Livi  
Dr.ssa Maura Muccini  
Dr.ssa Melania Nicolò  
Dr.ssa Samanta Nucci  
Dr.ssa Elisabetta Rebecchi  
Dr. Alberto Vignali

Protocollo validato da:

Dr. Raffaelli William – Direttore U.O. Terapia Antalgica e Cure Palliative  
Dr.ssa Russo M. Maria – Direttore del Programma di Psicologia

<p><b>PROGRAMMA DI PSICOLOGIA</b></p> <p><b>AUSL Rimini</b></p>	<p><b>protocollo localmente concordato per LA DIAGNOSI E IL TRATTAMENTO DEL PAZIENTE TERMINALE IN HOSPICE</b></p>	
---	---	--

## 1. INTRODUZIONE

### 1.1 INQUADRAMENTO TEORICO

La fase terminale di malattia dura in media 90 giorni; è uno stadio di malattia che induce nella vita del medico, del paziente, della famiglia, un'aspettativa di morte come diretta conseguenza della malattia stessa. Tale condizione determina una necessità permanente di **cure palliative**, definite dall'OMS (1990) come "cure globali attive, rivolte ai pazienti la cui patologia non risponde più ai trattamenti di tipo curativo", cui gli Hospice rispondono assicurando un piano personalizzato di cura e assistenza per garantire la migliore qualità di vita.

Il ricovero in Hospice ha la funzione di valutare e soddisfare i bisogni a carattere:

- prevalentemente sanitario: fasi di aggravamento/scompenso delle sintomatologie (dolorose e non); esecuzione di procedure diagnostiche con iter protetto; gestione della malattia in fase sintomatica avanzata; gestione di stadi di criticità acuta; gestione delle complicanze di terapie palliative (chemioterapia/radioterapia); esecuzione di manovre invasive a scopo antalgico o nutrizionale; riduzione dei ricoveri in settori ospedalieri impropri;
- prevalentemente sociale: fase avanzata asintomatica non gestibile a domicilio per motivi sociali; necessità di un periodo di "sollievo" per la famiglia che assiste il malato.

Il **dolore** rappresenta uno dei più importanti problemi per il paziente terminale sia per l'elevata prevalenza (70-85%) che per le gravi ricadute sul paziente (peggioramento della qualità della vita, maggior rischio di sviluppare disturbi psicopatologici). Pertanto l'impiego di strumenti psicologici e psicofarmacologici si pone come intervento adiuvante significativo in terapia antalgica.

Nei pazienti terminali i **disturbi psicopatologici** non rappresentano una rara evenienza. Spesso proprio la tendenza a considerare la sofferenza psicologica del paziente "comprensibile e normale date le circostanze" comporta una sottovalutazione dei sintomi ed un loro mancato trattamento. Per la valutazione di questi disturbi vengono solitamente seguiti i criteri diagnostici più usati in ambito psichiatrico: l'ICD-10 (International Classification of Diseases) dell'OMS o il DSM-IV-TR (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) elaborato dall'American Psychiatric Association (APA).

I disturbi più frequentemente riscontrabili nel paziente oncologico terminale comprendono i disturbi dell'adattamento, i disturbi depressivi, i disturbi d'ansia, i disturbi psichiatrici su base organica e, più raramente, i disturbi psicotici.

**Disturbi dell'adattamento** – In tali disturbi, in assenza di una particolare vulnerabilità individuale, un evento stressante (quale la diagnosi di cancro, la prognosi infausta ed i trattamenti ad essa legati) rappresenta il fattore causale ed esclusivo di insorgenza dei sintomi, che si presume non sarebbero altrimenti occorsi. Essi presentano caratteristiche ed intensità tali da influire negativamente sull'adattamento del soggetto alla malattia e sul funzionamento psicofisico generale. I sintomi possono essere variamente rappresentati da reazioni depressive, reazioni d'ansia, reazioni miste (ansioso-depressive), reazioni con altri aspetti emozionali (irritabilità, aggressività e collera, labilità emotiva) o da disturbi della condotta (comportamenti inadeguati). Richiedono un sostegno psicologico affinché tali sintomi possano essere contenuti e non si aggravino sconfinando in quadri psicopatologici più severi, quali disturbi depressivi persistenti e disturbi d'ansia generalizzata.

**Disturbi d'ansia** - I disturbi d'ansia si possono manifestare in forme acute, più frequenti nelle fasi immediatamente successive alla diagnosi e alla prognosi di malattia o di recidiva, anche nella forma di Disturbo Post-Traumatico da Stress (PTSD): tali quadri sono caratterizzati da insonnia marcata, pensieri continui della malattia, rievocazioni di immagini intrusive. Forme ad andamento più cronico (quali il disturbo d'ansia generalizzata) sono caratterizzate da sentimenti di tensione soggettiva, accompagnata da problemi dell'addormentamento o di mantenimento del sonno, preoccupazione costante per la malattia e per il futuro, difficoltà nei rapporti interpersonali dovute al senso di vergogna, diversità e inadeguatezza. L'intervento specialistico (supporto psicologico e, se necessario, psicofarmacoterapia) rappresenta una modalità d'azione imprescindibile per il loro trattamento.

**Disturbi depressivi** - In questo ambito vengono considerati più frequenti gli episodi depressivi maggiori, seguiti dalle forme persistenti (es. distimia) e dalle depressioni croniche. Se i sintomi depressivi sono presenti in maniera intensa e continua (almeno due settimane), è verosimilmente presente un quadro depressivo maggiore. Se la durata del disturbo si prolunga per un periodo di tempo più considerevole, siamo di fronte a quadri persistenti o ad andamento cronico. La diagnosi non è sempre facile: in genere, non devono essere impiegati i cosiddetti criteri somatici del disturbo (astenia, perdita di peso e dell'appetito), che sono spesso determinati dalla malattia neoplastica; è necessario invece basarsi soprattutto sui criteri affettivo-cognitivi quali sentimenti di anedonia, demoralizzazione, impotenza, inutilità, disperazione, colpa e idee di morte latenti o suicidarie manifeste. La concomitante presenza di dolore facilita lo sviluppo di quadri depressivi, in particolare di quelli più severi, quali la depressione maggiore, aumentando anche il rischio suicidario. Le conseguenze della depressione nei pazienti oncologici sono molteplici e comprendono, oltre al

<p><b>PROGRAMMA DI PSICOLOGIA</b></p> <p><b>AUSL Rimini</b></p>	<p><b>protocollo localmente concordato per LA DIAGNOSI E IL TRATTAMENTO DEL PAZIENTE TERMINALE IN HOSPICE</b></p>	
---	---	--

rischio di suicidio già citato, effetti negativi sulla qualità della vita del paziente e della famiglia, problemi nella compliance al trattamento e, più in generale, alterazioni della relazione medico-paziente. Nella diagnosi e nel trattamento dei disturbi depressivi un intervento psichiatrico strutturato è sempre necessario.

**Disturbi psichiatrici su base organica (stati confusionali)** - Tali disturbi comprendono alcuni quadri psichiatrici la cui causa sul piano eziologico deriva da fattori che interessano le strutture cerebrali o il Sistema Nervoso Centrale sia direttamente (es. neoplasie primarie cerebrali o metastasi cerebrali) che indirettamente (es. processi infettivi, effetti iatrogeni di farmaci quali gli oppioidi). Tra i quadri psico-organici più frequentemente osservabili, in particolare nelle fasi avanzate di malattia, sono gli stati confusionali o di delirium, i cui sintomi sono rappresentati da: disturbi della memoria e dell'attenzione, disorientamento tempo-spaziale, agitazione psicomotoria (talvolta rallentamento psicomotorio), disturbi del comportamento, (talvolta) deliri e allucinazioni. Il profondo impatto del delirium sul paziente, sui familiari e sullo staff rende ragione dell'utilità di monitorare le funzioni cognitive dei pazienti in maniera regolare, cogliendo, quando possibile, i sintomi prodromici del disturbo (es. ipersonnia diurna e insonnia notturna; fluttuazioni dell'attenzione e dell'orientamento). Il trattamento è sia farmacologico (neurolettici) che interpersonale (gestione del disturbo del comportamento, ri-orientamento del paziente, illuminazione della stanza, presenza di figure significative più facilmente riconoscibili). Ulteriori quadri, spesso causati da terapie che possono lasciare come esiti danni al SNC (es. irradiazione), sono rappresentati dai disturbi a livello cognitivo ad andamento più cronico con interessamento delle funzioni dell'attenzione, della memoria o della concentrazione, la cui gravità può giungere fino a configurare quadri di demenza.

**Disturbi psicotici** - Non frequenti, salvo le situazioni in cui il paziente presenti una storia di grave sofferenza psicopatologica a livello anamnestico, comprendono quadri caratterizzati da agitazione intensa, disturbi del comportamento, deliri ed allucinazioni, in assenza di un interessamento organico del S.N.C. Tali sintomi possono essere presenti quali espressione di disturbi affettivi (es. fase maniacale del disturbo bipolare, melanconia nella depressione maggiore) o di disturbi dello spettro schizofrenico (es. bouffées deliranti acute, episodi psicotici transitori, schizofrenia). Necessitano di un intervento psichiatrico strutturato di tipo sia farmacologico (neurolettici) che gestionale.

#### LA FAMIGLIA

Le Cure Palliative, avendo come fine la cura globale alla persona sofferente nei suoi bisogni fisici, psichici e spirituali, non possono avvenire senza il supporto alla famiglia e il suo coinvolgimento. Inoltre la prognosi infausta determina notevoli ripercussioni sull'equilibrio della struttura familiare. Il modo in cui la famiglia è toccata nel presente e le modalità con cui reagisce alla situazione attuale possono lasciare conseguenze spesso gravi e durature. Nel sistema malato-famiglia-équipe, spesso si osservano giochi di alleanza e di esclusione che a volte possono persino condurre al rifiuto del trattamento, al ricorso a medicine alternative (e al rifiuto di tutto ciò che è medico) o, al contrario, ad un'alleanza troppo stretta curante-famiglia che può escludere il paziente. Pertanto è importante stabilire l'alleanza terapeutica con la famiglia, evitando i rischi frequenti di rivalità e di malinteso con i curanti.

#### LA EQUIPE CURANTE

Come previsto dalla Legge del 26 febbraio 1999 n. 39 della Regione Emilia Romagna, “è necessario che sia garantita una formazione continua e permanente, comprendente un’attività di supervisione psicologica per gli operatori sanitari”.

### **1.2 TARGET DI RIFERIMENTO E BISOGNO ASSOCIATO**

L'intervento psicologico clinico in Hospice, nella realtà dell'Azienda USL di Rimini, ha come principali destinatari i pazienti con patologie quasi esclusivamente oncologiche in fase terminale e la sua rete sociale prossima, costituita in primo luogo dai familiari.

I bisogni del **malato**:

- accettare la malattia e in caso di consapevolezza la morte
- gestire ansia, depressione e/o rabbia, attraverso l'espressione delle emozioni
- chiarire le relazioni rimaste in sospeso
- fare in modo che l'utente possa “dirsi addio” nella dimensione interpersonale e intrapsichica (condividere con i propri cari i ricordi di vita)

I bisogni della **famiglia**:

- elaborare il lutto prima e dopo la morte del paziente (ricordo del congiunto, ristabilimento di rapporti e interessi che possano colmare il vuoto lasciato dalla perdita)
- gestire ansia, depressione e/o rabbia, attraverso l'espressione delle emozioni.

<b>PROGRAMMA DI PSICOLOGIA</b>  <b>AUSL Rimini</b>	<b>protocollo localmente concordato per LA DIAGNOSI E IL TRATTAMENTO DEL PAZIENTE TERMINALE IN HOSPICE</b>	
--	--	--

I bisogni della **équipe curante**:

- confrontarsi con il tema del limite: limite della vita umana, limite dell'impotenza, limite del confronto
- formazione e supervisione psicologica continua.

## 2 FATTORI DI RISCHIO

I principali fattori di rischio per lo sviluppo di sintomi psicopatologici nel paziente ricoverato in Hospice sono:

- solitudine, assenza di un caregiver
- anamnesi psicopatologica positiva (es. trattamenti terapeutici e/o farmacologici ricevuti in precedenza, disturbo grave di personalità)
- presenza di un Io fragile
- disabilità
- vulnerabilità sociale
- presenza di una famiglia multiproblematica.

Per i familiari i fattori di rischio sono rappresentati da:

- assenza di una rete sociale di supporto (unico familiare, familiare anziano, etc.)
- anamnesi psicopatologica positiva (es. trattamenti terapeutici e/o farmacologici ricevuti in precedenza, disturbo grave di personalità)
- presenza di un Io fragile
- vulnerabilità sociale
- presenza di situazioni di malattia fisica e/o psichica in altri membri della famiglia.

## 3 STRUMENTI E MODALITÀ PER LA DIAGNOSI

Lo strumento principale utilizzato con gli utenti a fini diagnostici è il **colloquio** e la **valutazione clinica**, che segue una griglia di valutazione (v. allegato 1) e che viene effettuato all'ingresso dell'utente nella struttura.

Anche la famiglia viene valutata attraverso un **colloquio d'ingresso** (v. allegato 2) **col caregiver** di riferimento indicato dal paziente nel consenso informato: valutazione della situazione familiare finalizzata ad individuare le risorse presenti per la funzione di caregiver.

Ai fini dell'approfondimento della valutazione diagnostica del paziente, si possono altresì utilizzare:

- QLQ-C30 per la valutazione della qualità di vita
- McGill Pain Questionnaire, che distingue tra aspetti sensoriali e affettivi per la valutazione del dolore
- SCL-90 per la valutazione della personalità
- test proiettivi (es. Luscher Test) per la valutazione della personalità
- BDI
- STAI
- Hamilton Scale.

L'utilizzo di questi strumenti è comunque limitato a causa delle gravi condizioni fisiche generali dei pazienti ricoverati in Hospice.

## 4 STRUMENTI E MODALITÀ PER IL TRATTAMENTO

La modalità di elezione nel trattamento dei pazienti ricoverati in Hospice è costituito dal **sostegno psicologico individuale**. Sulle caratteristiche del setting incidono notevolmente le condizioni di salute del paziente, che, spesso allettato, viene supportato all'interno della propria camera.

Il numero dei colloqui è distribuito lungo tutto l'arco della degenza, con cadenza almeno settimanale e variabile a seconda dei bisogni espressi dal paziente.

Gli obiettivi del trattamento sono:

- individuare il caregiver di riferimento e i membri del nucleo familiare che siano già stati indicati dal paziente nel consenso informato
- attivare risorse e strategie di coping funzionali (accettazione, ricerca del sostegno altrui, attribuzione di senso alla malattia; per i credenti: conforto religioso), utili ad affrontare il percorso di malattia e di avvicinamento alla morte
- contenere i sintomi psicologici (ansia, depressione, irritabilità e ostilità) che affliggono l'utente

<p><b>PROGRAMMA DI PSICOLOGIA</b></p> <p><b>AUSL Rimini</b></p>	<p><b>protocollo localmente concordato per LA DIAGNOSI E IL TRATTAMENTO DEL PAZIENTE TERMINALE IN HOSPICE</b></p>	
---	---	--

- costruire una consapevolezza che accolga e rispetti i tempi del paziente
- valorizzare le risorse residue
- adeguare le aspettative future alla realtà per evitare delusione e frustrazione
- chiarificare le relazioni rimaste in sospeso
- fare in modo che l'utente possa "dirsi addio" nella dimensione interpersonale e intrapsichica (condividere con i propri cari i ricordi di vita)
- facilitare una relazione distesa con gli altri operatori.

Dopo la dimissione, gli stessi obiettivi vengono perseguiti attraverso il servizio di Teleassistenza, che prevede colloqui a distanza attraverso strumenti telematici (videotelefono, notebook con webcam), per gli utenti domiciliati che accettano l'attivazione del servizio.

Per i familiari coinvolti nel processo di assistenza sono previste due possibilità di trattamento:

**A. Sostegno psicologico individuale:** il colloquio si svolge in una sala apposita con setting frontale per una durata variabile da 30 minuti a 1 ora, a seconda dei bisogni del familiare, per tutta la durata del ricovero a cadenza almeno settimanale (e su richiesta).

Gli obiettivi del trattamento sono:

1. supportare il familiare in modo che possa essere d'aiuto al proprio congiunto, come co-partner del processo di cura (alleanza terapeutica)
2. costruire una consapevolezza che accolga e rispetti i tempi del familiare e supportarlo nell'elaborazione del lutto anticipato
3. supportare il familiare nell'espressione delle emozioni attraverso l'utilizzo di un setting psicologico finalizzato a:
  - contenere i vissuti di ansia, depressione, irritabilità e ostilità
  - utilizzare strategie di coping funzionali
  - adeguare le aspettative ai dati di realtà per evitare delusione e frustrazione
  - garantire un'assistenza efficace e duratura, prevenendo il burn-out (invito alla turnazione nell'assistenza, a concedersi momenti di riposo).

**B. Trattamento psicologico di gruppo per l'elaborazione dei vissuti** suscitati dalla malattia e dalla prognosi del congiunto: il gruppo eterocentrato si riunisce in una sala apposita a cadenza settimanale per la durata di 1h30' ed è aperto ai familiari nel periodo che va dall'ingresso in reparto alla morte del congiunto. Al fine di favorire la partecipazione dei familiari al gruppo, è prevista la **presenza di Volontari** (Istituto Oncologico Romagnolo) nelle camere dei pazienti ricoverati per tutta la durata degli incontri.

Gli obiettivi del trattamento sono:

1. supportare il familiare in modo che possa essere d'aiuto al proprio congiunto, come co-partner del processo di cura (alleanza terapeutica)
2. costruire una consapevolezza che accolga e rispetti i tempi del familiare e supportarlo nell'elaborazione del lutto anticipato
3. supportare il familiare nell'espressione delle emozioni attraverso l'utilizzo di un setting psicologico finalizzato a:
  - contenere i vissuti di ansia, depressione, irritabilità e ostilità
  - utilizzare strategie di coping funzionali
  - adeguare le aspettative ai dati di realtà per evitare delusione e frustrazione
  - garantire un'assistenza efficace e duratura, prevenendo il burn-out (invito alla turnazione nell'assistenza, a concedersi momenti di riposo).

A questi obiettivi si aggiunge la valenza terapeutica del gruppo (possibilità di identificazione e di sostegno reciproco, confronto delle strategie di coping), che aumenta sensibilmente le capacità di adattamento dei partecipanti.

Dopo la morte del paziente, viene offerta ai familiari la possibilità di un sostegno psicologico individuale (8 incontri) e di gruppo per l'elaborazione del lutto.

Il gruppo di familiari per l'elaborazione del lutto, eterocentrato e aperto, si riunisce in una sala apposita a cadenza settimanale per la durata di 1h30' per un totale di 8 incontri, successivi alla morte del congiunto.

Gli obiettivi specifici del trattamento di gruppo per l'elaborazione del lutto sono:

- supportare il familiare nell'elaborazione del lutto (ricordo del congiunto, ristabilimento di rapporti e interessi che possano colmare il vuoto lasciato dalla perdita)

<b>PROGRAMMA DI PSICOLOGIA</b>  <b>AUSL Rimini</b>	<b>protocollo localmente concordato per LA DIAGNOSI E IL TRATTAMENTO DEL PAZIENTE TERMINALE IN HOSPICE</b>	
--	--	--

- supportare il familiare nell'espressione delle emozioni attraverso una relazione psicologica (contenimento dei vissuti di ansia, depressione, irritabilità e ostilità; utilizzo di strategie di coping funzionali; prevenzione del lutto patologico).

## 5 CRITERI DI ELEGGIBILITÀ

Il *Sostegno psicologico individuale per gli utenti* è previsto per tutti gli utenti ricoverati in Hospice, con gradi diversi di approfondimento del colloquio, a seconda del livello di strutturazione dell'Io e di capacità d'introspezione, che non rientrano in uno dei seguenti criteri di esclusione:

- stato soporoso o comatoso
- deficit cognitivi (es. indotti da farmaci, da metastasi cerebrali, da alterazioni metaboliche)
- psicopatologia in fase acuta (tale da richiedere una consulenza psichiatrica)
- incapacità di comunicare a causa di deficit uditivi e/o verbali
- rifiuto della presenza dello psicologo.

### *Sostegno psicologico individuale per i familiari*

Presenza di uno dei due seguenti criteri:

- coinvolgimento nel processo di assistenza e/o cura
- membro del nucleo familiare

Criteri di esclusione:

- deficit cognitivi
- presenza di psicopatologia psichiatrica
- incapacità di comunicare a causa di deficit uditivi e/o verbali
- rifiuto della presenza dello psicologo.

Il *Trattamento psicologico di gruppo* per i familiari è aperto a tutti i familiari che desiderino partecipare e che abbiano la possibilità di farlo, tranne nei casi in cui non soddisfino uno dei criteri di esclusione sopra citati.

## 6 CRITERI DI ACCESSO

Possono usufruire del sostegno psicologico tutti gli utenti ricoverati in Hospice e i loro familiari. Utenti e familiari vengono direttamente contattati dagli psicologi all'ingresso nella struttura e in seguito almeno a cadenza settimanale. Inoltre possono essere segnalate situazioni problematiche che richiedono ulteriori colloqui dal personale medico e infermieristico. Gli stessi utenti e familiari possono richiedere la presenza dello psicologo nei momenti di bisogno. Al Trattamento psicologico in gruppo per l'elaborazione del lutto possono partecipare tutti i familiari dei pazienti che sono stati ricoverati in Hospice.

## 7 DOCUMENTI DI REGISTRAZIONE

I colloqui individuali con gli utenti ricoverati e con i loro familiari vengono registrati all'interno della cartella clinica in un'apposita "scheda di valutazione psicologica" (v. allegato 1) che contiene 14 item a scelta multipla e permette di registrare le variazioni nel tempo. Nello spazio delle osservazioni, vengono aggiunte ulteriori informazioni non comprese negli item e i risultati dei colloqui con i familiari.

I colloqui di ingresso con il caregiver di riferimento viene registrato in un'apposita "scheda di colloquio di ingresso" (v. allegato 2).

Ciascun incontro di gruppo viene registrato in un verbale.

## 8 RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Società Italiana di Psico-Oncologia. Standard, opzioni e raccomandazioni per una buona pratica psico-oncologica, 1998. <http://www.siponazionale.it/LINEE.pdf>.
- American Psychiatric Association DSM-IV-TR. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali - Fourth Edition Text Revision, 2000 Masson.

<p><b>PROGRAMMA DI PSICOLOGIA</b></p> <p><b>AUSL Rimini</b></p>	<p><b>protocollo localmente concordato per LA DIAGNOSI E IL TRATTAMENTO DEL PAZIENTE TERMINALE IN HOSPICE</b></p>	
---	---	--

- ICD-10/ICD-9-CM. Edizione italiana a cura di V. Andreoli, G. B. Cassano e R. Rossi, 2002.
- Melzack R. The McGill Pain Questionnaire: major properties and scoring methods. *Pain* 1975 Sep;1(3):277-99.
- Beck, A.T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961) An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry* 4, 561-571.
- Hamilton M. A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1960;23:56-62.
- Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating. *British Journal of Medical Psychology* 1959; 32:50-55.

PROGRAMMA DI PSICOLOGIA  AUSL Rimini	protocollo localmente concordato per LA DIAGNOSI E IL TRATTAMENTO DEL PAZIENTE TERMINALE IN HOSPICE	
---	---	--

**Allegato 1**

**SCHEMA DI VALUTAZIONE PSICOLOGICA - NOME \_\_\_\_\_**

<i>DATA</i>														
<b>1. CAPACITA' COMUNICATIVA</b>														
	Buona													
	Limitata													
	Assente													
<b>2. GESTIONE DELLA MALATTIA</b>														
	Piena													
	Parziale													
	Assente													
	Non valutabile													
<b>3. GESTIONE DELLA FASE DI MALATTIA</b>														
	Piena													
	Parziale													
	Assente													
	Non valutabile													
<b>4. DEPRESSIONE</b>														
	Assente													
	Lieve													
	Grave													
<b>5. ANSIA</b>														
	Assente													
	Lieve													
	Grave													
<b>6. IRRITABILITA'</b>														
	Assente													
	Lieve													
	Grave													
<b>7. COLLABORAZIONE AL SUPPORTO PSICOLOGICO</b>														
	Piena													
	Parziale													
	Assente													
	Non valutabile													
<b>8. COPING</b>														
	Conforto nel sentimento religioso													
	Dare senso alla malattia													
	Accettazione													
	Ricerca del sostegno altrui													
	Centrato sui sintomi													
	Ritiro sociale													
	Rassegnazione													
	Diniego													
<b>9. RAPPORTI CON LA FAMIGLIA</b>														
	Buoni													
	Conflittuali													
	Assenti													
<b>10. PRESENZA DELLA FAMIGLIA</b>														





<b>PROGRAMMA DI PSICOLOGIA</b>  <b>AUSL Rimini</b>	<b>protocollo localmente concordato per LA DIAGNOSI E IL TRATTAMENTO DEL PAZIENTE CON INSUFFICIENZA RENALE CRONICA</b>	
--	--	--

## SOMMARIO

1. Introduzione.....	173
1.1. Inquadramento teorico .....	173
1.2. Target di riferimento e bisogno associato .....	178
2. Fattori di Rischio .....	178
3. Strumenti e modalità per la Diagnosi.....	178
4. Strumenti e modalità per il Trattamento .....	179
5. Criteri di eleggibilità.....	180
6. Criteri di accesso .....	180
7. Documenti di registrazione.....	180
8. Riferimenti Bibliografici .....	180

Dr.ssa M. Maria Russo – Conduttore del gruppo

Dr.ssa Pamela Bagli  
Dr.ssa Jessica Andruccioli  
Dr.ssa Cinzia Livi  
Dr.ssa Maura Muccini  
Dr.ssa Melania Nicolò  
Dr.ssa Samanta Nucci  
Dr.ssa Elisabetta Rebecchi  
Dr. Alberto Vignali

Protocollo validato da:

Dr. Cagnoli Leonardo – Direttore U.O. Nefrologia e Dialisi  
Dr.ssa Russo M. Maria – Direttore del Programma di Psicologia

<p><b>PROGRAMMA DI PSICOLOGIA</b></p> <p><b>AUSL Rimini</b></p>	<p><b>protocollo localmente concordato per LA DIAGNOSI E IL TRATTAMENTO DEL PAZIENTE CON INSUFFICIENZA RENALE CRONICA</b></p>	
---	---	--

## 1. INTRODUZIONE

### 1.1 INQUADRAMENTO TEORICO

Numerose sono le malattie che, solo localizzate al rene o con interessamento di questo organo nel corso di malattie sistemiche, possono assumere i criteri di cronicità. In una elevata percentuale di casi le malattie croniche renali tendono ad evolvere verso un progressivo peggioramento e possono comportare una progressiva alterazione della funzione renale (insufficienza renale) che progredisce nel tempo da una insufficienza renale lieve ad una insufficienza renale sempre più severa.

Alcuni pazienti vengono poi colpiti da malattie renali a rapida progressione che possono, nonostante le terapie, portare ad una distruzione del tessuto renale nel giro di poche settimane o mesi. Fin dalle fasi iniziali della insufficienza renale, oltre che la funzione escretoria del rene, possono modificarsi anche alcune funzioni endocrine e metaboliche, che sono regolate dal tessuto renale con conseguente insorgenza di *patologie multiple* legate all'insufficienza renale stessa. Con il progredire dell'insufficienza renale verso gli stadi più avanzati, i pazienti presentano quindi, oltre ai disturbi legati all'accumulo di tossine uremiche (ad esempio astenia, prurito, sintomi gastrointestinali, ipertensione arteriosa, crampi), anche sintomi legati all'anemia e alla malattia ossea secondaria al danno renale (osteodistrofia uremica).

Quando il deficit funzionale renale è molto avanzato, così che la funzione renale si è ridotta di circa il 90% rispetto alla norma, è necessario sostituire la funzione renale andata perduta. Il trattamento sostitutivo della funzione renale può essere di tipo naturale o artificiale. Il trattamento artificiale consiste nel trattamento dialitico il quale si suddivide in dialisi extracorporea (emodialisi) o in dialisi peritoneale. Il trattamento sostitutivo naturale consiste nel trapianto renale. Ovviamente il trapianto è la terapia ottimale perché il rene trapiantato consente all'organismo una depurazione ottimale e garantisce, nel contempo, il ripristino del funzionamento di tutti i meccanismi fisiologici (ad esempio a livello osseo ed emopoietico). Purtroppo per una serie di motivi, prevalentemente clinici, il trapianto può essere riservato ad una percentuale di pazienti con insufficienza renale terminale, pari a circa il 25% della popolazione che necessita di un trattamento sostitutivo della funzione renale.

Abbiamo accennato al fatto che il periodo di tempo che intercorre fra l'insorgenza della malattia renale e la comparsa di una insufficienza renale di grado tale da necessitare di una terapia sostitutiva può essere variabile (da poche settimane a molti anni). Il **fattore temporale** risulta una variabile importante rispetto alla disponibilità di risorse attivate dalla persona nefropatica per reagire di fronte all'esperienza complessa della malattia. Quando la malattia ha un *peggioramento graduale e lento nel tempo* permette di offrire al paziente tutte le informazioni necessarie e di "programmare" l'inizio del trattamento sostitutivo, lasciando al paziente un lasso di tempo sufficiente per poter iniziare a comprendere tutti gli aspetti salienti della malattia e per poter rielaborare l'evento della malattia stessa; tutto ciò non avviene nel paziente che si trova ad affrontare l'evento dialisi *in tempi brevi*, o perché non era a conoscenza di essere affetto da una malattia renale pre-esistente, che si è manifestata solo quando ha raggiunto una estrema gravità, o perché è stato colpito da una malattia renale a rapida progressione.

Le due principali tecniche per il trattamento artificiale dell'insufficienza renale sono l'emodialisi e la dialisi peritoneale. *L'emodialisi* si effettua attraverso la depurazione del sangue per mezzo di un filtro, denominato "rene artificiale". I processi di depurazione vengono controllati da una macchina. Il sangue che deve essere portato al filtro per essere depurato e quello che deve rientrare al paziente dopo la depurazione proviene/ritorna ad una vena arterializzata, che assume tale caratteristica perché proveniente da una fistola artero-venosa creata chirurgicamente, in genere al braccio del paziente. Le sedute emodialitiche vengono effettuate in Ospedale, nella sezione Dialisi della U.O. Nefrologia e Dialisi; ciascuna seduta ha una durata di 3/4 ore circa e sono necessari tre trattamenti alla settimana.

*La dialisi peritoneale* utilizza il peritoneo come membrana che permette lo scambio tra sostanze del sangue e liquido dializzante; per eseguire la dialisi peritoneale è necessario che venga posizionato nel peritoneo un catetere permanente. Essa si distingue in due tipi: ambulatoriale continua e automatizzata. La dialisi peritoneale ambulatoriale continua prevede scambi di breve durata (20/30 minuti) effettuati manualmente dal malato, 3-4 volte nell'arco della giornata, per tutti i giorni della settimana. Gli scambi richiedono un ambiente idoneo per pulizia ed igiene, permettendo di realizzare la dialisi sia a casa che sul posto di lavoro. La dialisi peritoneale automatizzata si effettua con l'ausilio di un apparecchio, attivato dal malato o dai familiari, con uno scambio unico della durata media di 9 ore, generalmente notturno, per sei/sette giorni alla settimana.

*In entrambi i casi, la dialisi peritoneale si caratterizza proprio per la gestione diretta da parte del malato e dei familiari, favorendo il recupero di uno spazio personale e relazionale nonostante la malattia. In particolare, la possibilità di svolgere la dialisi a casa, o di notte, assicura una maggiore autonomia al malato.*

L'insufficienza renale, specie se avanzata, è una patologia cronica che impone al paziente elevate frustrazioni dei bisogni fondamentali. L'ESRD (end-stage renal disease) e l'inizio della dialisi sono vissuti come un grave evento di vita, che turba la persona e crea instabilità a livello biologico, psicologico, sociale, ambientale e temporale.

<b>PROGRAMMA DI PSICOLOGIA</b>  <b>AUSL Rimini</b>	<b>protocollo localmente concordato per LA DIAGNOSI E IL TRATTAMENTO DEL PAZIENTE CON INSUFFICIENZA RENALE CRONICA</b>	
--	--	--

Gli aspetti di criticità nell'esperienza della dialisi, che possono assumere più o meno risalto nell'esperienza complessiva della malattia, riguardano essenzialmente:

#### **A. La dipendenza dalla macchina, dagli operatori e dai caregiver**

L'aspetto centrale dell'esperienza della dialisi è lo stato di dipendenza che il paziente vive nei confronti della macchina per la dialisi, dal personale di assistenza (medici – infermieri) e dai suoi familiari. Il paziente per continuare a vivere deve effettuare la purificazione del sangue in base al percorso scelto, emodialitico o peritoneale, modificando il suo stile di vita secondo il ritmo imposto dal trattamento e dalle sue limitazioni. Sul piano personale, il paziente vive una realtà che per molti versi è paradossale, vale a dire che, per poter mantenere il più a lungo possibile la sua autonomia e la sua indipendenza, è costretto ad accettare uno stato di dipendenza ben delimitato.

La realtà del malato con insufficienza renale cronica oscilla continuamente fra due condizioni tra loro contrastanti: sta bene in quanto non è un paziente permanentemente ricoverato, però a giorni alterni o ogni giorno, deve assumere completamente il ruolo di malato con le conseguenze a livello psicologico di continue oscillazioni di identità tra essere malato ed essere una persona che vive la sua vita con una discreta qualità.

L'esperienza soggettiva della dipendenza dei pazienti nei confronti della macchina è ambivalente: rappresenta contemporaneamente uno strumento "buono", in quanto consente di continuare a vivere, ed uno strumento "cattivo", in quanto diventa padrone della loro vita.

*L'esperienza di questi pazienti si svolge intorno ad un conflitto psicologico tra due bisogni vitali: il bisogno di dipendenza e quello di autonomia.*

La macchina dialitica rappresenta fonte di numerose frustrazioni, è una protesi che non può essere collocata all'interno del corpo del paziente e, pertanto, non potrà mai essere integrata nella sua rappresentazione corporea. Questa caratteristica fa sì che il rapporto con la macchina diventi una delle principali fonti di preoccupazione che il paziente sperimenta sotto forma di *angosciosa precarietà esistenziale*.

Durante la seduta dialitica, la macchina rappresenta simbolicamente una parte del corpo del paziente, per cui stabilisce con la stessa un intenso "scambio" che permette di affermare che, dal punto di vista psicologico, la macchina è il paziente, e che effettuare dei gesti sulla macchina equivale, a livello simbolico, a compierli sul paziente.

Lo stato di dipendenza si estende all'infermiere, ai familiari e al caregiver, in quanto arbitri del funzionamento tecnico della macchina, interlocutori privilegiati dell'ansia del paziente, delle sue aspettative e dei suoi sentimenti di aggressività.

#### **B. Le principali reazioni emotive e psicologiche connesse alla malattia**

##### **a) Depressione ed ansia**

La depressione può essere la prima reazione emotiva ad insorgere, viene ritenuta una risposta alla perdita reale, minacciata o fantasticata di numerose cose o aspetti di Sé (ruolo, lavoro, famiglia, sicurezza economica). Possono insorgere anche ansia, sconforto, sensi di colpa ed aggressività verso se stessi e verso gli altri.

La sintomatologia legata alla depressione è spesso caratterizzata da un abbassamento dell'umore, perdita di interesse o di piacere per le normali attività, astenia, inappetenza, insonnia. La sintomatologia legata al livello di ansia e di preoccupazione per la propria malattia è spesso caratterizzata da irrequietezza, affaticamento, difficoltà a concentrarsi, irritabilità, tensione muscolare, disturbi del sonno.

La sintomatologia legata alle manifestazioni cliniche dell'uremia è caratterizzata da prurito, dermatite, dispepsia, turbe gastro-enteriche, dolori osteoarticolari, ipotensione, anemia, cefalea, crampi muscolari, irritabilità muscolare. Questi sintomi possono rappresentare per questi pazienti una fonte inesauribile di ansia, che influenza il loro stato psicologico generale.

Particolare attenzione meritano i disturbi del sonno, essi sono conseguenza diretta della condizione uremica, ma anche l'espressione di un grave disagio emotivo.

##### **b) Modificazione dell'immagine di Sé e dello schema corporeo**

La perdita della funzione renale e della possibilità della minzione producono nel paziente una importante modificazione dell'immagine di Sé e dello schema corporeo. Questo disagio all'immagine di Sé è generalmente associato ad un vissuto di angoscia e di dolore e, sul piano affettivo, equivale ad una e vera e propria esperienza di lutto.

Per il paziente la malattia assume il significato di rottura della propria integrità fisica e del proprio equilibrio psicofisico. Egli "non è più quello di prima", "non è uguale agli altri", perché "manca di qualcosa per essere integro".

Questo evento è responsabile di una forte crisi emotiva, soggettivamente il paziente sperimenta un vissuto psicologico di "castrazione", assiste cioè alla morte di una parte importante di Sé e del suo corpo. A causa di questo evento, egli vive un profondo sentimento di lutto che, se non elaborato, può far precipitare il paziente in uno stato di dolore e di depressione, anche di una certa gravità.

<b>PROGRAMMA DI PSICOLOGIA</b>  <b>AUSL Rimini</b>	<b>protocollo localmente concordato per LA DIAGNOSI E IL TRATTAMENTO DEL PAZIENTE CON INSUFFICIENZA RENALE CRONICA</b>	
--	--	--

Il sentimento di perdita di una parte del corpo, la minaccia della morte, il cambiamento di dieta e del regime alimentare, le complicazioni fisiche, l'allestimento della fistola artero-venosa o della membrana peritoneale, le preoccupazioni ad essi collegate rappresentano una fonte di disagio emotivo e psicologico.

Nello specifico, l'allestimento della fistola e l'inserimento del catetere peritoneale vengono vissuti dal paziente come un momento di grande ansia e/o di angoscia. Questo stato è ulteriormente aggravato dal fatto che entrambi rappresentano un delicato "punto debole" per il paziente su cui non ha alcun controllo, può solo sperare che continuino a funzionare bene.

La fistola o il catetere peritoneale sono l'espressione più tangibile della modificazione dell'immagine di Sé e dello schema corporeo.

### **c) I problemi di adattamento alla malattia**

I parametri che vengono utilizzati, per una valutazione obiettiva dell'adattamento del paziente alla malattia e al trattamento dialitico, sono la compliance nei confronti della terapia e delle prescrizioni mediche e l'adattamento psicologico.

La compliance e l'adattamento psicologico sono due fattori tra di loro interdipendenti e determinanti per la sopravvivenza del paziente alla dialisi a lungo termine.

Le condizioni predittive per un buon adattamento psicologico del paziente sono:

- avere la capacità/risorse di reagire alla situazione stressante della diagnosi di malattia;
- avere la capacità di esprimere i propri vissuti e i propri sentimenti (ansia e depressione) senza fare ricorso a meccanismi difensivi come la negazione, la proiezione, la somatizzazione, ma sviluppando strategie maggiormente adattive;
- la presenza di legami solidi affettivi su cui poter far riferimento ed avere supporto;
- la presenza di una soddisfacente attività professionale che permetta al paziente di conservare il proprio ruolo familiare, economico e sociale.

La capacità di sopportare gli stress specifici a cui i pazienti sono sottoposti sia un importante fattore dell'adattamento; in particolare, l'accettazione della dipendenza, la possibilità di esprimere la rabbia e le proprie paure rispetto alla minaccia della morte sono basilari per il futuro di ogni paziente.

Il significato che il paziente dà al proprio trattamento dialitico assume una notevole importanza ai fini dell'adattamento. Per alcuni pazienti il vissuto è di tipo invasivo ed intrusivo, per altri è l'unica salvezza per la propria sopravvivenza. Questi vissuti rappresentano la modalità con cui il paziente affronterà il trattamento sostitutivo e determineranno l'adattamento alla malattia. Il grado di accettazione della propria malattia assume quindi un significato esistenziale.

La frustrazione delle esigenze fisiologiche è un importante fonte di stress psicologico per tutti i malati dializzati; infatti, si trovano costretti ad affrontare restrizioni alimentari, un rigido controllo nell'assunzione di liquidi, l'incremento ponderale tra una seduta dialitica ed un'altra, la problematica della sessualità.

Inoltre, la dipendenza dalla macchina e dal personale sanitario, la perdita del ruolo sociale e lavorativo, la mancanza di autorealizzazione possono causare frustrazione e rabbia nel paziente.

### **d) Cambiamento del ruolo sociale**

Il paziente dializzato organizza la propria esistenza adeguandola alla nuova realtà della dialisi sforzandosi di mantenere le abitudini di vita quotidiane, che ha impostato nel corso della sua esistenza.

Dobbiamo tenere presente, inoltre, che la malattia e il tempo delle sedute del trattamento dialitico possono indurre nel paziente un forte senso di affaticamento, tanto da spingerlo a ridurre le ore lavorative, al prepensionamento quando è possibile, a seguire attività che non comportino stress psicofisici troppo onerosi.

Si rileva che la maggioranza dei pazienti tende a scegliere una situazione rassicurante, ad assumere un atteggiamento passivo e rinunciatario verso la propria capacità lavorativa, specialmente quei pazienti che effettuano l'emodialisi.

All'interno della famiglia, la malattia è un evento che mette a dura prova tutti i suoi membri e costringe loro ad una nuova definizione dei ruoli. La malattia può rompere i legami fino a quel momento consolidati e può modificare le dinamiche relazionali interne. Inizialmente, la famiglia investe molte aspettative nella dialisi e la vive come l'unica speranza di vita per il proprio congiunto, in seguito può sperimentare sentimenti di rassegnazione, stanchezza ed amarezza, a causa della inevitabile sofferenza che colpisce il proprio caro.

Inoltre, il vissuto di sofferenza, assieme alle problematiche fisiche e biochimiche della malattia, può condizionare in maniera determinante l'intera vita di coppia, compreso il desiderio sessuale che scema progressivamente nel tempo, fino anche alla perdita totale.

Può anche accadere che nelle coppie paziente/caregiver si può sviluppare un rapporto di tipo simbiotico.

<b>PROGRAMMA DI PSICOLOGIA</b>  <b>AUSL Rimini</b>	<b>protocollo localmente concordato per LA DIAGNOSI E IL TRATTAMENTO DEL PAZIENTE CON INSUFFICIENZA RENALE CRONICA</b>	
--	--	--

## 1.2 TARGET DI RIFERIMENTO E BISOGNO ASSOCIATO

L'intervento psicologico nella U.O. Nefrologia e Dialisi ha come destinatari i pazienti con insufficienza renale cronica severa (stadio IV DOQI) e in dialisi o sottoposti a trapianto renale, ed anche i loro familiari.

### I bisogni del malato:

- accettazione della malattia e del trattamento dialitico
- integrazione della nuova immagine di sé
- sviluppo di strategie maggiormente adattive
- supporto alla scelta dialitica e al complesso processo di cura
- supporto psicologico al percorso del trapianto

### I bisogni della famiglia:

- accettazione della malattia del paziente
- assunzione del ruolo di caregiver e riorganizzazione del sistema familiare
- sviluppo di strategie maggiormente adattive
- supporto per una scelta consapevole inerente alla donazione da vivente
- eventuale elaborazione del lutto, al decesso del proprio caro

## 2 FATTORI DI RISCHIO

I principali fattori di rischio che sono stati individuati nei pazienti con insufficienza renale cronica sono:

- episodi pregressi di disagio psichico
- presenza di psicopatologia
- grave vulnerabilità sociale
- scarsa compliance
- assenza del gruppo parentale di riferimento, assenza del caregiver
- fase del ciclo della vita del paziente (es. adolescente o anziano)

Per i familiari i fattori di rischio sono rappresentati da:

- presenza di psicopatologia
- grave vulnerabilità sociale
- assenza di una adeguata rete sociale

## 3 STRUMENTI E MODALITÀ PER LA DIAGNOSI

I principali strumenti utilizzati a fini diagnostici sono il colloquio e la valutazione clinica, che vengono effettuati con tutti i pazienti e i familiari che lo richiedono e con coloro che vengono segnalati "a rischio" dal personale medico e infermieristico.

Gli strumenti utilizzabili per approfondire la valutazione diagnostica possono essere:

1. Questionario Kidney Disease and Quality of Life – Short Form, per testare la qualità di vita
2. Questionario per la depressione (BDI, Hamilton Scale) e per l'ansia (STAI, Hamilton Scale)

<b>PROGRAMMA DI PSICOLOGIA</b>  <b>AUSL Rimini</b>	<b>protocollo localmente concordato per LA DIAGNOSI E IL TRATTAMENTO DEL PAZIENTE CON INSUFFICIENZA RENALE CRONICA</b>	
--	--	--

#### 4 STRUMENTI E MODALITÀ PER IL TRATTAMENTO

L'attività dello psicologo con il *paziente* verte in:

1. Sostegno psicologico individuale, finalizzato a:
  - supportare il paziente a comprendere il cambiamento comportamentale, fisiologico ed emotivo, conseguente alla malattia e ad integrarlo alla nuova immagine di sé
  - promuovere le risorse del paziente nella gestione della malattia
  - favorire lo sviluppo di strategie maggiormente adattive
  - supporto nella scelta dialitica e nel complesso processo di cura, fino all'eventuale trapianto
  - favorire la compliance ai trattamenti.

I colloqui, della durata di un'ora, hanno cadenza settimanale o quindicennale, a seconda delle problematiche e dei bisogni del paziente.

2. Gruppi di supporto psicologico per i pazienti con l'obiettivo di:
  - favorire la conoscenza della malattia
  - fornire uno spazio per la elaborazione della rappresentazione di sé
  - promuovere il confronto con gli altri pazienti.

L'attività dello psicologo con i *familiari* del paziente verte in:

1. Sostegno psicologico individuale di 3/4 sedute, finalizzato a:
  - supportare il familiare nell'accettazione della malattia del proprio caro
  - favorire lo sviluppo di strategie maggiormente adattive
  - supportare il familiare nell'assunzione del ruolo di caregiver e nella riorganizzazione del sistema familiare
  - supportare il familiare nella scelta consapevole inerente alla donazione da vivente
  - sostenere il familiare nella fase di elaborazione del lutto, al decesso del proprio caro
  - valutazione per orientamento del familiare alla partecipazione al gruppo di supporto psicologico
2. Gruppi di supporto psicologico per i familiari, con l'obiettivo di:
  - favorire la conoscenza della malattia
  - fornire uno spazio per la elaborazione delle possibili problematiche dei componenti il gruppo familiare nella gestione della malattia e le conseguenze relazionali nell'ambito familiare
  - fornire uno spazio per la elaborazione del lutto.

Inoltre, l'attività dello psicologo è rivolta anche agli *operatori sanitari*, ed è finalizzata a dare loro supporto nella comprensione della fondamentale importanza della relazione, quale strumento utile per favorire la compliance e la consapevolezza dei propri vissuti emotivi.

#### 5 CRITERI DI ELEGGIBILITÀ

I criteri di inclusione per l'attività dello psicologo si riferiscono a tutti i *pazienti*:

- con difficoltà di adattamento alla malattia
- con difficoltà nella compliance
- considerati a rischio, segnalati dai medici e dagli infermieri tramite invio diretto.

I criteri di inclusione per l'attività dello psicologo si riferiscono ai *familiari* che:

- manifestano un disagio psicologico inerente alla malattia del proprio caro
- hanno un legame significativo con il paziente
- sono coinvolti nel processo di assistenza e/o cura.

<b>PROGRAMMA DI PSICOLOGIA</b>  <b>AUSL Rimini</b>	<b>protocollo localmente concordato per LA DIAGNOSI E IL TRATTAMENTO DEL PAZIENTE CON INSUFFICIENZA RENALE CRONICA</b>	
--	--	--

## **6 CRITERI DI ACCESSO**

Possono usufruire del sostegno psicologico tutti gli utenti e i loro familiari che afferiscono dai seguenti reparti/servizi:

- Ambulatorio Uremico
- Ambulatorio Infermieristico di Predialisi
- Ambulatorio Trapianti
- U.O. Nefrologia e Dialisi.

## **7 DOCUMENTI DI REGISTRAZIONE**

I colloqui individuali con i pazienti e con i loro familiari vengono registrati all'interno della cartella clinica per la valutazione psicologica.

## **8 RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI**

- Convegno Nazionale "Psicologica in Ospedale e qualità della cura", Modena, 25 e 26 ottobre 2005.
- Conz P.A., Guida alla terapia dialitica, Piccin Padova, 1997.
- Trabucco G, Magagnotti MG, Emodialisi e bisogni psicologici. Un modello integrato di risposta assistenziale, (1995), Napoli: EdiSES.

<b>PROGRAMMA DI PSICOLOGIA</b>  <b>AUSL Rimini</b>	<b>protocollo localmente concordato per LA DIAGNOSI E IL TRATTAMENTO DEL PAZIENTE ONCOLOGICO</b>	
--	--	--

## SOMMARIO

1. Introduzione.....	180
1.1. Inquadramento teorico .....	180
1.2. Target di riferimento e bisogno associato .....	180
2. Fattori di Rischio .....	181
3. Strumenti e modalità per la Diagnosi.....	181
4. Strumenti e modalità per il Trattamento .....	181
5. Criteri di eleggibilità.....	183
6. Criteri di accesso .....	183
7. Documenti di registrazione.....	183
8. Riferimenti Bibliografici .....	183

Dr.ssa M. Maria Russo – Conduttore del gruppo

Dr.ssa Pamela Bagli  
 Dr.ssa Jessica Andruccioli  
 Dr.ssa Cinzia Livi  
 Dr.ssa Maura Muccini  
 Dr.ssa Melania Nicolò  
 Dr.ssa Samanta Nucci  
 Dr.ssa Elisabetta Rebecchi  
 Dr. Alberto Vignali

Protocollo validato da:

Dr. Ravaioli Alberto – Direttore U.O. Oncologia e Oncoematologia  
 Dr.ssa Russo M. Maria – Direttore del Programma di Psicologia

<b>PROGRAMMA DI PSICOLOGIA</b>  <b>AUSL Rimini</b>	<b>protocollo localmente concordato per LA DIAGNOSI E IL TRATTAMENTO DEL PAZIENTE ONCOLOGICO</b>	
--	--	--

## 1. INTRODUZIONE

### 1.1 INQUADRAMENTO TEORICO

Nonostante i progressi compiuti dalla medicina nella diagnosi, nella cura e nella riabilitazione dei malati oncologici la condizione di questi malati continua ad essere, oggi come ieri, carica di angoscia. Qualsiasi sia la diagnosi, la prognosi, la risposta alle terapie, non esistono tumori di scarsa rilevanza. Il cancro infatti rappresenta sempre, per il paziente e per la sua famiglia e per i curanti, una prova esistenziale sconvolgente.

Questa prova riguarda tutti gli aspetti della vita: il rapporto con il proprio corpo, il significato dato alla sofferenza, alla malattia, alla morte, così come le relazioni famigliari, sociali, professionali.

Ammalarsi di cancro implica una prospettiva di morte vicina e difficile, profonde implicazioni psicologiche sono dunque inevitabilmente connesse alla malattia che si configura, con diverse gradazioni di intensità e varianti, come una situazione di crisi caratterizzata da alcune costanti:

1. una profonda disorganizzazione delle proprie strategie di adattamento;
2. una sofferenza acuta e insopportabile, che si traduce in una richiesta di aiuto anche se non sempre chiaramente esplicitata;
3. una continua fluttuazione dei propri meccanismi di difesa, che si traduce in un'alternanza di stati emotivi, con passaggi anche bruschi da momenti di negazione a momenti di disperazione e di panico;
4. un rischio che si scatenino vere e proprie psicopatologie.

Numerosi studi sottolineano la necessità di supportare psicologicamente il paziente e la sua famiglia e riportano le iniziative in questo campo: ricerche epidemiologiche sulla prevalenza dei disturbi psicologici, ricerche sulla valutazione della qualità di vita, strategie utili per l'informazione al paziente, tecniche specifiche di sostegno psicologico, modelli di supporto sociale, ecc... .

L'adattamento alla malattia e ai trattamenti dipende in larga misura dalla qualità dell'approccio relazionale dell'equipe curante, che ne è artefice soprattutto tramite il controllo degli effetti collaterali delle terapie, il controllo del dolore, della sintomatologia ansiosa e depressiva.

Ciò è possibile attraverso una presa in carico individualizzata del paziente, tramite l'informazione sui vari aspetti della malattia e la valutazione dei suoi bisogni, delle sue possibilità di scelta, della sua situazione famigliare e sociale.

La psicologia clinica in oncologia prende in considerazione soprattutto l'impatto psicologico e sociale della malattia sul paziente, la sua famiglia e l'equipe curante e considera l'integrazione disciplinare come requisiti indispensabili per l'attuazione di un sistema di cura che tenga conto della globalità dei bisogni del malato.

Ciò implica il riferimento ai concetti di:

- crisi considerata come "momento di cambiamento",
- strategie di adattamento cioè lo studio delle strategie che un soggetto sviluppa per gestire o diminuire l'impatto di un evento, che costituisce una minaccia per il suo benessere fisico e/o psichico.

### 1.2 TARGET DI RIFERIMENTO E BISOGNO ASSOCIATO

L'intervento psicologico clinico presso l'U.O. di Oncologia e Oncoematologia dell'Ospedale "Infermi" di Rimini e Ospedale Cervesi di Cattolica ha come principali destinatari il paziente con patologia oncologica e la sua rete sociale prossima, costituita in primo luogo dai familiari.

#### **Il malato**

La cura psicologica diventa parte integrante del trattamento stesso della malattia. Dalla letteratura emerge che l'aiuto psicologico ha un significato estremamente importante per ridurre lo stato di sofferenza connesso alla malattia e alle terapie e per favorire un buon adattamento al processo di cura.

Obiettivi:

- supportare il paziente lungo il decorso della malattia e nei momenti particolarmente destabilizzanti, dalla diagnosi alla guarigione o all'exitus;
- aiutarlo a contenere i sintomi psicologici che lo affliggono;
- favorire un miglioramento degli stili di vita a rischio rispetto al possibile peggioramento delle sue condizioni psicofisiche generali (ad esempio eccessiva assunzione di alcol, tabagismo, disturbi del comportamento alimentare).

<b>PROGRAMMA DI PSICOLOGIA</b>  <b>AUSL Rimini</b>	<b>protocollo localmente concordato per LA DIAGNOSI E IL TRATTAMENTO DEL PAZIENTE ONCOLOGICO</b>	
--	--	--

### La Famiglia

Obiettivi:

- supportare la famiglia durante l'iter del percorso clinico del membro che si è ammalato, dal momento della diagnosi alla guarigione o all'exitus;
- favorire il processo di elaborazione del lutto dopo la morte del paziente.

## 2 FATTORI DI RISCHIO

I principali fattori di rischio per il paziente oncologico sono:

- Solitudine affettiva, assenza di un caregiver
- Famiglia multiproblematica
- Comunicazione di una recidiva o ricaduta di malattia
- Mutilazione fisica a seguito dei trattamenti oncologici soprattutto chirurgici e radioterapici
- Presenza di un Io fragile
- anamnesi psicopatologica positiva (es. trattamenti terapeutici e/o farmacologici ricevuti in precedenza, disturbo grave di personalità)
- Incidenza di eventi stressanti concomitanti (es. perdita, lutto)
- Precedenti esperienze oncologiche personali o familiari.

Per i familiari i fattori di rischio sono:

- assenza di una rete sociale di supporto (unico familiare, familiare anziano, etc.)
- anamnesi psicopatologica positiva (es. trattamenti terapeutici e/o farmacologici ricevuti in precedenza, disturbo grave di personalità)
- presenza di un Io fragile
- vulnerabilità sociale
- presenza di situazioni di malattia fisica e/o psichica in altri membri della famiglia.

## 3 STRUMENTI E MODALITÀ PER LA DIAGNOSI

Lo strumento principale utilizzato con i pazienti e familiari a fini diagnostici è il **colloquio clinico**. Il colloquio clinico individuale consente una valutazione esaustiva di un caso e pertanto un approccio globale al paziente; permette di formulare delle ipotesi e fornisce utili indicazioni per l'impostazione di interventi di sostegno e di psicoterapia.

Il colloquio è finalizzato a valutare:

- la personalità del paziente individuando eventuali tratti che possono ostacolare le modalità di adattamento alla situazione di malattia;
- le risorse interiori del paziente, le resistenze, i meccanismi difensivi, le strategie di adattamento utilizzate di fronte alle situazioni problematiche;
- l'impatto psicologico della diagnosi, della malattia e delle terapie;
- la qualità delle relazioni sociali e familiari.

Ai fini dell'approfondimento della valutazione diagnostica del paziente, si possono altresì utilizzare alcuni questionari standardizzati:

- FLIC, QLQ-C30 per la valutazione della qualità di vita
- McGill Pain Questionnaire, che distingue tra aspetti sensoriali e affettivi per la valutazione del dolore
- SCL-90 per la valutazione della personalità
- BDI per la valutazione dello stato depressivo
- STAI, Hamilton Scale per la valutazione dello stato di ansia
- CBA H, per la valutazione della personalità.

## 4 STRUMENTI E MODALITÀ PER IL TRATTAMENTO

Per individuare il tipo di trattamento maggiormente indicato per un paziente o familiare, viene offerto un ciclo di 2/3 colloqui di valutazione clinica.

Il trattamento dei pazienti oncologici è costituito dal **sostegno psicologico sia individuale che di gruppo**.

<b>PROGRAMMA DI PSICOLOGIA</b>  <b>AUSL Rimini</b>	<b>protocollo localmente concordato per LA DIAGNOSI E IL TRATTAMENTO DEL PAZIENTE ONCOLOGICO</b>	
--	--	--

Per quanto riguarda gli interventi di gruppo:

#### **A) GRUPPI DI INFORMAZIONE EDUCAZIONE E SUPPORTO (G.I.E.S.)**

Tale attività di gruppo è offerta alle pazienti operate di carcinoma mammario nell'immediato periodo del post-operatorio e/o durante le terapie adiuvanti. Tale modello costituisce una esperienza che si basa su alcuni concetti:

- stare in gruppo ed imparare ad aprirsi gradualmente rispetto alle proprie esperienze facilita la liberazione dei sentimenti devastanti spesso provati dalla donna;
- condividere con altre persone che hanno esperienze analoghe e stanno attraversando lo stesso percorso allevia i sentimenti di solitudine, migliora la capacità di comunicazione e favorisce la spinta alla coesione del gruppo e a trovare in questo un supporto reale;
- il gruppo facilita la ricostruzione psicologica della propria immagine e il recupero della dignità personale attraverso il riconoscimento e superamento dei sentimenti di inutilità e perdita.

#### **Obiettivi del trattamento:**

- migliorare l'adattamento alla malattia, il vissuto di cancro e l'immagine corporea;
- favorire un percorso informativo-comunicativo sulla malattia e le complicanze a lungo termine;
- favorire la consapevolezza;
- contrastare gli effetti collaterali delle terapie mediche soprattutto nausea e vomito anticipatori;
- migliorare lo stato di ansia e di depressione.

#### **B) GRUPPI PER L'APPRENDIMENTO DI TECNICHE DI RILASSAMENTO**

Le tecniche di rilassamento sono proposte ai pazienti ricoverati in D.H. come supporto generale alle terapie mediche. Per ricevere il supporto di tali trattamenti in gruppo, durante il periodo della chemioterapia, i pazienti spontaneamente possono iscriversi al Gruppo Aperto di Rilassamento attivo da ottobre a maggio presso una stanza dedicata (es. la palestra), a cadenza settimanale in giorno e orario stabiliti.

#### **Obiettivi del trattamento:**

- Indurre uno stato di rilassamento
- Favorire un benessere psico-fisico, migliorando la qualità della vita;
- Favorire un distacco emotivo da situazioni particolarmente stressanti (ad es. nei casi in cui per eccessiva ansia o angoscia-paura il paziente non riesca a sottoporsi a particolari esami clinici, o procedure chirurgiche invasive)
- Facilitare l'adattamento alla malattia
- Sviluppare maggiori capacità di recupero sul piano psicofisico.
- Migliorare il controllo dello stress e dell'ansia
- Migliorare il controllo del dolore e/o il controllo degli effetti collaterali delle terapie antitumorali soprattutto l'insonnia
- Stimolare un atteggiamento combattivo nei confronti della malattia.

#### **C) SOSTEGNO PSICOLOGICO INDIVIDUALE**

Se il paziente o il familiare richiede un sostegno psicologico individuale, o viene inviato dal personale medico e infermieristico, viene preso in carico dalla psicologa durante il periodo delle cure mediche o durante il ricovero in regime di degenza.

#### **Obiettivi:**

- gestire il disagio emotivo
- alleviare il senso di solitudine
- facilitare l'espressione dei vissuti e dei sentimenti
- alleviare la sofferenza psichica del malato o del familiare
- facilitare il processo di empowerment
- favorire una migliore sopportazione ed accettazione degli effetti collaterali connessi alle terapie farmacologiche (es. nausea, vomito, caduta dei capelli)
- accompagnamento del morente e del familiare nella fase terminale di malattia.

<b>PROGRAMMA DI PSICOLOGIA  AUSL Rimini</b>	<b>protocollo localmente concordato per LA DIAGNOSI E IL TRATTAMENTO DEL PAZIENTE ONCOLOGICO</b>	
---	--	--

## 5 CRITERI DI ELEGGIBILITÀ

Possono usufruire del servizio di supporto psicologico tutti i pazienti oncologici ed i loro familiari che non rientrano in uno dei seguenti criteri di esclusione:

- rifiuto del supporto psicologico
- deficit cognitivi (es. indotti da farmaci, da interventi chirurgici, da metastasi cerebrali, da alterazioni metaboliche)
- psicopatologia in fase acuta (tale da richiedere una consulenza psichiatrica)

Nello specifico, possono usufruire del servizio di supporto psicologico individuale tutti i pazienti con diagnosi cancro e loro familiari durante l'iter di cura della malattia.

Per quanto riguarda i gruppi di rilassamento, possono richiedere tale modalità di sostegno solo i pazienti in corso di trattamento chemioterapico.

I gruppi GIES sono rivolti solo a donne operate per carcinoma mammario, non metastatizzato, con diagnosi non superiore ad un anno.

Inoltre, il personale medico ed infermieristico può segnalare casi problematici, che richiedono un intervento psicologico.

## 6 CRITERI DI ACCESSO

- a) Area ospedaliera, in particolare:
  - segreteria della U.O. di Oncologia
  - ambulatorio prericovero delle U.O. di Chirurgia di Rimini e Santarcangelo
- b) Associazioni di malati
- c) Medici di Medicina Generale

## 7 DOCUMENTI DI REGISTRAZIONE

- Cartelle cliniche e modulistica:
- Cartella Clinica di pazienti che accedono ai gruppi GIES
- Cartella Clinica del paziente al primo colloquio
- Depliant informativo e programma dettagliato sui Gruppi GIES e sui Gruppi di Rilassamento
- Modulo appuntamento
- Per la registrazione della attività si utilizza il sistema MED TRAK con possibilità attualmente di 4 codici:
- 1625 colloquio clinico (anche telefonico, counselling genetico, consulenza, primo colloquio in genere sia del pz che del familiare se da solo)
- 1626 psicoterapia di gruppo (seduta di rilassamento di gruppo o incontro del gruppo gies)
- 1627 colloquio di coppia o con la famiglia
- 1628 psicoterapia individuale.

## 8 RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Società Italiana di Psico-Oncologia. Standard, opzioni e raccomandazioni per una buona pratica psico-oncologica, 1998. <http://www.siponazionale.it/LINEE.pdf>.
- Linee guida della Psiconcologia Francese in Bull Cancer 1995; 82: 847-54
- Bellani M.L., Morasso G., Amadori D., Orrù W., Grassi L., Casali P.G., Bruzzi P.; Psiconcologia. Masson, 2002.
- Biondi M., Costantini A., Grassi L.; La Mente e il Cancro. Il pensiero scientifico editore, 1995.
- Zanus L.; Il dolore cronico: psicologia e psicoterapia. Tecnoscuola, 1997.

<b>PROGRAMMA DI PSICOLOGIA</b>  <b>AUSL Rimini</b>	<b>protocollo localmente concordato per LA DIAGNOSI ED IL TRATTAMENTO DEL BAMBINO ONCO-EMATOLOGICO E DEI SUOI FAMILIARI</b>	
--	---	--

## SOMMARIO

1. Introduzione.....	185
1.1. Inquadramento teorico .....	185
1.2. Target di riferimento e bisogno associato .....	186
2. Fattori di Rischio .....	186
3. Strumenti e modalità per la Diagnosi.....	187
4. Strumenti e modalità per il Trattamento .....	187
5. Criteri di eleggibilità.....	187
6. Criteri di accesso .....	188
7. Documenti di registrazione.....	188
8. Riferimenti Bibliografici .....	188

Dr.ssa M. Maria Russo – Conduttore del gruppo

Dr.ssa Pamela Bagli  
Dr.ssa Jessica Andruccioli  
Dr.ssa Cinzia Livi  
Dr.ssa Maura Muccini  
Dr.ssa Melania Nicolò  
Dr.ssa Samanta Nucci  
Dr.ssa Elisabetta Rebecchi  
Dr. Alberto Vignali

Protocollo validato da:

Dr. Vecchi Vico – Direttore U.O. Pediatria  
Dr.ssa Russo M. Maria – Direttore del Programma di Psicologia

<b>PROGRAMMA DI PSICOLOGIA</b>  <b>AUSL Rimini</b>	<b>protocollo localmente concordato per LA DIAGNOSI ED IL TRATTAMENTO DEL BAMBINO ONCO-EMATOLOGICO E DEI SUOI FAMIGLIARI</b>	
--	--	--

## 1. INTRODUZIONE

### 1.1 INQUADRAMENTO TEORICO

È noto che la malattia costituisce per i bambini un momento difficile, in cui alla sofferenza fisica si accompagna anche una sofferenza psichica, non necessariamente legata al semplice dolore fisico. Ammalarsi, comunque, costituisce per tutti, adulti e bambini, un evento stressante, che, per tutta la durata della condizione patologica, minaccia l'esistenza di chi ne è affetto. (S.Kaniza, D.Bosso)

Nei bambini, poi, la malattia diventa problematica perché, da un lato contrasta e frena la spinta all'autonomizzazione, tipica dei periodi di crescita, dall'altro crea sentimenti di diversità e di solitudine. Infatti, il bambino onco-ematologico vede il suo corpo cambiare prima con il posizionamento del Catetere Venoso Centrale, poi lo vede crescere innaturalmente a dismisura a causa del cortisone. Aumenta la stanchezza, compare sovente il vomito e "dulcis in fundo" la famigerata caduta dei capelli.

Quest'ultima è vissuta dai piccoli e dai genitori come il "marchio" della malattia, che alimenta lo sviluppo del senso di diversità e, a sua volta, rafforza il senso di solitudine; infine, potenzia nei piccoli pazienti la paura di non essere compresi, di venire alienati, di diventare "spettatori passivi di tutto ciò che accade sul loro corpo".

Il bambino malato diventa diverso dagli altri, dato che vengono diminuite le possibilità di comunicazione e di confronto con gli altri; inoltre, non si frequentano più i luoghi come la scuola, i campi di gioco e gli amici. L'importanza del confronto fra pari è stata ampiamente riconosciuta dalla letteratura, ma il piccolo paziente immunodeficiente non può beneficiare di questi incontri. Il ricovero, infatti, modifica le abitudini, riduce gli spazi, diminuisce le attività, normali, se non le azzera completamente; tutto si svolge fra ospedale e casa!

#### 1.1.1 La diagnosi

La diagnosi di malattia è un momento topico, perché alimenta **nei genitori** un percorso emotivo in genere caratterizzato da tre fasi:

- 1) **lo shock**, che generalmente persiste per qualche giorno, caratterizzato da uno stato di confusione, di disorientamento, che rende loro difficile comprendere le spiegazioni mediche, impedisce loro di occuparsi adeguatamente del figlio e di svolgere le normali attività quotidiane.
- 2) **La negazione**, di durata variabile e soggettiva, la quale porta spesso a sottovalutare il problema e spinge, in molti casi, a quelli che sono definiti i "pellegrinaggi della salute" alla ricerca di pareri diversi da quelli espressi dai medici, in una sorta di disperata ricerca di autoinganni.
- 3) **L'accettazione**, che sopraggiunge dopo una fase di adattamento e che consente di considerare più razionalmente la situazione, la quale comporta sofferenza e speranza, contrassegnata quindi da un alternarsi di sentimenti negativi e positivi.

#### 1.1.2 Durante il ricovero

Il ricovero costituisce per il bambino un evento straordinario, inatteso ed angoscioso, che lo allontana dalla vita quotidiana, mettendolo al centro di una situazione che non controlla, in un ambiente sconosciuto, tra facce estranee e dove a volte il suo corpo viene sottoposto a procedure invasive e dolorose. È importante spiegare al bambino cosa gli è capitato, che cosa farà e perché, affinché non si senta un oggetto e possa accettare il ricovero. Inizialmente i bambini avvertono questo senso di disagio che, se opportunamente contenuto, si risolve.

#### 1.1.3 La relazione con il bambino

La relazione con il bambino va costruita sin dalle prime fasi di accoglienza molto accuratamente.

In particolare, per promuovere una buona relazione è necessario tenere in considerazione che ci si trova davanti ad un soggetto in costante cambiamento, in funzione delle diverse tappe evolutive.

Bierman e Schwartz (1986) riassumono bene quanto accade nel bambino quando affermano:

"I bambini percepiscono, concettualizzano gli eventi interpersonali in modi caratteristici, che dipendono dal loro livello evolutivo. La loro capacità di concettualizzare motivazioni, sentimenti e comportamenti, propri e altrui, muta radicalmente col tempo, insieme alla loro comprensione della causalità sociale e alla loro capacità di desumere modelli predicibili nel loro mondo sociale".

Infatti, nei primi anni di vita i bambini pensano prevalentemente in termini concreti e non hanno ancora acquistato la capacità di fare pensieri astratti; le loro opinioni e reazioni si riferiscono a situazioni immediate, per cui sono incapaci di

<b>PROGRAMMA DI PSICOLOGIA  AUSL Rimini</b>	<b>protocollo localmente concordato per LA DIAGNOSI ED IL TRATTAMENTO DEL BAMBINO ONCO-EMATOLOGICO E DEI SUOI FAMIGLIARI</b>	
---	--	--

vedere le situazioni da una prospettiva a lungo termine. Il loro vocabolario è anche limitato, perciò spesso riescono ad esprimersi meglio attraverso il gioco o altri mezzi indiretti.

Pertanto, per quanto sopra detto, la relazione con il bambino presenta delle difficoltà e delle caratteristiche che rendono necessario l'uso di un approccio flessibile, poiché gli schemi predefiniti o rigidi non funzionano.

L'operatore infatti dovrebbe, sin dal primo contatto, prestare molta attenzione alla reazione verbale e non verbale mostrata dal bambino modulandosi, di conseguenza in ogni colloquio, sulle risposte che il bambino fornisce.

Lavorare su quello che il bambino porta o non porta nei colloqui significa per lo psicologo mettere in campo tutte le sue risorse personali, non dimenticandosi delle fragilità del piccolo paziente e facilitare la nascita di una relazione efficace.

## 1.2 TARGET DI RIFERIMENTO E BISOGNO ASSOCIATO

### Target:

- bambino affetto da patologia onco-ematologica e sottoposto a trattamenti chemio-radioterapici
- famiglia del bambino onco-ematologico
- insegnante che richiede consultazione.

### I bisogni del bambino:

- accettazione della malattia e del trattamento chirurgico e chemio-radioterapico
- integrazione della nuova immagine di sé
- sviluppo di strategie più adattive e funzionali
- supporto psicologico al percorso di cura.

### I bisogni del sistema familiare:

- accettazione della malattia e del trattamento chirurgico e chemio-radioterapico del paziente
- riorganizzazione del sistema familiare e costruzione di una rete di supporto
- sviluppo di strategie più adattive e funzionali
- eventuale elaborazione del decesso e del successivo lutto.

## 2 FATTORI DI RISCHIO

I fattori di rischio all'adesione al programma terapeutico, all'accettazione della patologia e all'insorgenza di psicopatologie, nei pazienti, nei genitori e nei fratelli sono:

### 1) Per i pazienti onco-ematologici:

- età del bambino alla diagnosi (età precoce e adolescenza)
- tipo di neoplasia
- localizzazione della neoplasia
- durata del trattamento chemioterapico
- combinazione trattamento chemio-radio terapeutico
- atteggiamento dei genitori (es. negazione, rifiuto)
- intervento chirurgico
- assenza di rete parentale
- vulnerabilità sociale.

### 2) Per i genitori dei pazienti onco-ematologici:

- età del figlio alla diagnosi
- tipo di neoplasia
- localizzazione della neoplasia
- durata del trattamento chemioterapico
- combinazione trattamento chemio-radio terapeutico
- condizioni socio-economiche
- presenza di altri figli
- rapporto coniugale
- precedenti storie di lutti
- assenza di rete parentale
- vulnerabilità sociale
- presenza di psicopatologia.

<b>PROGRAMMA DI PSICOLOGIA</b>  <b>AUSL Rimini</b>	<b>protocollo localmente concordato per LA DIAGNOSI ED IL TRATTAMENTO DEL BAMBINO ONCO-EMATOLOGICO E DEI SUOI FAMIGLIARI</b>	
--	--	--

**3) Per i fratelli dei pazienti onco-ematologici:**

- età al momento della diagnosi
- tipo di patologia
- atteggiamento dei genitori (es. negazione, rifiuto)
- rapporto con il fratello malato.

### 3 STRUMENTI E MODALITÀ PER LA DIAGNOSI

Gli strumenti utilizzati possono essere:

**1. COLLOQUIO CLINICO**

**2. TEST PSICOLOGICI:**

**- per i pazienti onco-ematologici:**

PedsQL Questionario sulla qualità della vita

FRT Family Relation Test

Questionario d'ansia per l'età evolutiva - o STAI a seconda dell'età

Valutazione della depressione

Valutazione cognitiva WISC-R o WPPI a seconda dell'età

**- per i genitori dei pazienti onco-ematologici:**

PedsQL per valutazione figlio malato e figlio sano

MMPI (forma sintetica)

**- per i fratelli dei pazienti onco-ematologici:**

PedsQL

Valutazione della depressione

FRT Family Relation Test

Questionario d'ansia per l'età evolutiva - o STAI a seconda dell'età.

### 4 STRUMENTI E MODALITÀ PER IL TRATTAMENTO

1. Sostegno psicologico individuale con i piccoli pazienti, con i genitori e con i fratelli, a seconda delle necessità.

• Obiettivi del trattamento:

- favorire il percorso di accettazione della malattia
- promuovere la compliance terapeutica
- favorire una miglior qualità di vita
- promuovere momenti di condivisione familiare
- individuare e rafforzare strategie più adattive
- affrontare angosce di separazione, paure legate alla malattia, all'ospedalizzazione e alla morte.

2. Gruppo di supporto per i pazienti, per i genitori e per i fratelli, a seconda delle necessità.

• Obiettivi del trattamento:

- promuovere momenti di condivisione
- favorire l'accettazione della malattia
- elaborare angosce di lutto e separazione
- potenziare le strategie più adattive.

3. Gruppo di lavoro ludico (terapia del gioco per i pazienti)

• Obiettivi del trattamento:

- promuovere momenti di condivisione tra i diversi bambini e tra questi e il personale ospedaliero
- favorire l'accettazione della malattia
- elaborare angosce di lutto e separazione
- potenziare strategie meglio adattive
- preparazione alle manovre invasive.

PROGRAMMA DI PSICOLOGIA  AUSL Rimini	<b>protocollo localmente concordato per LA DIAGNOSI ED IL TRATTAMENTO DEL BAMBINO ONCO-EMATOLOGICO E DEI SUOI FAMIGLIARI</b>	
--	--	--

## 5 CRITERI DI ELEGGIBILITÀ

1. Per il sostegno psicologico individuale (con i piccoli pazienti, con i loro genitori e con i fratelli), i criteri di eleggibilità sono:
  - adesione volontaria al programma di supporto psicologico
  - livello cognitivo
  - tutti i pazienti e i fratelli compatibilmente con l'età.
2. Per il trattamento di gruppo (gruppo per i pazienti, gruppo per i genitori e gruppo per i fratelli) i criteri di eleggibilità sono:
  - presenza di motivazione
  - età'
  - livello cognitivo.

## 6 CRITERI DI ACCESSO

Area ospedaliera, medici, pediatri.

## 7 DOCUMENTI DI REGISTRAZIONE

- Cartella clinica
- Database per la raccolta dei punteggi ottenuti ai test
- Stesura di relazione clinica.

## 8 RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- FREUD ANNA, BERGMANN T.; *Bambini Malati*, Torino Boringhieri 1974
- FABRE N., *Le ferite dell'infanzia*, Edizioni Scientifiche Magi, Roma 2001
- NUCCHI M., *Aspetti psicologici del bambino in ospedale*, ed. Sorbona, Milano, 1995
- SENATORE PILLERI R. OLIVERIO FERRARIS A., *Il bambino malato cronico - Aspetti psicologici*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 1989
- SOURKES. B.M., *Il tempo tra le braccia - L'esperienza psicologica del bambino affetto da tumore*, Raffaello Cortina Editore, 1999
- ANTONUCCI, F., CECCHINI, M.G., DIGILIO G. *Il bambino leucemico*, Bulzoni editore, Roma, 1984
- KANISZA S., DOSSO B., *La paura del lupo cattivo*, Meltemi, Roma 1998
- MASERA G., TONUCCI F. *Cari Genitori...*, HOEPLI, Milano, 1998
- ARÈNES J, *Dimmi, un giorno morirò anch'io?*, Edizioni Scientifiche Magi, Roma 2001

---

Il materiale è reperibile presso i seguenti siti: <http://www.ausl.rn.it> e <http://www.risorse-intangibili.it>

Per eventuali informazioni scrivere al seguente indirizzo e.mail: [programmapsicologia@auslrn.net](mailto:programmapsicologia@auslrn.net)





**Unità Operativa Risorse Intangibili**

via Flaminia, 76, 47900 Rimini

 0541.304909

 0541.304907

 [www.risorse-intangibili.it](http://www.risorse-intangibili.it)

 [fuori@auslrn.net](mailto:fuori@auslrn.net)