



Newsletter dell'Ordine degli Psicologi della Liguria

Anno IV, n° 6

Dicembre 2004

Autorizzazione del Tribunale di Genova n. 13 del 7 marzo 2001

SOMMARIO

.....	1
Sito dell'Ordine	2
Dal Convegno.....	2
Relazione convegno dell'AISP.....	2
Relazione convegno "Il dramma nell'Anima e la malattia nel corpo"	4
III Giornata di studio A.S.P: "Trauma perdita e regolazione degli affetti".....	6
Relazione convegno su "La disabilità al femminile: aspetti riabilitativi nei percorsi di vita".....	7
Relazione convegno "Droga, carcere, cure. I disturbi correlati all'uso di sostanze. I programmi di trattamento nelle Misure Alternative alla detenzione".....	9
Incontro con i colleghi.....	12
I gruppi di lavoro della Società Ligure di Psicologia.....	14
Psicologia giuridica.....	14
La Psicologia del Traffico: Una breve descrizione.	17
Dalla segreteria.....	18
Bacheca.....	18



Il consiglio dell'Ordine e la redazione della newsletter augurano a tutti gli iscritti un buon Natale e un felice 2005

Sito dell'Ordine

Ad un anno dalla realizzazione del nuovo sito internet dell'ordine degli psicologi della Liguria (www.ordinepsicologiliguria.it) possiamo fare un primo bilancio.

Il progetto iniziale aveva l'obiettivo di fornire nuovi servizi agli iscritti attraverso gli strumenti messi a disposizione dalle tecnologie.

Oltre alle difficoltà incontrate da parte di alcuni iscritti nel familiarizzare con queste tecnologie, il nuovo sito, ha presto evidenziato limiti tecnici e d'uso.

Ci proponiamo di migliorare il servizio a partire dall'esperienza fatta e dai numerosi suggerimenti pervenuti in questi mesi.

Il consiglio ha deciso di sospendere la collaborazione con l'azienda che ha costruito il sito e gestito la parte tecnica di funzionamento dello stesso.

Sono al vaglio nuove soluzioni per rendere il sito internet e i servizi ad esso collegati più funzionali e rispondenti alle esigenze degli iscritti.

Attualmente il sito è funzionante ma con delle limitazioni rispetto alla possibilità di consultare la posta elettronica direttamente dal sito web. Permane comunque, la possibilità di leggere la posta con un programma di posta elettronica (per es. Outlook, programma presente in tutti i computer con sistema operativo Windows).

Le difficoltà incontrate dagli iscritti relative alla posta elettronica, hanno riguardato anche la possibilità di inviare e ricevere allegati all'indirizzo fornito dall'ordine (nomeutente@ordinepsicologiliguria.it). In particolare allegati di grosse dimensioni non vengono letti o inviati correttamente. Talvolta ci sono giorni in cui non è possibile avere accesso alla propria casella di posta elettronica.

Abbiamo girato il problema ad un consulente informatico, questi attribuisce la limitazione all'azienda che ospita il sito internet sui propri computer e gestisce il flusso delle e-mail.

Anche in questo caso ci proponiamo di trovare una soluzione al problema e se il caso verificare la possibilità di affidarci ad altre aziende che garantiscano un miglior servizio.

Ci scusiamo ulteriormente per i disagi

A breve sarà disponibile un nuovo numero telefonico di un tecnico in grado di fornire supporto agli iscritti che si rivolgeranno alla segreteria per segnalare malfunzionamenti.

Sono gradite idee, suggerimenti e proposte per migliorare il servizio.

Sollecitiamo comunque gli iscritti a fornire alla segreteria (inviando una mail a segreteria@ordinepsicologiliguria.it) l'indirizzo di posta elettronica maggiormente utilizzato sul quale si desiderano ricevere informazioni dall'ordine e la newsletter.

Ringraziamo per la collaborazione

Marco Arscone

Dal Convegno

Relazione convegno dell'AISP

Il 9 e 10 ottobre u.s. si è svolto a Lacona (Isola d'Elba) il secondo incontro dell'AISP (Associazione Italiana Sindrome di Poland).

Come già lo scorso anno, in occasione della nascita dell'Associazione, gli organizzatori hanno ritenuto importante riservare ampio spazio allo psicologo e sottolineare così la necessità di includere l'assistenza psicologica tra gli interventi previsti sia per il soggetto affetto dalla sindrome, adulto o bambino, sia per i genitori.

Diversi sono stati i temi trattati e la discussione è stata vivace, soprattutto grazie alla presenza di soci, personalmente interessati ai vari trattamenti.

La Sindrome di Poland è una "malattia rara" diagnosticata raramente e, troppo spesso, tardivamente. Le cause non sono ancora chiarite, ma si ritiene probabile che riguardino un danno vascolare di origine genetica nelle prime settimane di vita dell'embrione.

Gli effetti sono "anomalie" (mancanza dei muscoli pettorali, ipoplasia delle estremità superiori, sindattilia, aplasia omolaterale di alcune dita, ipoplasia del capezzolo, etc...) spesso non riscontrate dall'esame ecografico dei primi mesi della gravidanza, né dagli esami ematologici di routine. L'attesa della nascita quindi, si svolge nelle migliori condizioni. La rivelazione avviene solo a parto avvenuto, e stando alle numerose testimonianze, senza che siano date spiegazioni accettabili ed esaurienti circa le cause, le conseguenze, gli interventi possibili. Nella stragrande maggioranza dei casi, senza che alcun sostegno psicologico sia stato predisposto o organizzato per il futuro. Basti pensare che alcuni adulti tra i presenti hanno potuto dare un nome alla loro patologia solo recentemente, quando l'Associazione ha cominciato a divulgare via Internet, attraverso il sito (www.sindromedipoland.org), le sue caratteristiche.

Gli interventi chirurgici di correzione (illustrati durante l'incontro) sono numerosi e non possono iniziare prima dei 4/5 anni di età ma devono essere completati entro il periodo puberale.

Evidente quindi, la necessità da parte dei genitori di riuscire a raggiungere una buona capacità di gestione dell'ansia, per preparare il figlio alle cure e all'ospedalizzazione, evitando di comunicargli sentimenti di precarietà, inferiorità e paura. Evidente, inoltre, l'importanza dell'elaborare i sentimenti di frustrazione, di colpa e di inadeguatezza che spesso restano inespressi o inascoltati per anni.

Da notare che il bambino affetto da Poland è un soggetto normodotato, che può presentare problematiche relazionali e nevrotizzazioni dovute all'atteggiamento sovraprotettivo e limitante del genitore.

È stata rilevata l'utilità di approfondire le dinamiche del rapporto genitore-bambino attraverso uno studio longitudinale che potrebbe essere attuato grazie alla collaborazione dei medici e degli psicologi che operano presso il Gaslini che seguono in Day Hospital i piccoli pazienti e i genitori.

Ampio spazio è stato dato alla discussione sulla necessità di informare correttamente il paziente sia sulla malattia sia sul percorso ricostruttivo che lo attende.

È emerso dalla discussione che esiste la convinzione che il bambino non sia consapevole della sua diversità rispetto agli altri, che sia abituato ad usare il suo corpo in modo adeguato, senza percezione alcuna di (ovvie) disabilità. È evidente che i meccanismi difensivi della minimizzazione o della negazione del problema, che hanno aiutato il genitore ad affrontare la sua sofferenza, continuano negli anni ad agire, provocando

comportamenti di evitamento e isolamento che impediscono al figlio di affrontare con risorse adeguate la sua difficoltà (a questo proposito, la nascita dell'AISP ha avuto un'innegabile funzione terapeutica!).

In alcuni casi, la conoscenza carente del sanitario, la frustrazione dolorosa dell'adulto, il bisogno di sentirsi comunque buono e protettivo, impediscono di attuare le strategie migliori.

Infine, tra gli argomenti che hanno avuto più (e controverso) spazio vi è stato l'indispensabile presenza dello psicologo fra le figure che compongono il team di operatori della salute che devono seguire genitori e bambino, per evitare che il medico (cui per lo più le famiglie si rivolgono) debba "inventarsi" un ruolo che non gli è proprio, con ovvie ambigue conseguenze. Prima, comunque, che venga predisposta l'assistenza psicologica più "centrata" sulle problematiche sia del paziente che della famiglia (la bibliografia sull'argomento è inesistente), l'Associazione ha organizzato un Servizio di supporto psicologico via mail che, ad un anno di distanza dalla sua nascita, è frequentemente interpellato.

Lucia Spada

Relazione convegno "Il dramma nell'Anima e la malattia nel corpo"

"Il dramma nell'anima e nel corpo" è il titolo del IV incontro internazionale che si è svolto il 30 settembre a Palazzo S. Giorgio organizzato dall'Istituto di ricerca in psicosomatica psicoanalitica Aberastury di Perugia e dalla Fundación Luis Chiazza para el estudio psicosomático del enfermo orgánico di Buenos Aires.

La giornata, molto interessante nei contenuti esposti e molto piacevole nella sua organizzazione, ha visto la partecipazione di numerosissimi colleghi. La redazione ha deciso di lasciare carta bianca a due giovani psicologhe, attualmente tirocinanti presso il reparto di Neuropsichiatria del Gaslini, affinché scrivessero un articolo da pubblicare sulla newsletter.

Ringraziandole per il lavoro svolto rivolgiamo nuovamente l'invito a tutti voi a collaborare con la redazione attraverso l'invio di articoli, segnalazioni di convegni o giornate di studio, commenti critici oppure altro rammentandovi che per gli articoli relativi a corsi e/o convegni che verranno pubblicati è previsto un rimborso totale o parziale del convegno stesso.

Silvia Olivotto

In ambito medico è ormai largamente accettata e condivisa l'idea secondo cui il benessere del corpo abbia una sua influenza su sentimenti ed emozioni e viceversa. Corpo e mente sono quindi due parti, in continua influenza reciproca, di un tutt'uno: l'uomo nella sua unità somato-psichica. Proprio in relazione a ciò la concezione di malattia come "effetto di una causa" ha lasciato il posto ad una visione multifattoriale secondo la quale ogni evento, comprese le affezioni organiche, è conseguente all'intrecciarsi di molti fattori, tra i quali prioritario quello psicologico, il quale, a seconda della sua natura, può agire favorendo l'insorgere della malattia o la sua guarigione.

In passato si parlava di psicosomatica riferendosi ad essa solo in relazione a quelle malattie organiche la cui causa era rimasta oscura e per le quali si pensava potesse esistere una "genesì psicologica". Oggi al contrario ha trovato sempre maggior favore un'ottica psicosomatica corrispondente ad una concezione della medicina che guarda all'uomo come ad un tutto unitario, dove la malattia si manifesta a livello organico come sintomo e a livello psicologico come disagio, e che presta attenzione non solo alla manifestazione fisiologica della malattia, ma anche all'aspetto emotivo che l'accompagna.

Proprio riguardo a questa tematica il giorno 30 settembre 2004 si è tenuto a Genova presso Palazzo San Giorgio, un seminario internazionale di psicosomatica psicoanalitica dal titolo: " Il Dramma dell'Anima e la malattia del Corpo " presieduto dal Professor Luis Chiozza, medico psicoanalista del Centro de Consulta Medica di Buenos Aires, e, sul versante italiano, dai membri del Centro Aberastury di Perugia, diretto da Carlo Brutti e Rita Parlani Brutti.

L'uomo malato nasconde nel suo corpo una storia di cui non può sopportare il significato. La malattia si configura quindi come la "soluzione" che il malato ha trovato, una costruzione simbolica che tenta, a livello inconscio, di alterare tale significato. Ogni malattia nasconde dietro di sé una storia che è diversa da persona a persona ma che, nella stessa affezione, ha un uguale copione. Recuperare la storia che ogni malattia simbolizza ci consente di influire sul suo decorso, e, dal momento che "la malattia del corpo" cela ed esprime un "dramma nell'anima", di impedire che, quando l'alterazione scompare, insorgano altri disturbi a svolgere la sua stessa funzione. Strumento di cura fondamentale diventa perciò lo "Studio Patobiografico" attraverso il quale, alla cura farmacologica, si affianca una ricerca su sé stessi e sul proprio mondo interno.

Questa visione innovativa dell'interpretazione e della cura, ha suscitato in noi, giovani laureate, un nuovo polo di interesse. E il segnale di un mutamento in corso, per cui affezioni che un tempo erano completamente ambito di studio e cura della medicina, stanno oggi sempre più rientrando in un campo comune di interesse. Si tratta forse di una rivoluzione silenziosa che comporterà probabilmente, in un futuro non remoto, un profondo cambiamento all'interno del contesto di cura, che si propone come cura della " persona ", intesa come unità corpo-mente, ma che ancora troppo spesso si concentra solamente sul primo. Questo perché, come sottolineato dallo stesso Luis Chiozza, la base epistemologica implicita delle scienze naturali, e quindi anche della medicina, percepisce la materia come una realtà primaria, e la psiche come originata dalla materia stessa, come cioè una realtà che deve essere inferita, secondariamente, a partire dalle sue manifestazioni. La stessa evoluzione scientifica ci mette però ormai di fronte a nuovi concetti e prodotti che possono essere compresi ed utilizzati in modo adeguato solo in seguito ad un riesame delle stesse basi epistemologiche su cui il sapere medico si fonda.

Se quindi il diabete, le malattie del fegato, l'obesità, le cardiopatie ischemiche, l'ipertensione arteriosa divengono affezioni oggetto di studio di psicoanalisti come il professor Chiozza, l'ambito della psicologia si allarga sempre di più e a fianco del medico diventa sempre più indispensabile la figura dello psicologo (sia in chiave diagnostica che psicoterapeutica).

Camilla Tunesi e Guia Bianchi

III Giornata di studio A.S.P: "Trauma perdita e regolazione degli affetti"

Si è tenuta a Milano la terza giornata di studio A.S.P. (Associazione Studi Psicoanalitici) dal titolo "la teoria dell'attaccamento nella clinica e nella ricerca psicoanalitica". I lavori della mattina hanno ruotato intorno alla lettura magistrale del Prof. Ammanniti: "Trauma, Attaccamento e Disturbi di Personalità" dedicata alla rivisitazione del concetto di trauma. Il Prof. Ammanniti ha introdotto il tema attraverso un excursus storico del concetto di trauma a partire dalla teoria formulata da Freud fino al concetto di "trauma cumulativo" di M. Khan.

L'abbandono della teoria della seduzione infantile non segna, ci ricorda Ammanniti, la fine dell'interesse del concetto di trauma per Freud, concetto sul quale si confronterà anche in anni successivi. Una carrellata dei contributi psicoanalitici di autori quali Ferenczi, Winnicott, Bowlby che valorizzano il concetto di trauma introduce il legame tra carenze strutturali ed esperienze traumatiche precoci, il modello del deficit. Secondo questo modello vi è un'area dell'esperienza critica per l'insorgere di una struttura psichica carente, inadeguata; una serie di interazioni ed esperienze che sono fondamentali per strutturare il nostro cervello e la nostra mente, ma quali sono?

Studi di ricerca infantile, ampiamente replicati, mostrano che un neonato di trenta ore è in grado di imitare un adulto iniziando fin dalla nascita l'apprendimento delle regole dell'interazione umana. Il neonato nasce con una predisposizione implicita nel suo codice genetico verso le "esperienze per cui c'è un'aspettativa" (expectant experience) quali: l'aspettativa che l'adulto si occupi di lui, che lo stimoli, che gli parli, che lo rifletta, che abbia con lui uno scambio occhio ad occhio e così via. L'importanza di queste esperienze relazionali si evidenzia anche sul piano cerebrale.

Le Neuroscienze mostrano come le expectant experience consentano la maturazione cerebrale del bambino in un periodo, i primi due anni di vita, in cui il cervello si sviluppa del 70%. La mancanza di tali esperienze ha conseguenze molto pesanti sia sulla maturazione cerebrale che sulla costruzione dei legami di attaccamento. Ammanniti ricorda come Frank Lachmann pone l'attenzione alla prospettiva intergenerazionale dell'attaccamento per cui, essendo i modelli di attaccamento interiorizzati, le situazioni traumatiche lasciano delle conseguenze non solo nella persona vittima del trauma ma anche nelle generazioni successive. Troviamo in questo un'interessante convergenza con il concetto di après-coup per cui il trauma non solo agisce nel momento ma può riemergere nell'individuo, in quanto non metabolizzato ed irrisolto, e trasmettersi alle generazioni successive.

La Dott.ssa Guerrini Degl'Innocenti nel suo intervento del pomeriggio: "il concetto di trauma in psicoanalisi: da Freud ai giorni nostri e ritorno" riprende alcuni autori e concetti esposti nella mattina dal Prof. Ammanniti. Il concetto di après-coup non rimanda, come fanno notare Willy e Madeleine Baranger, soltanto ad una causa che rimane latente finché ha l'occasione di manifestarsi ma ad un'azione causale retroattiva del presente verso il passato che sancisce, da parte di Freud, l'abbandono del modello di causalità meccanicistica e della temporalità lineare, basato sul vettore passato presente, a favore di un concetto dialettico della causalità e di un modello a spirale della temporalità dove futuro e passato si condizionano e acquisiscono reciprocamente senso nella strutturazione del presente. Questo aspetto è molto vicino a recenti concetti sulla memoria nati all'interno della neurobiologia quali il "presente ricordato" di Gerald Edelman.

Sul piano epistemologico, specifica la relatrice, risulta poco sostenibile una posizione che ponga una contrapposizione tra interno ed esterno essendo più utile considerare i due

aspetti in modo interdipendente studiando la loro importanza relativa o reciproca interazione. L'evidenza statistica della contiguità tra traumi, dissociazione e disturbi di personalità, descritta nella relazione di Ammanniti, si può utilmente porre in una cornice epistemologica diadico-sistemica che intrecciando trascenda in maniera complessa, non complicata, le inutili polarità di cui soffre la psicoanalisi: interno versus esterno; conflittuale versus deficit; riduzione della tensione versus ricerca dell'oggetto. Questa cornice caratterizza gli studi dell'A.S.P. nel campo della clinica, della ricerca, della teoria.

Stimolo alla discussione e contrappunto ed approfondimento a tematiche specifiche sono state le relazioni: "Traumi precoci e microtraumi relazionali" (E. Albertini, G. Pesce); "Il Sé spezzato: Incidenti in adolescenza e pazienti con lesione midollare" (G. Gorla); la presentazione di un caso clinico: "Un nobile picchiato" (M.Vera Luria).

Stimolato dalla discussione il Prof. Ammanniti, accompagnato dall'applauso dei partecipanti, ha sottolineato come uno dei grossi problemi della teoria psicanalitica sia "la sua tendenza a salvare tutto". Occorre un grosso lavoro di revisione critica al fine di abbandonare quelle osservazioni che, "come in astronomia le osservazioni di Galileo", debbono appartenere alla storia della psicoanalisi e non più alla sua attualità di metodo e ricerca.

Fabrizio Guidi

(Psicologo tirocinante)

Relazione convegno su "La disabilità al femminile: aspetti riabilitativi nei percorsi di vita"

Il 25 e 26 novembre si è svolto a Vicenza il convegno dal titolo "La disabilità al femminile: aspetti riabilitativi nei percorsi di vita" (organizzato dall'Unità Operativa Medicina Fisica e Riabilitazione e dall'Unità Spinale dell'Azienda ULSS 6 di Vicenza)

Oggetto del Convegno è stata la discussione intorno ai temi della disabilità e del disagio della donna, distinguendo un diverso impatto e quindi una specificità propria delle donne, una "specificità di genere" nell'acquisizione, e nella cura e nell'elaborazione del deficit e delle sue conseguenze.

Gli interventi della prima giornata hanno preso in considerazione il rapporto madre e bambino; sono emerse situazioni dove la donna è stata rappresentata sia come donna disabile sia come colei che sostiene e spesso si fa carico della disabilità dei figli.

I temi della seconda giornata si sono orientati su "donna e deficit acquisito". Le trasformazioni dell'immagine corporea, delle proprie abilità e il mantenimento dei ruoli nelle maggiori patologie acquisite: le relazioni sono state discusse alla luce dei progetti riabilitativi che devono necessariamente tener conto anche dell'ottica di genere.

Una riflessione finale è stata dedicata alle donne e al loro rapporto con il mondo della cura. Cura come il femminile e le professioni sanitarie. Cura come prendersi carico di un membro disabile della propria famiglia.

Alcune colleghe che operano all'interno dell'Unità Operativa Assistenza Disabili della ALS 3 "Genovese" hanno presentato due contributi a testimonianza del lavoro che lo psicologo può svolgere con interventi sia clinico/terapeutici sia preventivi/di sostegno al disagio nell'area dell'integrazione della persona disabile e della sua famiglia.

Chiara Patrone e Romina Truffelli hanno portato la loro esperienza nel contributo: "Come un burattino cui nessuno fa andare i fili"

<<Lavoriamo come psicologhe nel Laboratorio di Comunicazione Aumentativa Alternativa del C.Li.V.I.A. (Centro Ligure Valutazione Informazione Ausili), e abbiamo pensato di raccontare il nostro lavoro con persone affette da Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA), in particolare rispetto alla drammatica esperienza della perdita del linguaggio e alla disabilità, ripensata "al femminile", che ne deriva.

Le parole utilizzate a titolo del nostro intervento sono quelle che esprime con il suo pannello di comunicazione con lo sguardo (E-TRAN) una signora cinquantenne con Sclerosi Laterale Amiotrofica.

"Ho l'impressione di essere come un burattino cui nessuno fa andare i fili"... Abbiamo pensato che fosse difficile spiegare in altro modo o in maniera più vivida la sensazione di una mente che pensa al proprio corpo immobile, incapace di rispondere anche al minimo comando. E' possibile rimanere soggetti protagonisti della propria vita pur riconoscendo i vincoli, a volte estremi, a cui si è sottoposti?

La perdita della capacità comunicativa incide sullo svolgimento attivo dei compiti e aumenta il rischio di un conseguente senso di perdita di identità e di ruolo. E' possibile per una donna in questa situazione mantenere l'identità femminile e conservare i ruoli che ritiene soggettivamente fondanti?

Gli studi sul mantenimento dei ruoli nelle malattie croniche fortemente invalidanti confermano l'intuizione comune che esistono delle peculiarità nella disabilità al maschile e al femminile.

Dalla nostra esperienza di ascolto con 20 pazienti donne con SLA, emerge l'importanza, nella pur totale dipendenza, di continuare a prendersi cura di sé e del proprio corpo, della propria casa, di mantenere funzioni familiari, in particolare genitoriali; questo può avvenire anche in maniera indiretta, attraverso la guida dell'altro che assiste e attraverso la possibilità di esprimere pensieri, opinioni, sentimenti.

Per guidare l'altro e per avere occasioni di partecipazione, è indispensabile trovare via via efficaci strategie e strumenti di comunicazione, contesti che ne comprendano l'importanza e ne sostengano così l'utilizzo, nonostante lentezza e fatica.

E' questa l'area di intervento della Comunicazione Aumentativa Alternativa, area della pratica clinica che cerca di compensare la disabilità, temporanea o permanente, di individui con complessi bisogni comunicativi e gravi difficoltà di linguaggio, attraverso il potenziamento delle abilità e delle modalità naturali e l'uso di modalità speciali.

Prendiamo a prestito dalla letteratura il racconto di Blanca, per avvicinarci alla condizione esistenziale di perdere l'utilizzo della parola e non avere strumenti di comunicazione:

"... sembra sia scomparso il linguaggio interiore insieme a quello esterno, ma non è così. Succede che il mondo interiore resta senza possibilità di comunicare. Come se fosse poco. Loro si chiedono come dev'essere. Una prigioniera. Questa è l'unica risposta. Una prigioniera bianca." "Adesso penso ancora, compongo dei pensieri sulla scia di quelli fatti nel corso degli anni. Ma a furia di non usare il linguaggio, sarò in grado di creare nuovi pensieri?" (Serrano M., Il tempo di Blanca, Feltrinelli, 1998).

Ancora molto c'è da fare in Italia perché esperienze e conoscenze in questo campo si diffondano ed entrino a far parte della cultura riabilitativa. Noi pensiamo che veramente l'intervento in questo campo possa cambiare la qualità della vita delle persone>>.

Milena Bellinzona (Psicologa) e la sig.ra Clara Crovetto (Terapista della riabilitazione) hanno portato la loro esperienza di lavoro presso l'U.O. Assistenza Disabili della ASL 3 "Genovese" nel contributo: "Dall'emarginazione alla condivisione: inversione di percorso per un gruppo di donne disabili".

<<L'attenzione alla fragilità e al disagio sociale associati al deficit cognitivo spingono gli operatori da tempo a non utilizzare soltanto le risposte istituzionali "codificate", ma piuttosto a costruire reti di sostegno alla persona disabile e/o alla famiglia, ad intervenire sul versante del tempo libero e della socializzazione dove si presentano opportunità fondamentali per il processo di separazione-individuazione.

Il disagio psicologico delle donne disabili nella fascia d'età giovane-adulta emerge con una sua specificità, all'interno dei percorsi terapeutici e di sostegno.

E' rappresentato da una situazione di solitudine, un marcato senso di inadeguatezza e di insicurezza nei confronti del proprio femminile, la ricerca disperata di conferme attraverso la sessualità, suscettibile di porre, in alcuni casi situazioni di rischio sociale.

Abbiamo proposto ad un gruppo di donne con ritardo mentale medio-lieve ed età compresa tra i 20-37 anni, un corso di tessitura per portare attraverso il fare ad una condizione di condivisione.

Il telaio ci ha dato la possibilità di creare un ambiente di complicità tipico delle donne: si è creato un clima informale dove potevano essere vissute relazioni inesigenti su cui poter lavorare come esperienze positive.

Lavorare tra donne, sul senso di se attraverso il fare, all'interno di una relazione orizzontale (tutte facevano la medesima cosa) ha prodotto benessere individuale e ha aperto nel di gruppo la possibilità di nuovi patterns relazionali.

Quest'esperienza ci ha fatto riflettere sugli interventi pensati per il sostegno alla persona disabile: emerge in generale un grande bisogno di opportunità che permettano di confrontarsi e per quanto riguarda le donne, il bisogno di essere riconosciute come donne. Sembra che il fare e lo stare tra donne abbia rappresentato un terreno comune, un linguaggio

comune che come un processo di crescita si è tradotto nell' abbandono delle posizioni di onnipotenza di ognuno per attribuire all'altro risorse e abilità>>.

Romina Truffelli

Relazione convegno "Droga, carcere, cure. I disturbi correlati all'uso di sostanze. I programmi di trattamento nelle Misure Alternative alla detenzione"

Venerdì 26 novembre si è tenuto a Lerici (Sp) il convegno "Droga, carcere, cure".

Il convegno, organizzato dal Nucleo Operativo SERT "Carcere" dell'A.S.L. n° 5 Spezzina e accreditato ECM dal Ministero della Salute, ha avuto un notevole riscontro di partecipanti, circa duecento persone, provenienti un po' da tutta Italia.

Il primo intervento è stato quello della Dr.ssa Biggi, già vicedirettrice della Casa circondariale di Genova Marassi, attualmente direttrice di quella di La Spezia, che ha descritto la popolazione del carcere che dirige. Attualmente il carcere di La Spezia ha 230 persone detenute di cui la metà tossicodipendenti. La metà dei detenuti sono stranieri. La Direttrice ha sottolineato l'importanza di trovare un momento di incontro tra il personale del carcere e quello del SERT interno. Ciò perché le modalità di vedere i detenuti sono differenti, ma questa differenza deve essere ritenuta una ricchezza. La risposta deve essere comunque univoca. Inoltre si stanno attivando all'interno della struttura carceraria percorsi formativi per il personale carcerario, formazione che ha lo scopo di rendere maggiormente partecipi anche coloro che hanno mansioni esecutive.

Il Dr. Sbrana, psicologo responsabile del Nucleo Operativo Sert Carcere, ha sottolineato come, col passaggio delle competenze sanitarie dal carcere alla A.S.L. avvenuto in applicazione del Decreto 230/99 (Legge Bindi), è stato necessario fare in modo che le due istituzioni comunicassero tra loro. Giustizia e salute devono potersi parlare.

Il Sert interno al carcere di La Spezia, al momento, ha un'equipe multidisciplinare (medici, psicologi, infermiere e assistente sociale), il cui compito è quello di provvedere al collegamento tra il "dentro e il fuori".

Il modello che utilizzano è quello interdisciplinare, dove nessuno prende decisioni da solo, ma è l'intera equipe che decide, insieme al detenuto, il programma. Si pone così l'attenzione sia sulla diagnosi, che deve essere fatta nei casi più controversi e difficili comunque entro sei mesi dall'ingresso, sia sul programma di trattamento. Per il trattamento vengono ipotizzate tutte le possibili soluzioni quali la comunità terapeutica, la terapia farmacologica, gli inserimenti lavorativi.

Si cerca di cucire un programma più possibile consona al detenuto e, quindi, individualizzato.

Il Dr. Monteverde, Presidente del Tribunale di Sorveglianza di Genova, ha evidenziato come si stia vivendo una trasformazione totale del concetto di pena e, quindi, dell'istituzione carceraria; per duecento anni la pena era rappresentata dal carcere, ora il carcere deve essere una delle pene. Alla pena del carcere si è aggiunta la misura delle alternative alla pena, che sono:

- affidamento terapeutico;
- affidamento ai servizi sociali;
- detenzione domiciliare;
- semilibertà.

Ora il carcere sarà sempre più limitato a chi deve scontare colpe gravi.

35000 sono attualmente i detenuti e 48000 sono le persone che stanno utilizzando misure alternative alla pena. Se si potenziano le misure alternative, riducendo così il sovrappopolamento si potrà anche fare in modo che il carcere svolga un'azione riabilitativa.

La legge Simeone del 1998 ha apportato una svolta fondamentale: prima bisognava comunque entrare in carcere per poi usufruire delle misure alternative, adesso non è più necessario. E' il Magistrato di sorveglianza che decide la pena e lo deve fare entro sei anni dalla data della condanna (al momento ci sono circa 70000 persone condannate che sono libere).

Il Dr. Margara, già Presidente del Tribunale di sorveglianza di Firenze, pone l'accento sul fatto che le revoche maggiori sono quelle emesse per i soggetti che sono ammessi alle misure alternative provenienti dal carcere e non dalla libertà. Chi è in carcere proviene spesso da un rifiuto o da un fallimento precedente. Le revoche dell'affidamento dei tossicodipendenti sono del 27%, le recidive dal carcere sono intorno a 75%: tre su quattro rientrano in carcere.

Il Dr. Margara, attento conoscitore delle dinamiche carcerarie, sottolinea la necessità di andare a ricercare anche quei detenuti che non vogliono essere rilevati. Il carcere porta di per sé ad ignorare la persona e ci sono detenuti che non vogliono essere "visti"; non avevano rapporti con il Sert esterno e non ne vogliono con quello interno. E' necessario occuparsi anche di queste persone.

Il Dr. Gian Paolo Guelfi, Presidente della Società Italiana Tossicodipendenze, ha portato una relazione sul ruolo dei farmaci agonisti nei trattamenti ambulatoriali. Molte delle ultime ricerche internazionali hanno rivalutato l'uso della terapia con metadone (TMM), spesso demonizzata. Infatti il metadone stabilizza il paziente per 24-36 ore, blocca gli effetti degli oppioidi; il paziente può funzionare normalmente e può essere trattato per lungo tempo.

L'uso regolare di eroina cala sensibilmente con l'inizio del trattamento del metadone. Il Dr. Guelfi ha comunque sottolineato la necessità di un supporto sia psicologico sia sociale, al fine di consolidare il miglioramento. L'uso dell'eroina è inversamente proporzionale alla dose di metadone. Più a lungo si sta in trattamento, più si consolida il cambiamento. Il trattamento metadonico diventa il metodo più efficace nella cura delle dipendenze da eroina.

La relazione del Dr. Grosso, vice-presidente del Gruppo Abele, ha portato a riflettere su come la comunità terapeutica sia lo strumento psico-sociale più "robusto" (24 ore su 24 ore una persona seguita per 18/24 mesi) ad alta soglia di accesso (altamente selettivo) perché chiede rigorosa rinuncia alla sostanza e una forte limitazione della libertà personale.

Su 130.000 individui trattati al Sert, un decimo è seguito in comunità terapeutica.

La comunità deve avere cinque funzioni:

- CONTENIMENTO:** decontestualizzazione dal mondo della droga, anche attraverso il gruppo dei pari ("tu solo ce la puoi fare, ma da solo non ce la puoi fare");
- MODIFICAZIONE dello STILE di VITA:** anche solo ristabilendo i ritmi biologici del sonno e dell'alimentazione;
- ELABORAZIONE della MOTIVAZIONE** con il confronto individuale e quello di gruppo;
- INDIVIDUAZIONE:** scoprire, spolverare, mettere in moto le potenzialità. Il gruppo dei pari serve da specchio per restituire le potenzialità;
- ESPERIENZA AFFETTIVA - CORRETTIVA:** il relazionarsi con gli operatori porta ad interiorizzare nuove modalità di scambio relazionale.

L'utenza delle comunità è andata modificandosi; all'inizio degli anni 90 la domanda delle coppie con bambini era forte e il Gruppo Abele, invece che dividere la famiglia, come un tempo si faceva, ha provato a prendere tutti i componenti. Inoltre le strutture sono più piccole e lo strumento principe non è la regola ma la relazione e l'abbandono della regola viene accettata e cercato di comprenderne il significato.

Su 100 ragazzi tossicodipendenti, 10 richiedono la comunità. Cinque finiscono il trattamento e cinque no. Dei cinque che finiscono il trattamento, tre non ricadono e due tornano a rifarsi. Quindi il 30-35% dei soggetti terminano il percorso con soddisfazione.

Incontro con i colleghi

*Ringrazio il **Dr. Sbrana** che ci ha permesso di partecipare come redazione della nostra newsletter al convegno e con l'intervista che segue cerchiamo di comprendere meglio l'attività dello psicologo all'interno del Sert e all'interno del sistema carcerario.*

1. Se ti chiedessi di dare una definizione della professione dello psicologo quale daresti?

E' una domanda impegnativa. Definire non è mai stato il mio forte. Credo che il mestiere dello psicologo consista nel mettersi nei panni dell'altro e dargli una mano a vivere un po' meglio di come vive, possibilmente non solo con il proprio "buon senso" (che ha comunque la sua importanza), ma anche con "tecniche apprese" (le varie Scuole).

2. Quale è stato il percorso sia individuale sia professionale che hai intrapreso per diventare prima uno psicologo e poi uno psicoterapeuta?

La mia strada per diventare psicologo è stata abbastanza strana: sono uscito dal liceo nel '68 e mi sono iscritto a Scienze Politiche e Sociali all'Università di Pisa (Psicologia non c'era ancora). Mi sono laureato, discutendo una Tesi con il Prof. Silvano Burgalassi sulla scuola in carcere ed ho iniziato a lavorare. La Sociologia è interessante e credo sia utile conoscerla. Poi, mi sono iscritto alla Facoltà di Psicologia di Padova e mi sono laureato, discutendo la Tesi con il Prof. Aldo Galeazzi, sul ruolo dello psicologo in carcere.

Anche l'itinerario di formazione psicoterapeutica è stato particolare: ho iniziato con la Scuola di Analisi e Modificazione del Comportamento di Genova, poi sono andato a Bologna alla Scuola di Analisi Transazionale di Carlo Moiso ed, infine, ho fatto Psicoanalisi personale, Didattica e Supervisione. Conoscere diversi orientamenti mi ha aiutato nel lavoro. Ho poi avuto modo di conoscere e di apprezzare la Teoria Conversazionalista di G.P. Lay, la Teoria dell'Attaccamento di Ammanniti ed il Colloquio Motivazionale di G.P. Guelfi.

3. Quali difficoltà hai incontrato?

Avendo prevalentemente lavorato nel Pubblico (Università prima, USL e Ministero Giustizia poi), la maggiore difficoltà è stata sicuramente riuscire a far riconoscere pari dignità (per lo meno) alla psicologia, rispetto ad altre scienze limitrofe, solo apparentemente più blasonate: questo dipende anche da noi, ma non solo da noi. Nei confronti della nostra professione c'è molta ignoranza, preconcetti e spesso vera e propria ostilità: che siano meccanismi di difesa?

4. Di cosa ti sei occupato? E attualmente di cosa ti occupi?

Ho iniziato con l'insegnamento, in qualità di Assistente ad Horas addetto alle Esercitazioni, all'Università di Pisa, poi in Cattolica a Milano per due anni ho fatto

Ricerca. Nel '78 sono entrato nel Centro d'Igiene Mentale di La Spezia. Nel 95 ho scelto di occuparmi di tossicodipendenti, presso il SERT dell'Az. USL di Sarzana, con incarico di Responsabile di un'equipe territoriale. Nello scorso 2003 ho dato vita al Nucleo Operativo SERT CARCERE di La Spezia, presso la Casa Circondariale, in applicazione della Legge 230 del '99, di cui sono Responsabile.

5. Chi sono i tuoi clienti?

Nel SERT Territoriale di Sarzana seguo ovviamente consumatori di sostanze stupefacenti, nel SERT Carcere di La Spezia seguo detenuti tossicodipendenti ed anche alcolisti. Svolgo inoltre attività libero-professionale "intra-moenia", dove mi occupo di poche persone, se riesco non tossicodipendenti, ma con problemi di altra natura (disturbi esistenziali).

6. Quali gratificazioni ti ha dato e ti dà questo lavoro?

Mi ritengo una persona fortunata: fare questo lavoro mi è sempre piaciuto e mi piace tuttora. Le persone mi interessano e pensare di poter essere in qualche modo loro di aiuto mi fa stare bene. D'altronde da piccolo ho fatto il Boy Scout ...

Inoltre, da quando mi sono stati dati incarichi "dirigenziali", ho scoperto che è affascinante anche il lato "organizzativo - manageriale" del nostro lavoro. Non credo che sia vero che un buon capo non deve essere amato dai suoi collaboratori. Il mio gruppo di lavoro è un gruppo affiatato, molto unito e circola anche parecchia stima ed affetto tra di noi. Riusciamo anche a farci spesso delle belle risate in complicità e questo aiuta noi e le persone che seguiamo. Mettere in piedi, poi il SERT Carcere di La Spezia è stata ed è tuttora un'impresa, per me, anche discretamente esaltante, perché giochiamo fuori casa e non ci accontentiamo di un ruolo passivo, tutt'altro... e spesso rompiamo le scatole alla Giustizia, compagna istituzionale ostica e non sempre accomodante e disposta ad essere cedevole nei confronti delle nostre pretese di cambiare qualche meccanismo obsoleto, custodialista e sterilmente punitivo.

7. Quali letture o testi significativi consiglieresti?

Se accettate una piccola provocazione, direi il Disegno di Legge del Consiglio dei Ministri sulle Droghe (la ex proposta Fini), che, a mio modesto parere, è un condensato di diletterismo e di ideologia banale, semplificazionista e di grande pericolosità qualora diventasse legge dello stato: il fenomeno delle droghe è un fenomeno complesso, difficile, articolato, che ha bisogno di mille risposte diversificate, dove le ideologie devono stare fuori e lasciare il posto alle diverse scienze, ognuna con i propri metodi e finalità. Le scorciatoie non esistono. In nessuna cosa importante esistono le scorciatoie. Conoscere questo bruttissimo Disegno di Legge credo sia sufficiente per non dividerlo, soprattutto se a leggerlo saremo noi psicologi che sappiamo quanto è difficile, laborioso, lungo e tormentato il cammino dei cambiamenti nelle abitudini di vita delle persone.

Carola Falco

I gruppi di lavoro della Società Ligure di Psicologia

Presso L'Ordine sono attivi dei gruppi di studio e confronto organizzati dalla Società Ligure di Psicologia.

I gruppi si riuniscono generalmente presso la sede dell'Ordine e sono aperti agli iscritti, ai tirocinanti, agli studenti e ad altre professionalità coinvolte.

SOCIETÀ LIGURE DI PSICOLOGIA

Già Sezione regionale della S.I.Ps.

VIA G. D'Annunzio, 2/53 - 16121 GENOVA

Psicologia giuridica

Nel numero precedente per un nostro errore non abbiamo inserito la relazione dell'Avvocato Figone che inseriamo qui di seguito.

Sono lieta di presentare la sintesi, predisposta dal Prof. Avv. A. Figone, relatore all'incontro del 19/05/04. Notevoli sono stati gli spunti di discussione ed approfondimento: desidero evidenziare la necessità di elaborare le problematiche concernenti la separazione coniugale in coppie giovani, in coppie senza figli.

Questo tema potrebbe essere sviluppato in un prossimo appuntamento del Gruppo. Resto in attesa di sollecitazioni da parte dei colleghi e degli altri professionisti.

Elisabetta Paoli Lorenzani

Coordinatrice del Gruppo di Lavoro

Il ruolo dell'avvocato nei procedimenti di separazione e divorzio con figli minori

Come è noto, l'avvocato è legato al cliente da un contratto d'opera professionale, non diversamente da quanto accade per altri liberi professionisti (es. commercialisti, ma pure medici e psicologi quando non inseriti all'interno di una struttura sanitaria o assistenziale). In forza di detto contratto, l'avvocato assume l'obbligazione di curare al meglio gli interessi del suo assistito, tramite una prestazione diligente e competente, anche se non può (né deve) garantire il raggiungimento di un dato risultato (es. la vittoria di una causa). La violazione di tale obbligazione può esporre l'avvocato a responsabilità di tipo contrattuale nei confronti del cliente, ma pure professionale (con il conseguente intervento disciplinare da parte del Consiglio dell'Ordine) e, nei casi più gravi, anche penale (per il reato di patrocinio infedele).

I principi, ora esaminati, riferibili a tutti gli esercenti la professione forense, necessitano di accurata riflessione quando l'avvocato sia chiamato dal cliente a prestare la propria attività professionale in controversie che coinvolgono, a vario titolo, soggetti minorenni. Limitando l'analisi al solo settore civilistico, è sufficiente fare riferimento a tutti i procedimenti davanti al tribunale per i minorenni: ad es. di opposizione allo stato di adottabilità di un minore, da parte dei genitori o dei parenti che con lui abbiano intrattenuto rapporti significativi (in attesa che entri in vigore la riforma processuale introdotta con la novella alla disciplina sull'adozione ex l. 149/2001, in base al quale è obbligatoria, sin dall'inizio del

procedimento di adottabilità, l'assistenza legale di quei soggetti privati, oltre che del minore medesimo), ovvero di decadenza o limitazione della potestà genitoriale (ex artt. 330 e 333 c.c.). In tutti questi casi l'interesse del cliente può porsi in situazione di conflitto con quello del minore (il quale è attualmente rappresentato da un curatore nel procedimento di opposizione allo stato di adottabilità ex art. 17 l. 184/1983, mentre - pur essendo parte processuale nei procedimenti *de potestate* - risulta ancora privo di difensore nell'attesa che sia disciplinata per legge la figura professionale del suo difensore).

Per quanto riguarda invece le controversie davanti al Tribunale ordinario occorre avere riguardo (non fosse altro che dal punto di vista statistico, in quanto assai frequenti nella pratica) ai giudizi di separazione e divorzio con prole minorenni (e considerazioni analoghe possono ripetersi anche per i procedimenti di affidamento dei figli naturali, ex art. 317 bis c.c. di competenza del giudice minorile, quando la convivenza tra i genitori sia cessata o addirittura non sia mai stata instaurata). Come è noto, la separazione ed il divorzio possono definirsi con un accordo tra i genitori, che comprende tra l'altro l'affidamento dei figli minorenni (o il loro collocamento in caso di affido congiunto) ed il regime di visita, a favore del genitore non affidatario (o non collocatario) oltre che il contributo economico al loro mantenimento: si parla così separazione consensuale o di divorzio congiunto. Assai sovente le decisioni riguardo ai figli sono frutto di un accordo consapevole raggiunto tra i coniugi (per lo più tramite legale) nell'interesse dei figli stessi; non è da escludere peraltro che talora tali decisioni possano rappresentare un compromesso tra le parti, se non "una merce di scambio" all'interno di un assetto più generale che vede coinvolte situazioni di carattere prettamente patrimoniale (es. corresponsione di un assegno al coniuge o all'ex coniuge, assegnazione della casa familiare, transazioni ed accordi di altro tipo tra le parti). Il Tribunale potrà rifiutare l'omologa di un accordo di separazione consensuale (ovvero il recepimento con sentenza dell'istanza per divorzio congiunto) solo quando lo ritenga in contrasto con i figli minori. Il Tribunale, dunque non valuta né potrebbe farlo, la rispondenza delle pattuizioni a quell'interesse, lasciato pertanto in ultima analisi alla sensibilità delle parti (e di chi le difende).

La situazione ben può essere più complessa e problematica in presenza di procedimenti contenziosi di separazione e divorzio, con figli minori. Sovente (e non è ipotesi rara) è proprio sull'affidamento dei figli (ma pure sul loro collocamento) che si manifesta e si sviluppa la conflittualità tra i coniugi. Detta conflittualità talora è determinata dal soggettivo convincimento di ciascuno dei coniugi di essere il genitore più idoneo a prendersi cura, in misura prevalente, dell'educazione, del mantenimento e dell'istruzione del figlio, ma non mancano casi in cui la domanda di affidamento (o di collocamento) è funzionale a ragioni del tutto strumentali, che poco o nulla hanno a che vedere con l'effettivo benessere del figlio: così si può chiedere l'affidamento per ripicca nei confronti dell'altro coniuge, ovvero per utilizzare tale richiesta in previsione di un'eventuale trattativa per una definizione concordata, ovvero per gli indubbi benefici che l'affidamento porta con sé (in primis l'assegnazione della casa coniugale, di regola vista come luogo in cui la prole minorenni dovrà continuare a risiedere). Può accadere così che il minore divenga purtroppo oggetto di un conflitto tra adulti, da loro coltivato più o meno in buona fede, senza che quegli possa far valere in giudizio il suo diritto alla migliore soluzione di affidamento. Ciò in quanto il procedimento di separazione o divorzio vede come parti i coniugi, senza che il minore possa rivestire tale qualifica (e quindi assumere posizione attiva con la formulazione di proprie domande), e ciò malgrado l'entrata il recepimento nel

nostro ordinamento della Convenzione di Strasburgo sui diritti processuali dei fanciulli. La giurisprudenza di merito in alcune occasioni aveva sollevato questioni di legittimità costituzionale di varie disposizioni processuali, che non consentono la partecipazione diretta del minore, ovviamente per il tramite di un curatore speciale, nelle controversie di separazione o divorzio tra i genitori. La Corte costituzionale ha peraltro respinto tali questioni, con varie motivazioni, non ultima quella di ritenere che l'interesse del minore possa essere adeguatamente salvaguardato dall'intervento obbligatorio del pubblico ministero (di fatto, peraltro, non idoneo all'assolvimento di tale delicata funzione, che richiederebbe una valutazione specifica ed approfondita di ogni singolo minore).

Dalle considerazioni sopra esposte consegue che l'avvocato, officiato di una separazione o di un divorzio, può anche trovarsi di fronte a richieste strumentali o poco appropriate per il figlio minore, che vengono avanzate dal cliente. Se ci si dovesse limitare ai principi generali, l'avvocato - tenuto all'osservanza del vincolo del mandato professionale - dovrebbe necessariamente sostenere quelle domande, anche a costo di andare contro l'interesse del minore. Purtroppo è questo l'atteggiamento con cui sovente alcuni professionisti (magari avvezzi a trattare per lo più cause in altri settori o branche del diritto) affrontano i procedimenti di separazione o divorzio, senza nemmeno consapevolmente rendersi conto del pregiudizio che può essere recato al minore, almeno sotto il profilo potenziale, perché si spera che il raggiungimento dei suoi interessi sia comunque garantito dalla pronuncia del giudice. Ecco allora che al professionista esperto nelle cause di separazione e divorzio deve e può chiedersi qualcosa di più: l'avvocato, pur nel rispetto del vincolo del mandato ricevuto, deve interagire con il cliente, facendogli comprendere, ove possibile, che certe soluzioni non sono praticabili per i figli e portandolo così a riflettere su certe scelte e, ove del caso, anche a rivedere le sue posizioni. L'avvocato non deve comunque fomentare il contenzioso, ma optare (e si tratta di compito spesso assai difficile) per attenuare il conflitto tra le parti (e ciò anche quando non vi siano figli minori) in modo da cercare, nei limiti del possibile, di pervenire ad una definizione consensuale della crisi coniugale, nel rispetto della posizione dei figli minori. In tale contesto ben potrebbe essere utile per i coniugi in crisi contare sull'apporto di altri professionisti (es. psicologi), scelti anche di comune accordo (tipico è il caso del mediatore familiare). L'avvocato (che di regola non dispone di particolari competenze in settori diversi da quello giuridico) dovrebbe allora proporre al cliente (specie nelle situazioni più difficili) di rivolgersi a tali figure professionali, per averne anche preziose indicazioni. Come è noto, è estremamente importante che i coniugi in crisi riprendano a parlarsi e a confrontarsi reciprocamente con lealtà, non solo in vista della formalizzazione della separazione (o del divorzio), ma pure per il periodo successivo, in cui si dovrà dare esecuzione alla decisione del Giudice.

Potrebbe anche verificarsi il caso in cui un cliente sia particolarmente refrattario alla discussione e concepisca il procedimento di separazione e divorzio come uno strumento per "fare guerra" al coniuge, senza minimamente pensare alle ripercussioni che certi atteggiamenti e certe scelte potrebbero avere sull'equilibrio psico-fisico dei figli. In questo caso un avvocato attento e scrupoloso dovrebbe valutare l'opportunità di dismettere il mandato, e ciò anche a costo di "perdere" un cliente, piuttosto che assumere una determinata posizione processuale, che non si condivide.

A monte di tutto quanto sopra esposto, vi è evidentemente il problema della formazione dell'avvocato della famiglia e del suo continuo aggiornamento con il fattivo confronto anche con saperi diversi da quello giuridico. Sono così sorte varie associazioni

tra professionisti della materia, che sono molto attente proprio all'aspetto della formazione e che all'uopo organizzano incontri e seminari di studio, anche con la presenza di tutte le altre figure coinvolte a vario titolo nella gestione della crisi coniugale (magistrati, operatori di servizi, consulenti, ecc.). La partecipazione è sempre stimolante perché è proprio dal confronto che può nascere e svilupparsi una specifica cultura dell'avvocato della famiglia.

Avv. Alberto Figone

La Psicologia del Traffico: Una breve descrizione.

Pubblichiamo un articolo, fattoci pervenire dal Presidente dell'Ordine di Bolzano, nonché rappresentante italiano della Task force Traffic Psychology EFPA

In Europa la Psicologia del traffico è un ambito classico della psicologia, accanto alla psicologia clinica e alla psicologia del lavoro. In Italia, invece, è pressoché sconosciuta e spesso, purtroppo, confusa con una riduttiva (e poco utile) valutazione testistica.

Si tratta di una disciplina molto importante e che potrebbe dare lavoro a diverse centinaia di Psicologi in Italia. Presso l'Azienda Sanitaria di Bolzano già nel 1997 è stato istituito un Servizio specializzato in Psicologia del Traffico. Attualmente fa parte del Servizio di Medicina legale e vi lavorano tre psicologi con una formazione specifica in psicologia del traffico.

I principali ambiti della psicologia del traffico sono:

- Attività diagnostica (valutazione dell'idoneità alla guida) in tutti gli ambiti del trasporto
- Driver Improvement, riabilitazione e terapia
- Educazione stradale. Campagne di prevenzione e di sensibilizzazione
- Sviluppo di altri interventi (nell'ambito della sicurezza stradale, della mobilità ecc.)
- Collaborazione nello sviluppo delle leggi
- Formazione di esperti del traffico (appartenenti ad altre discipline: medici, ingegneri.
- Programmi "train the trainer" (per polizia, scuole guida ecc.)
- Ergonomia e sistemi di assistenza alla guida
- Insegnamento presso l'università. Valutazione dell'efficacia degli interventi effettuati
- Perizie (per es., dopo incidenti)

La valutazione psicologica dell'idoneità alla guida. E' una delle attività più conosciute e ha lo scopo di individuare le persone non idonee per escluderle dalla circolazione stradale. Essa può essere richiesta nel caso di guida in stato di ebbrezza o sotto l'influsso di sostanze stupefacenti. Può essere richiesta a persone che hanno commesso frequenti e gravi infrazioni, a persone con disturbi psichiatrici, disturbi neurologici o particolarmente anziane e ai conducenti professionisti. Le valutazioni dell'idoneità alla guida dovrebbero avvenire solo in strutture specializzate per questo tipo di attività, come accade in Germania e Austria.

Gli strumenti utilizzati, in questo ambito, sono il colloquio diagnostico, i test di personalità, i test per la valutazione delle funzioni cognitive e psicomotorie rilevanti per la guida ed eventualmente la prova di guida standardizzata e realizzata come test psicologico.

Molto importante è la formazione degli psicologi del traffico in questo ambito. L'esperienza europea ha mostrato che è necessaria una formazione specifica in questo ambito. L'Austria richiede, per esempio, una formazione della durata di 1600 ore dopo la laurea quinquennale. Anche la Germania prevede una formazione simile. Le formazioni più efficaci avvengono sul posto di lavoro e in strutture specializzate. I master, come proposti in Italia, invece sono poco adeguati.

In diversi Stati europei sono previsti (disciplinati in modo rigoroso dalla legge) specifici programmi terapeutico - riabilitativi volti a „reintegrare” nella circolazione stradale i conducenti che hanno commesso gravi infrazioni.

Il Driver Improvement consiste in misure terapeutico - riabilitative rivolte a persone che hanno commesso gravi infrazioni (per es., guida in stato di ebbrezza) con lo scopo di modificare in modo adeguato e stabile il loro comportamento alla guida e permettere loro di riottenere la patente di guida. Dall'analisi della letteratura risulta che questi interventi terapeutico - riabilitativi riducono il rischio di recidive di circa il 50%. Anche per questo tipo di attività serve una formazioni specifica.

Max Dorfer

Bibliografia: Max Dorfer (2004) Psicologia del Traffico. Analisi e trattamento del comportamento alla guida. McGraw-Hill, Milano.

Dalla segreteria

A gennaio 2005 verrà inviato per posta, insieme alla prossima circolare dell'Ordine, un questionario per la valutazione della newsletter e del sito. Il questionario sarà per noi uno strumento utile per migliorare il servizio.

Vi preghiamo di restituirlo via posta o via fax al 010 541228, oppure di contattare la segreteria che ve lo invierà per via telematica.

Inoltre vi chiediamo di comunicare l'indirizzo mail dove desiderate ricevere le informazioni e la NL.

La segreteria comunica che la sede rimarrà chiusa il 24 dicembre e dal 31 dicembre al gennaio 2005.

Bacheca

Il 22 gennaio il **RUOLO TERAPEUTICO di Genova** organizza **Sabato 22 gennaio 2005**, con la collaborazione dell'Ordine degli Psicologi della Liguria, la GIORNATA di STUDIO **“La supervisione psicoanalitica: lo stato dell'arte”**. Interverranno **SERGIO ERBA** e **PIERFRANCESCO GALLI**

Programma

Mattina: ore10 Relazione Sergio Erba

ore 11,30 intervallo
ore 12 dibattito
ore 13 conclusione

Pomeriggio : ore 14,30 Relazione Pierfrancesco Galli
ore 16 intervallo
ore 16,30 dibattito
ore 17,30 conclusione

INFORMAZIONI ed ISCRIZIONI: il numero dei partecipanti è limitato a **50** ed è **necessario prenotarsi entro il 10 gennaio 2005.**

Quota di iscrizione € 40 - Iva compresa, €20 per gli allievi delle Scuole de Il Ruolo Terapeutico di Genova e Milano

Sede : *Ordine degli Psicologi della Liguria* Via Venti Settembre 37/5 4° piano

Segreteria: Dott.ssa Rita Sciorato tel. **3396449262**- Dott. Paolo Chiappero tel.010419377 mail:sciorato.rossi@libero.it

Il **29 Gennaio 2005, alle ore 17.30**, si terrà presso la sede dell'Ordine la presentazione del libro del **Prof. Speciale Bagliacca** intitolato "Ubi major. Il tempo e la cura delle lacerazioni del Sé" (Edizioni Astrolabio). Introdurrà **il Prof. Borgogno**

Questo è il 1°annuncio del **2° Convegno Europeo Di Psicoterapia Breve Strategica E Sistemica I Modelli Europei Della Terapia Breve Strategica e Sistemica** "La migliore formazione per la migliore pratica della psicoterapia" che si terrà il **9 - 10 - 11 - 12 - 13 Novembre 2005 ad Arezzo**

Il 2° appuntamento vuole essere un momento di dettagliato approfondimento delle più evolute tecniche terapeutiche. Pertanto, il congresso sarà suddiviso in simposi e workshop, che vedranno la presentazione approfondita di quei metodi di intervento risultati essere più efficaci ed efficienti da parte dei loro massimi esperti o creatori.

Ogni giornata avrà una macro tematica: **9 Novembre 2005 - 1° giorno: la tecnica, 10 Novembre 2005 - 2° giorno: il linguaggio, 11 Novembre 2005 - 3° giorno: la relazione.**

All'interno di queste macro tematiche, verranno presentate specifiche modalità di intervento per le differenti forme di patologia e per le diverse tipologie di paziente. Così come saranno esposti i criteri per valutare quando, ai fini terapeutici, è più importante enfatizzare l'uno o l'altro delle tre componenti nell'interazione tra terapeuta e paziente.

12 Novembre 2005 - 4° giorno sarà dedicato alle **comunicazioni**;

13 Novembre 2005 - il 5° giorno sarà organizzato a **workshop paralleli**;

i colleghi interessati a proporre un workshop sono invitati a mandare un dettagliato programma ed un abstract di almeno 5 pagine.

tel.0575 3354856 – 350240 fax 0039 0575 350277 www.centroditerapiastrategica.org

Il Termine ultimo per le proposte è: **10 ottobre 2005.**

Newsletter

Redazione

Marco Arscone

Carola Falco

Daniela Ratti

Direttore responsabile

Silvia Olivotto

redazione@ordinepsicologiliguria.it

Autorizzazione del Tribunale di Genova n. 13 del 7 marzo 2001

Dato alle stampe 0 dicembre 2004

Ordine degli Psicologi della Liguria

Via XX Settembre 37/5

16121 Genova

tel. 010 541225

Fax 010 541228