



Modulo di
Psicologia Sociale

Prof. Antonio Nocera

*Insegnamento Fondamenti psicologici e sociali della vita
individuale e di relazione*

Corso di Laurea in Tecnica della Riabilitazione Psichiatrica
A.A. 2019/2020

Medicina e Chirurgia

Che differenza c'è tra psicologo, psicoterapeuta, psicoanalista, psichiatra?

Lo **Psicologo** è il laureato in Psicologia che ha svolto un tirocinio di un anno e ha superato l'Esame di Stato che consente l'iscrizione all'Ordine degli Psicologi (*Albo sezione A*) e l'accesso alla professione. Se non ha l'iscrizione all'Albo, è un laureato che può fare altre cose, ma non è abilitato ad esercitare la professione di psicologo.

Lo Psicologo fornisce un aiuto non farmacologico, basato su **colloqui di consulenza, valutazione diagnostica, sostegno e riabilitazione**. Gli interventi che può fare lo Psicologo non devono configurarsi come terapia, poiché essa richiede il titolo di Psicoterapeuta.

Lo **Psicoterapeuta** può essere sia un Medico che uno Psicologo che dopo la laurea ha frequentato una Scuola di Specializzazione quadriennale, riconosciuta dallo Stato, e si è iscritto all'Elenco degli Psicoterapeuti del proprio Ordine. La psicoterapia utilizza come strumenti **la relazione, l'ascolto e la parola** e permette di intervenire sui disagi della persona utilizzando tecniche che variano a seconda della teoria di riferimento. Ci sono moltissime scuole di psicoterapia, ognuna delle quali ha un suo orientamento teorico e tecnico. Questo vuol dire che i terapeuti possono lavorare in modi anche molto differenti fra loro.

Lo Psicoterapeuta può intervenire su **disturbi psichici** anche intensi e cronici, può trattare i **disturbi della personalità**, eventuali **traumi psicologici** e intervenire per la **rimozione degli ostacoli** che impediscono la normale espressione della maturità psicologica, sbloccando la crescita dell'individuo.

Si possono quindi rivolgere allo Psicoterapeuta persone che soffrono, per esempio, di invalidanti disturbi d'ansia, dell'umore, dell'alimentazione, sessuali etc.

Il termine **Psicoanalista** inizialmente definiva chi seguiva il pensiero freudiano, ma da Freud in poi sono nate **moltissime correnti psicoanalitiche**. Le scuole di psicoterapia che si ispirano alla psicoanalisi insegnano a praticare la cosiddetta "psicoterapia psicoanalitica", ed il termine ha finito per indicare chiunque, nella sua attività, si ispiri ai concetti di base della psicoanalisi (freudiana o meno). La psicoanalisi è sia una **teoria sul funzionamento della mente** sia un **modo specifico di intervento** sui disagi interiori.

Lo **Psichiatra** è un laureato in Medicina che ha intrapreso successivamente la specializzazione in Psichiatria. Egli ha una formazione di base prevalentemente medico-farmacologica e non è Psicologo né Psicoterapeuta, a meno che non abbia conseguito i relativi titoli. Cura i disturbi psichici e le malattie mentali utilizzando la **terapia farmacologica**. Può accadere che lo Psicologo Psicoterapeuta e lo Psichiatra collaborino per aiutare un paziente ad uscire da una situazione di sofferenza particolarmente intensa o per il trattamento di disturbi psichiatrici.

Modulo di
Psicologia Sociale



Una definizione di **Psicologia Sociale**

*La psicologia sociale è lo studio scientifico degli effetti dei **processi sociali e cognitivi** sul modo in cui gli individui percepiscono gli altri, li influenzano e si pongono in relazione con loro.*



LA **PSICOLOGIA SOCIALE** per Tecnici della **RIABILITAZIONE** **PSICHIATRICA**

Alcuni concetti

- L'**identità**, nei suoi componenti di concetto di sé e di autostima e come essa determina la percezione e la mobilitazione di risorse da parte del paziente
- La **comunicazione**, sia quella con il paziente che quella con i familiari o nell'equipe
- Le **dinamiche relazionali e di gruppo**: le vedremo prevalentemente in un'ottica di dinamiche familiari e di lavoro in equipe

Cosa faremo oggi?

- **Lavoreremo sui principi della riabilitazione psichiatrica**
- **Illustrerò il corso**
 - ✓ *Obiettivi del corso*
 - ✓ *Programma del corso*
 - ✓ *Metodi*
 - ✓ *Testi*
- **Descriverò le modalità dell'esame**
- **Risponderò alle vostre domande e a i dubbi**



***Come descrivereste la vostra futura
professione?***

***Quali sono le principali finalità del
lavoro di un TERP?***



**La riabilitazione psichiatrica
consiste nell'aiutare i malati a
recuperare delle abilità,
compromesse da un incidente,
una malattia, una lunga degenza.**

**La ri-abilitazione psichiatrica
consiste nell'aiutare i malati a
recuperare delle abilità,
compromesse da un incidente,
una malattia, una lunga degenza
o non ancora raggiunte.**

Quale diagnosi per voi?



Asse abilità-disabilità

VS

asse salute-malattia

*La prospettiva di fondo è di tipo
FUNZIONALE e non clinica*

Il Terp è un professionista sanitario che collabora con un'équipe nell'individuazione dei principali bisogni del paziente psichiatrico, disponendo di un bagaglio formativo che gli consente di riconoscere quali siano le aree di funzionamento del soggetto su cui è opportuno e prioritario incentrare l'intervento riabilitativo, cercando in tal modo di recuperare le abilità deteriorate in seguito all'insorgere della malattia o, in alcuni casi, mai possedute.

Il contributo principale di questa figura è quello di portare all'interno di un'équipe multidisciplinare un'ottica riabilitativa che tiene conto dei punti di forza della persona e cerca di rafforzare la parte funzionale e sana del paziente piuttosto che porre l'accento sulla patologia e la disabilità.

Il tecnico aiuta il paziente ad avere cura di sé, a occuparsi degli aspetti della vita quotidiana per vivere nel modo più autonomo possibile.

L'obiettivo è lo sviluppo o il miglioramento della capacità di relazionarsi con gli altri e di essere efficiente nei compiti della vita.

**Il TERP supporta anche le famiglia dei malati
e l'ambiente sociale che li circonda per
promuovere lo sviluppo delle relazioni di rete
e facilitare la gestione delle situazioni
patologiche.**

**Molto importante infine è la funzione di
inserimento o reinserimento del paziente
nella società, evitando il ricorso a strutture di
internamento o isolamento*.**

L'anticipazione terapeutica
VS
pratiche assistenziali routinarie
(cronicizzate)

Il nucleo fondante dell'attività di un **TECNICO DELLA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA** è **l'AGIRE CON** il paziente favorendone **l'autonomia**, **evitando di agire per il paziente**, ovvero sostituendosi ad esso e considerandolo incapace di raggiungere obiettivi personali semplici o complessi.

Il Terp può completare la propria formazione mediante appositi percorsi post-laurea che forniscono competenze più specifiche sulla conduzione di gruppi e particolari attività riabilitative (*arte-terapia, musicoterapia, danza-movimento terapia, pet-therapy, psicomotricità, etc*).

Il lavoro è quello di creare dei PROGETTI RIABILITATIVI INDIVIDUALIZZATI per pazienti psichiatrici specialmente in fase cronica e subacuta.

Lavora in ambito ospedaliero, domiciliare e in tutte le strutture territoriali per il disagio mentale (*centri di salute mentale, centri diurni, comunità terapeutiche riabilitative, laboratori protetti*). La riabilitazione psichiatrica è l'unico servizio per la salute mentale, che pone specificatamente **l'accento sul miglioramento della performance e si basa su un modello concettuale, nel quale sono riconosciute le conseguenze negative di una malattia mentale grave in termini di menomazione, disfunzione, disabilità e svantaggio.**

L'approccio riabilitativo, dando ampio risalto al trattamento delle conseguenze della malattia piuttosto che alla malattia di per sé, ha contribuito a far meglio comprendere agli operatori del settore l'impatto che un disturbo mentale grave ha sulla totalità della persona.

La RIABILITAZIONE PSICHIATRICA può essere definita come l'insieme di tecniche e di interventi utili a diminuire gli effetti della cronicizzazione del disagio psichico e a promuovere attivamente il reinserimento della persona nel contesto sociale e lavorativo di riferimento.

Cosa sapete di diagnosi e di disturbi mentali?

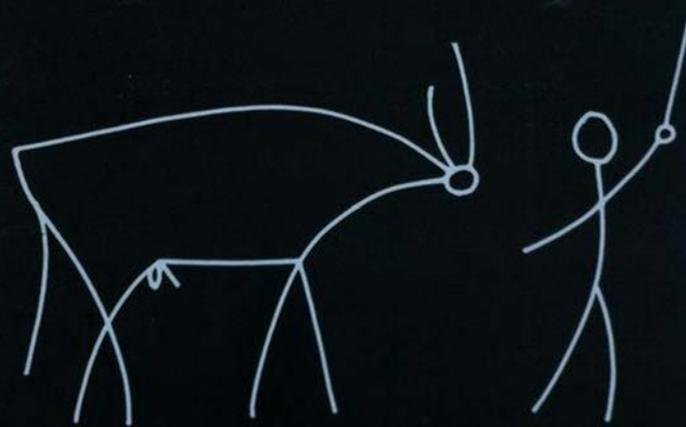


SCIENCE

19 January 1973

Vol. 179, No. 4070

AMERICAN ASSOCIATION FOR THE ADVANCEMENT OF SCIENCE



Una provocazione su cui riflettere: l'esperimento Rosenhan

L'**esperimento Rosenhan** fu un famoso esperimento sulla validità della diagnosi psichiatrica, diretto dallo psicologo David Rosenhan nel 1973. Fu pubblicato sul giornale *Science* con il titolo "*Sull'esser sani in luoghi folli*".

Lo studio è considerato una critica importante e influente delle diagnosi psichiatriche.

Lo studio di Rosenhan si svolse in due fasi.

La prima fase coinvolse collaboratori sani o "*pseudopazienti*" (*tre donne e cinque uomini*) che simularono brevemente allucinazioni uditive nel tentativo di ottenere il ricovero in 12 diversi ospedali psichiatrici di cinque diversi stati in varie località degli Stati Uniti d'America. Furono tutti quanti ricoverati e vennero loro diagnosticati dei disturbi psichici. Dopo il ricovero gli pseudopazienti tornarono a comportarsi normalmente e dissero agli operatori che si sentivano bene e che non percepivano più allucinazioni. Tutti furono costretti ad ammettere di avere una malattia mentale e accettare di prendere farmaci antipsicotici come condizione del loro rilascio. Il tempo medio che gli utenti trascorsero negli ospedali fu di 19 giorni. A tutti tranne uno fu diagnosticata schizofrenia "*in remissione*" prima del loro rilascio.

La seconda parte del suo studio riguardò un ospedale, tra quelli precedentemente coinvolti, che sfidava Rosenhan a inviare alla struttura alcuni pseudopazienti, che dovevano essere riconosciuti dagli operatori. Nelle settimane seguenti, su 193 nuovi pazienti dell'ospedale, gli operatori identificarono 41 pseudopazienti potenziali, con 19 di questi che ricevettero i sospetti di almeno uno psichiatra e un altro membro dello staff degli operatori. In realtà Rosenhan non aveva mandato all'ospedale nessuno pseudopaziente.

Lo studio concluse *"È chiaro che non possiamo distinguere i sani dai pazzi negli ospedali psichiatrici"* e mostrava inoltre il pericolo della disumanizzazione e dell'etichettamento nelle istituzioni psichiatriche. Suggerì che l'uso di strutture comunitarie di salute mentale focalizzate su problemi e comportamenti specifici piuttosto che su etichette psichiatriche poteva essere una soluzione e formulò raccomandazioni agli operatori in campo psichiatrico affinché fossero più coscienti della psicologia sociale delle loro strutture.

L'esperimento degli pseudopazienti

Lo stesso Rosenhan e sette collaboratori mentalmente sani, chiamati pseudopazienti, tentarono di ottenere il ricovero ad ospedali psichiatrici telefonando per un appuntamento e simulando allucinazioni uditive. Il personale dell'ospedale non venne informato dell'esperimento. Gli pseudopazienti comprendevano uno studente ventenne diplomato in psicologia, tre psicologi, un pediatra, uno psichiatra, un pittore e una casalinga. Nessuno aveva precedenti di malattie mentali. Gli pseudopazienti usarono pseudonimi, e a quelli che lavoravano nel campo della salute mentale furono assegnati dei lavori falsi in altri settori per evitare di far scaturire qualunque tipo di trattamento o controllo speciale. Al di là dei nomi e dettagli sull'occupazione falsi, tutti gli altri dettagli biografici furono riferiti sinceramente.

Durante l'accertamento psichiatrico iniziale, affermarono di sentire voci dello stesso sesso del paziente che erano spesso non chiare, ma che sembravano pronunciare le parole "vuoto", "cavo", "tonfo" e nient'altro. Queste parole erano scelte perché suggerivano vagamente una sorta di crisi esistenziale e per la mancanza di ogni letteratura pubblicata che le riferisse a sintomi psicotici. Non fu dichiarato nessun altro sintomo psichiatrico. Se ricoverati, gli pseudopazienti avevano istruzioni di "agire normalmente", riferendo che si sentivano bene e che non sentivano più le voci. Le documentazioni dell'ospedale ottenute dopo l'esperimento indicano che tutti gli pseudopazienti furono descritti dagli operatori come amichevoli e collaborativi.

Tutti furono ricoverati, in 12 diversi ospedali psichiatrici degli Stati Uniti d'America, che comprendevano ospedali pubblici malridotti e sottofinanziati in aree rurali, ospedali cittadini condotti da università con eccellenti reputazioni e un costoso ospedale privato. Benché si fossero presentati con sintomi identici, a 7 fu diagnosticata la schizofrenia agli ospedali pubblici, e uno la psicosi maniaco-depressiva, una diagnosi più ottimistica con migliori esiti clinici, all'ospedale privato. La loro permanenza variò da 7 a 52 giorni, con una media di 19 giorni. Tutti furono dimessi con una diagnosi di schizofrenia "in remissione", che Rosenhan considera come una prova del fatto che la malattia mentale, piuttosto che come malattia curabile, è vista come una condizione irreversibile che crea uno stigma lungo la vita.

Nonostante prendessero costantemente e manifestamente appunti sul comportamento degli operatori e degli altri pazienti, nessuno degli pseudopazienti fu riconosciuto come impostore dagli operatori degli ospedali, benché molti degli altri pazienti psichiatrici sembrassero in grado di farlo. Nelle prime tre ospedalizzazioni, 35 pazienti su un totale di 118 espressero il sospetto che gli pseudopazienti fossero sani, con alcuni che suggerivano che quei pazienti fossero ricercatori o giornalisti che investigavano l'ospedale.

Annotazioni degli ospedali indicano che gli operatori interpretavano molti dei comportamenti degli pseudopazienti in termini di malattia mentale. Ad esempio, un infermiere etichettò il prendere nota di uno degli pseudopazienti come "*comportamento scrivente*" e lo considerò patologico. Le normali biografie dei pazienti furono rimaneggiate secondo le linee di ciò che ci si aspettava per gli schizofrenici in base alle teorie allora dominanti sulla eziologia della malattia.

Agli pseudopazienti era stato richiesto di uscire dagli ospedali da soli ottenendo che gli ospedali li dimettessero, anche se un avvocato fu assunto per essere chiamato in caso di emergenza quando fu chiaro che gli pseudopazienti non sarebbero mai stati dimessi a breve. Una volta ricoverati e attribuita una diagnosi, gli pseudopazienti non poterono essere dimessi finché non ammisero agli psichiatri che erano malati mentali e iniziarono a fingere di prendere farmaci antipsicotici, che invece gettavano nella toilette. Nessun operatore si accorse che gli pseudopazienti gettavano via i farmaci e non riferirono di pazienti che lo stavano facendo.

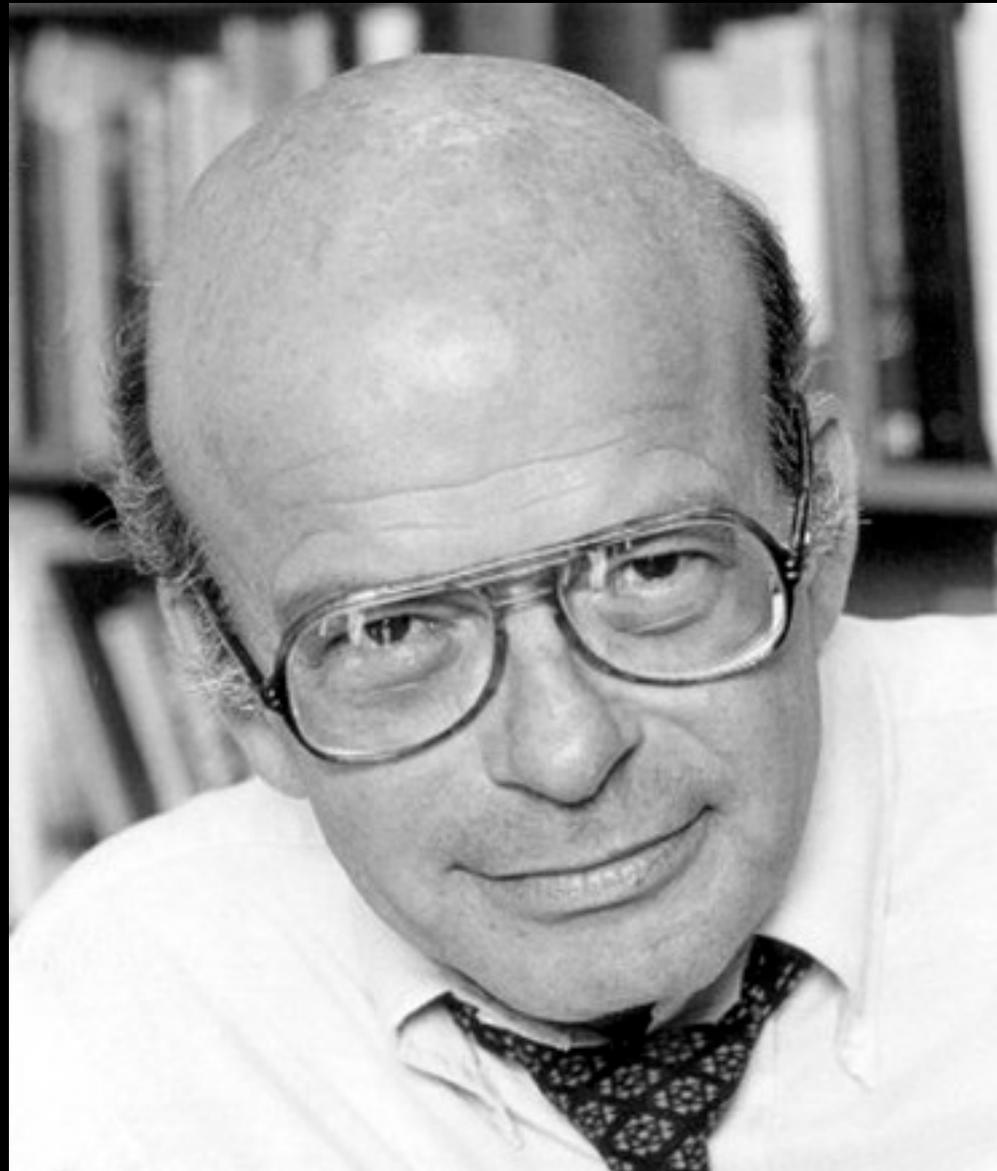
Rosenhan e gli altri pseudopazienti riferirono uno schiacciante senso di disumanizzazione, grave invasione della privacy e noia mentre erano ospedalizzati. I beni di loro proprietà erano ispezionati in modo casuale, e a volte li si guardava mentre usavano la toilette. Riferirono che gli operatori, benché sembrassero ben intenzionati, oggettificavano e disumanizzavano i pazienti, spesso ne discutevano nel dettaglio in loro presenza come se non fossero lì, e evitando l'interazione diretta con i pazienti tranne quando strettamente necessario per svolgere i loro compiti ufficiali. Alcuni membri del personale erano inclini ad abusi su pazienti, verbali e fisici, quando gli altri operatori non erano presenti. Di un gruppo di pazienti annoiati che aspettavano fuori dalla mensa presto per il pranzo fu detto da un medico ai suoi studenti di stare sperimentando sintomi psichiatrici di "avidità di parlare". I contatti con i medici erano in media di 6,8 minuti al giorno.

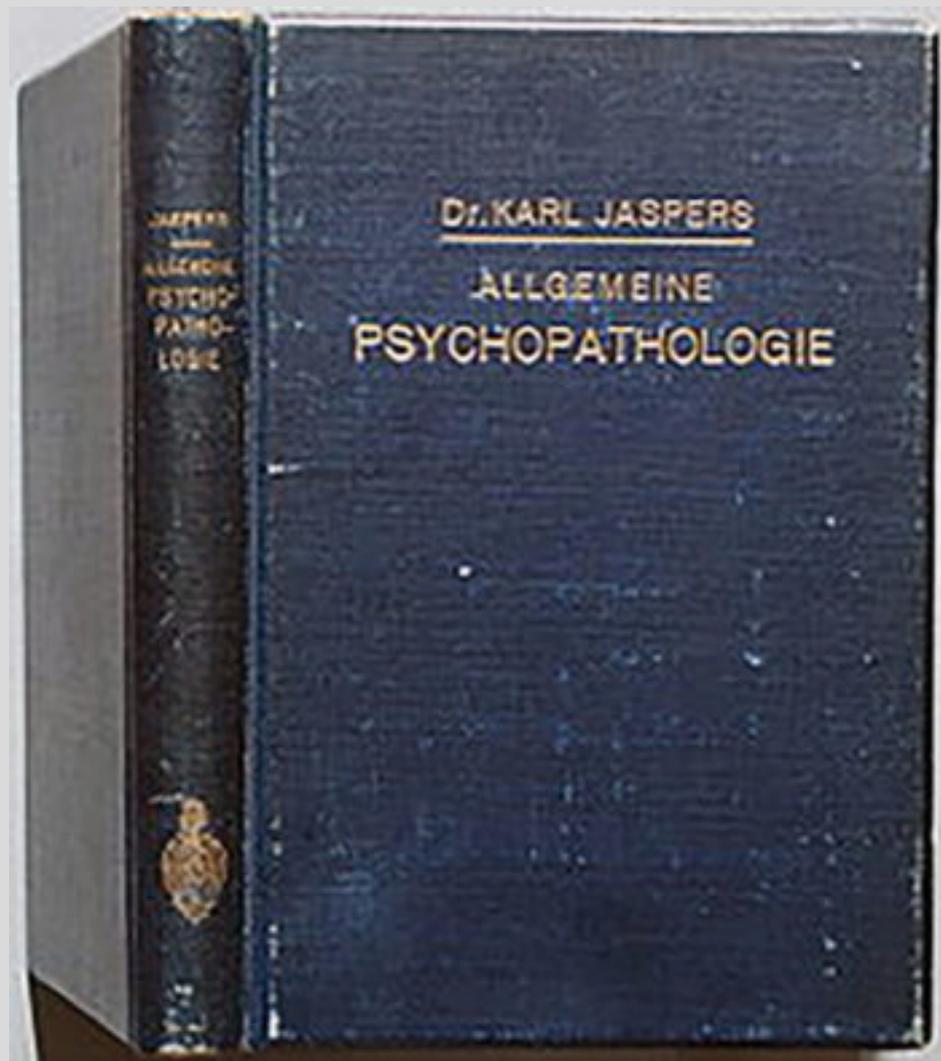
L'esperimento degli impostori inesistenti

Per questo esperimento, Rosenhan utilizzò un ben noto ospedale di ricerca e insegnamento, i cui operatori avevano sentito i risultati dello studio iniziale ma affermavano che presso il loro istituto errori simili non potevano accadere. Rosenhan si accordò con loro che durante un periodo di tre mesi uno o più pseudopazienti avrebbe tentato di ottenere il ricovero, mentre gli operatori avrebbero valutato ogni paziente in arrivo riguardo alla probabilità che fosse un impostore.

Su 193 pazienti, 41 furono considerati impostori e altri 42 sospetti. In realtà, Rosenhan non aveva mandato alcuno pseudopaziente e tutti i pazienti sospettati come impostori dagli operatori dell'ospedale erano pazienti qualunque. Ciò portò alla conclusione che *"ogni processo diagnostico che si presta troppo facilmente a grossi errori di questo tipo non può essere molto attendibile"*. Studi da parte di altri trovarono in modo simile risultati di diagnosi problematiche.

L'esperimento *"accelerò il movimento per riformare gli istituti mentali e per deistituzionalizzare quanti più pazienti possibile"*.





JASPERS
ALLGEMEINE
PSYCHOPATHOLOGIE

Dr. KARL JASPERS
ALLGEMEINE
PSYCHOPATHOLOGIE

Obiettivo del corso:

L'obiettivo è presentare in modo concettualmente e tematicamente **integrato** il comportamento sociale e la scienza che lo studia.

Lo scopo è darvi la possibilità di comprendere la **Psicologia Sociale** e di trarre conoscenze applicabili alla vita quotidiana e al futuro lavoro di tecnici di riabilitazione psichiatrici.



Tre categorie di argomenti per la nostra disciplina

- *La percezione sociale*
- *L'influenza sociale*
- *Le relazioni sociali*



Alcuni contenuti principali

- *L'IDENTITÀ: CONCETTO DI SÉ E AUTOSTIMA*
- *IL LOCUS OF CONTROL*
- *IL PREGIUDIZIO ED IL CONFORMISMO*
- *LA COMUNICAZIONE INTERPERSONALE*
- *LE DINAMICHE NEL GRUPPO*
- *LA GENITORIALITÀ*



Psicologia Sociale

2 Crediti Formativi Universitari
(50 ore di lavoro-studio)

20 ore di didattica frontale



Modalità dell'esame

L'esame prevede una **prova scritta** con alcune **domande specifiche, un tema aperto ed un'esercitazione** o la stesura di un **progetto**; sarà inoltre possibile richiedere un'**integrazione orale**.



Informazioni utili

Riferimenti del Docente

tel: **347.96.82.488**

antonio.nocera@univr.it

Ricevimento Studenti

Dopo ogni lezione o su appuntamento

