

# PROFESSIONE ASSISTENTE SOCIALE



Editore: Ordine Regionale degli Assistenti Sociali del Trentino Alto Adige - Registrazione Tribunale di Trento N. 1095 del 08.08.2001  
Indirizzo Redazionale: V. Mancini 25/8, 38122 Trento, telefono 0461.237644 - direttore resp. Paolo Cavagnoli - e-mail: ordineaastaa@tin.it - Poste Italiane Spa -  
Spedizione in Abbonamento Postale - D.L. 353/2003 (conv. In L. 27/02/2004 n. 46) art. 1, comma 2 DCB Trento - Anno 17, numero 1, marzo 2012 quadrimestrale

La Festa delle donne è da poco trascorsa, per l'occasione abbiamo approfondito il tema della violenza sotto vari aspetti: sia nei confronti delle donne, che dei minori. Abbiamo però voluto anche lanciare un messaggio di emancipazione: si può reagire alla violenza.

Le origini della festa dell'8 Marzo risalgono al lontano 1908, quando, pochi giorni prima di questa data, a New York, le operaie dell'industria tessile Cotton scioperarono per protestare contro le terribili condizioni in cui erano costrette a lavorare. Lo sciopero si protrasse per alcuni giorni, finché l'8 marzo il proprietario Mr. Johnson, bloccò tutte le porte della fabbrica per impedire alle operaie di uscire. Allo stabilimento venne appiccato il fuoco e le 129 operaie prigioniere all'interno morirono arse dalle fiamme. Successivamente questa data venne proposta come giornata di lotta internazionale, a favore delle donne, da Rosa Luxemburg, proprio in ricordo della tragedia.



Tanta strada è stata fatta, ma altrettanta ci aspetta, ce lo dicono chiaramente i dati e le riflessioni che nelle prossime pagine verranno presentate da colleghe che con il loro lavoro quotidiano incontrano donne che hanno avuto la forza e il coraggio di prendere in mano la propria vita.

*Di ciò di cui non si può parlare, bisogna a poco a poco cessare di tacere.  
Christa Wolf, Trama d'infanzia, 1976*

■ per la redazione *Miriam Vanzetta*

## In questo numero:

**Mostra itinerante "testimoni sileziose – stummeZeuginnen"  
– il femminicidio**

– a cura della dott.ssa Sigrid Pisanu e della dott.ssa Petra Fischnaller Pag. 2

**Centro Antiviolenza Casa delle donne –  
Beratungsstelle Frauenhaus**

**La carta dei tuoi diritti – Die Charta deiner rechte** Pag. 4

**Verso la luce... Insieme**

– di Sara Endrizzi, Ass. soc. Pag. 5

**Progetto Luce "Donne che hanno subito abuso  
nell'infanzia e/o adolescenza"**

– di Alessandra Gianotti, Ass. soc. Pag. 6

**Quando un bambino si dona la morte**

– Assistente sociale dott.ssa Sandra Giuliani Pag. 10

**Interprofessionelle Zusammenarbeit in der  
Palliative Care aus der Sicht der Sozialarbeit**

– Walburg Wielander (Spez. Sozialassistentin) Pag. 14

**Il lavoro interprofessionale nelle cure palliative:  
la prospettiva del servizio sociale**

Pag. 17

Il gruppo redazionale è composto da: Elena Giammarco, Zaira Oro, Miriam Vanzetta, Nicola Bosetti, Lisi Grutsch, Giulia Franchi, Sara Endrizzi, Walburg Wielander. Chiuso in redazione nel marzo 2012



# Mostra itinerante

## “testimoni sileziose – stummeZeuginnen” – il femminicidio

■ a cura della dott.ssa Sigrid Pisanu (assistente sociale) e della dott.ssa Petra Fischnaller (pedagogista)  
Associazione “Donne contro la violenza – Frauen gegen Gewalt ONLUS” Merano

L’associazione “Donne contro la violenza – Frauen-gegenGewalt ONLUS” gestisce da quasi vent’anni su incarico della Comunità Comprensoriale del Burgraviato il servizio “Casa delle Donne” di Merano. Il servizio si rivolge a tutte le donne che subiscono violenza fisica, psicologica, economica e/o sessuale e comprende due strutture separate. Il Centro antiviolenza è un luogo aperto al pubblico che offre prima accoglienza e consulenza alle donne vittime di violenza, ma anche a terzi che entrano in contatto con il tema. La Casa delle Donne invece è una struttura abitativa ad indirizzo segreto dove le donne che vivono una situazione di violenza, possono essere accolte con i/le loro figli/e.

Per contrastare la violenza alle donne non basta sostenere le donne stesse. È importante sviluppare una rete di servizi che le sostenga in quanto la violenza tocca diversi e più aspetti della vita della donna e dei suoi figli. Inoltre

è basilare promuovere una cultura senza violenza contro le donne. Pertanto il lavoro di sensibilizzazione viene effettuato a diversi livelli.

Nell’autunno del 2011 l’associazione in collaborazione con il Museo della Donna, il Comune di Merano e la Comunità Comprensoriale ha presentato una mostra dal titolo “Testimoni silenziose-Stumme Zeuginnen” dedicata alle donne vittime di violenza. L’obiettivo della mostra era di portare alla luce, attraverso un impatto forte ma non macabro, il fenomeno del femminicidio in Italia. La mostra itinerante – composta da venti sagome rosse con un’altezza di 1,40 m che rappresentavano una parte delle donne uccise nel 2009 – si basa su una ricerca effettuata dalla Casa delle donne per non subire violenza di Bologna, che ogni anno a partire dal 2006 raccoglie e analizza tutti i casi di donne uccise riportati dalla stampa e riconducibili alla violenza di genere.



La ricerca fa emergere dei dati, che i servizi Casa delle Donne e Centri antiviolenza proclamano da anni e che anche la struttura di Merano rileva regolarmente: la violenza alle donne è un fenomeno trasversale, viene esercitata e subita indipendentemente da età, religione o appartenenza culturale. Le donne subiscono violenza soprattutto da uomini ai quali sono legate affettivamente o con i quali hanno sostenuto una relazione affettiva. Rischiano di subire violenze in particolar modo quando decidono di separarsi dall’uomo violento. E spesso le violenze non vengono denunciate.



<b>NUMERO DONNE UCCISE 2006–2009</b>	2009	119
	2008	112
	2007	107
	2006	101
	<b>TOTALE 2006–2009</b>	<b>439</b>

Come evidenziato dalla tabella, quello dell'uccisione di donne da parte di uomini per motivi di genere è un fenomeno che non diminuisce ma al contrario cresce costantemente ogni anno, tenuto anche presente che il dato che si riporta è sottostimato, poiché si basa solo sui casi che sono stati riportati dalla stampa.

I dati più importanti emersi dall'indagine della "Casa delle Donne per non subire violenza" di Bologna sulle donne uccise nel 2009: innanzitutto le donne che subiscono femminicidio sono in maggioranza italiane (il 70%, 83 in numero assoluto su 119), come sono italiani gli autori delle loro uccisioni (76%, 86 in cifra assoluta).

In un'altissima percentuale di casi la donna è uccisa per mano degli uomini a lei più vicini: il marito nel 36% dei casi, l'amante convivente o partner nel 18% e nel 9% dei casi da ex (mariti, conviventi o amanti), mentre nel 13% dei casi ad ucciderla è un altro parente (padre, fratello, figlio). Un altro dato importante – quello sul luogo in cui i delitti sono principalmente realizzati – conferma che per la donna non sia la strada, diversamente da quanto comunemente si ritiene, il luogo di maggior pericolo, bensì quello che dovrebbe essere il più "sicuro", ossia le mura domestiche: quasi nel 70% dei casi si tratta dell'abitazione della vittima (73 in valori assoluti).

Quanto alle zone dell'Italia in cui si consumano più femminicidi, il 67% sono commessi al centro-nord, mentre il restante 33% al sud e nelle isole. A spiegare questo dato si possono probabilmente indicare ragioni di maggiore autonomia economica e di indipendenza delle donne, che rendono più faticoso l'esercizio del potere di controllo da parte dei partner, determinandone la violenza omicida.

A ciò si collega l'ulteriore aspetto analizzato, ossia la ricorrenza negli episodi di femminicidio di violenze precedenti: nel 2009 risultano solo 29 casi (il 25% del totale) quelli in cui sono state denunciate in precedenza violenze intrafamiliari, ma si deve ricordare che nel nostro paese la percentuale di donne che denuncia la violenza subito dal compagno è drammaticamente bassa: secondo l'indagine effettuata dall'Istat nel 2006, il 93% delle donne che subisce violenza dal partner non la denuncia. Collegandoci a questo dato, e cercando di dare una risposta al tema della sicurezza delle donne, in occasione della mostra è stata organizzata una tavola rotonda dal titolo

“Sicurezza fra le mura domestiche?” alla quale sono intervenuti la dott.ssa Cellucci della Questura di Merano, il Maggiore Massimo Rosati dei Carabinieri Merano, Anna Pramstrahler dell'associazione “Casa delle Donne per non subire violenza” di Bologna, l'avvocato Marcella Pirrone e l'assistente sociale Sigrid Pisanu entrambe dell'associazione “Donne contro la violenza – Frauen gegen Gewalt ONLUS”. Dal confronto è emerso che anche a Merano e dintorni le donne sporgono denuncia con difficoltà, situazione questa che rispecchia l'andamento nazionale e che spinge l'associazione a migliorare la collaborazione con le forze dell'ordine e con la magistratura, per meglio comprendere il fenomeno e i metodi di accoglienza delle donne vittime di violenza.

Il lavoro di sensibilizzazione dell'associazione ha visto nel corso degli anni la creazione di materiale ad hoc utile sia alle donne in situazione di violenza che ai servizi. In particolare ha dato rilievo alla presenza sempre più numerosa di donne straniere sul territorio creando un volantino multilingue (inglese, cinese, arabo, spagnolo e croato) e alla tematica della violenza economica creando un opuscolo dal titolo “Violenza economica – Riflettere e agire” in collaborazione con la giornalista Anita Rossi e l'avvocata Marcella Pirrone. Entrambi sono disponibili presso il centro antiviolenza.



“Donne contro la violenza - Frauen gegen Gewalt - ONLUS”

#### **Beratungsstelle gegen Gewalt an Frauen**

**Freiheitsstr. 184 /A**

**Tel. 0473-222335**

**Fax. 0473-222140**

**Kostenlose Notrufnummer (0-24h) 800-014008**

**info@donnecontroaviolenza.org**

#### **Öffnungszeiten**

<b>Mo</b>	<b>9.00 – 12.00</b>	<b>14.00 – 18.00</b>
<b>Di</b>	<b>/</b>	<b>12.00 – 17.00</b>
<b>Mi</b>	<b>9.00 – 12.00</b>	<b>14.00 – 18.00</b>
<b>Do</b>	<b>/</b>	<b>14.00 – 18.00</b>
<b>Fr</b>	<b>9.00 – 14.00</b>	



*“Donne contro la violenza - Frauen gegen Gewalt - ONLUS”*

### **DIE CHARTA DEINER RECHTE**

- *Du hast das Recht, du selbst zu sein*
- *Du hast das Recht auf Sicherheit*
- *Du hast das Recht auf eigene Freiräume*
- *Du hast das Recht, über alles was Dich betrifft, selbst zu entscheiden*
- *Du hast das Recht, dich weiterzuentwickeln und zu verändern, (das kann auch bedeuten Meinung zu ändern)*
- *Du hast das Recht, nein zu sagen*
- **DU HAST DAS RECHT AUF DIE VÖLLIGE KONTROLLE ÜBER DEIN LEBEN UND ES ZU VERÄNDERN WENN DU NICHT GLÜCKLICH BIST**

*(ausgearbeitet vom Verein  
„ARTEMISIA“  
Florenz; freie Übersetzung)*

*Beratungsstelle gegen Gewalt an Frauen -  
Frauenhaus Meran  
Freiheitsstrasse 184/A  
39012 Meran  
tel. 0473-222335 fax 0473-222140  
perledonne@rolmail.net*

### **LA CARTA DEI TUOI DIRITTI**

- Hai il diritto di essere te stessa
- Hai diritto alla sicurezza
- Hai diritto ad avere degli spazi tuoi
- Hai il diritto di prendere decisioni sulle cose che ti riguardano
- Hai il diritto di crescere e cambiare (questo vuol dire anche poter cambiare idea)
- Hai il diritto di dire no
- **HAI DIRITTO AL PIENO CONTROLLO DELLA TUA VITA E A CAMBIARLA SE NON SEI FELICE**

*(elaborato dall' associazione  
“ARTEMISIA”  
di Firenze)*

*Centro Antiviolenza –  
Casa delle Donne Merano  
Corso Libertà 184/A  
39012 Merano  
tel. 0473-222335 fax 0473-222140  
perledonne@rolmail.net*

# **Nein zu Gewalt!**

# VERSO LA LUCE... Insieme

■ di Sara Endrizzi, ass. soc. presso Gestione Associata delle Comunità di Valle.

Dal 16 novembre 2011 fino all' 08 marzo 2012 presso il Consultorio Familiare di Trento, in via Malta n. 12 era possibile visitare la mostra intitolata "VERSO LA LUCE...Insieme".

Il progetto è stato promosso dall'Assessorato alla Solidarietà Internazionale e alla Convivenza nella veste dell'Assessore Lia Beltrami Giovanazzi e la Consigliera di Pari Opportunità Avv. Eleonora Stenico della Provincia Autonoma di Trento, in collaborazione con l'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento che ha messo a disposizione la sede per la mostra.

All'organizzazione dell'evento hanno partecipato inoltre l'Assessore alla Cultura Franco Panizza e Luciano Malfer, dirigente generale dell'Agenzia Provinciale per la Famiglia, la Natalità e le Politiche Giovanili.

È stato scelto di inaugurare la mostra proprio il 16 novembre per partecipare attivamente alla GIORNATA MONDIALE CONTRO LA VIOLENZA SULLE DONNE, che viene ricordata ogni anno il giorno 25 novembre. L'obiettivo dell'esposizione è quello di "dare parola" all'arte delle donne, perché questo possa diventare un'occasione quotidiana di incontro e di dialogo con la parte femminile della società.

Come si legge nella presentazione del catalogo della mostra: "la proposta artistica si auspica così di regalare – a quella parte femminile che porta dentro di sé le tracce della paura, delle prepotenze e degli abusi – un attimo di sollievo, una tregua emotiva, un navigare in pensieri sereni. Una pausa dai mille affanni quotidiani che rispetta il desiderio di calma e di serenità che accomuna il mondo delle donne in generale."

Passeggiando nei corridoi del Consultorio Familiare si potevano ammirare quadri, sculture e opere realizzate da artiste donne, dove l'utilizzo dei colori e delle tinte che richiamano alla luce, è stato scelto per richiamare un pensiero positivo, per spingere il visitatore a guardare OLTRE gli oltraggi, a suscitare un sentimento di speranza verso un futuro migliore.

Le diversità dei colori usati e delle forme rappresentano le molte tinte del mondo, le differenze, le specificità che ciascuno di noi porta, con l'obiettivo di gridare a gran voce un unico desiderio: quello di convivenza e di felicità, anche se purtroppo ancora oggi le statistiche presentano un quadro di violenze contro le donne molto preoccupante.

Le artiste che espongono hanno messo volontariamente a disposizione della mostra la loro professionalità e creatività, con un risultato importante, soprattutto per il messaggio di solidarietà e positività che porta.

All'interno del Consultorio sono state esposte opere di 9 artiste trentine, di cui 3 giovani artiste scelte per dimostrare il coinvolgimento e la partecipazione attiva delle nuove generazioni ai grandi temi del nostro vivere quotidiano. Le artiste sono Lillet Betta, Giulia Cavallaro, Doris Cologna, Raffaella Cristofori, Elena Fia Fozzer, Alice Leoni, Marina Martinelli, Mariarosa Matteotti, Mariarosa Migliorini. Donne con stili diversi, ma ognuna con una qualità in comune: il desiderio di mettersi in gioco di esprimere e condividere i risultati ottenuti, dimostrando che INSIEME SI PUO'.

FORTE E' LA DONNA; 2011  
tecnica mista, 150 cm x 60 cm



IL TRIONFO DELL'ANIMA; 2008  
scultura 198 cm x 150 cm x 70 cm



LE MANI E LA SIGNORA; 2011  
acrilico su tela, 147 cm x 123 cm





# **P**rogetto Luce **“Donne che hanno subito abuso nell’infanzia e/o adolescenza”**

■ di *Alessandra Gianotti, ass. soc. Associazione A.M.A.*

*Zilma Lucia Velame, psicologa Associazione A.M.A. di Trento*

Dal 2011 l’Associazione A.M.A. onlus di Trento con CIRS Comitato Italiano Reinserimento Sociale ha avviato con il sostegno economico del Centro Servizi per il Volontariato un progetto a favore delle donne adulte vittime in infanzia o adolescenza di abusi sessuali.

## **IL FENOMENO**

Anche in Trentino il fenomeno dell’abuso sessuale in età prepubere e adolescenziale è presente e sommerso. Questo è in linea con i principali risultati dall’indagine retrospettiva su maltrattamenti e abusi in età infantile realizzata dal Centro nazionale Documentazione e Analisi sull’Infanzia e l’Adolescenza nel 2006 a cura di Donata Bianchi e Enrico Moretti<sup>1</sup> dove si evince che:

- qualitativamente e quantitativamente (circa ¼ della popolazione femminile è vittima nell’infanzia di abuso sessuale) il fenomeno è in linea con i dati internazionali
- è un fenomeno sommerso (2/3 delle donne ne parlano con qualcuno ma solo il 5% di queste vede muoversi le istituzioni)
- le ripercussioni gravi (7%) in età adulta sono un target sostenibile d’intervento
- si confermano i danni patologici importanti in età adulta, sul piano fisico e psichico, gravando sulla spesa sanitaria
- intervenire sui funzionamenti post traumatici può risolvere o ridurre molti tipi di patologie correlate.

1 presentata al Convegno “Ombre e luci” dalla dott.ssa Malacrea del 5-6 maggio realizzato dall’Ass. A.M.A. onlus Progetto Luce a Trento

Anche se non esiste un rapporto lineare tra l’abuso e le eventuali conseguenze psicopatologiche (causa-effetto), le statistiche dimostrano che il 50% delle giovani tossicodipendenti e a condotta socialmente deviante e un terzo delle pazienti psichiatriche ambulatoriali è un ex-vittima di abuso sessuale non trattata<sup>2</sup>, inoltre l’abuso sessuale ha sulla vittima una complessa ricaduta con conseguenze che minano la salute fisica, la sicurezza, il senso di fiducia negli altri, l’equilibrio emotivo, la stima di sé e il suo sviluppo psico-relazionale.

Il Centro Regionale Il Faro di Verona e il Centro Ti.AMA di Milano che si occupano di tutela minorile e maltrattamento all’infanzia hanno puntato sul gruppo di auto mutuo aiuto per le donne che hanno subito abusi nell’infanzia come strategia di prevenzione di futuri abusi: la partecipazione al gruppo potenzia la capacità delle donne non solo di prendersi cura di sé stesse, ma anche di sviluppare delle competenze protettive rispetto ai propri figli e ad altri bambini.

## **OBIETTIVI DEL PROGETTO LUCE**

All’interno di alcuni gruppi a.m.a. promossi dall’Associazione A.M.A. per persone depresse, ansiose, con disturbi alimentari, con dipendenza affettiva alcune partecipanti hanno rivelato di aver subito un abuso sessuale in età infantile. Per alcune di loro l’impossibilità di parlarne nel gruppo per una mancanza di condivisione ha spinto a chiedere all’Associazione di avviare un gruppo specifico. È nata quindi l’esigenza di curare un progetto articolato che abbia tra gli obiettivi la nascita di un gruppo di auto mutuo aiuto per donne adulte vittime di abuso sessuale in infanzia e/o adolescenza.

2 Gelinat, D. (1983) “The persisting negative effects of incest”. In *Psychiatry*, 46, pp. 312-332; Malacrea M., Lorenzini S. (2002) *Bambini abusati. Linee guida nel dibattito internazionale*. Milano: Raffaello Cortina



Il progetto riguarda una serie di attività così articolate:

- promuovere la sensibilizzazione al tema dell'abuso e l'auto mutuo aiuto come risorsa,
- ampliare la rete dei servizi specializzati in percorsi di elaborazione del trauma individuale e di gruppo,
- informare e prevenire nel quadro di una sempre maggiore integrazione dei servizi sociali e sanitari territoriali, secondo principi di sussidiarietà e nell'ottica del lavoro di rete nelle diverse Comunità di Valle della Provincia di Trento e nei Comuni di Trento e Rovereto.
- Attivazione di un Gruppo ama per donne che hanno subito abuso sessuale in infanzia o adolescenza.

Il gruppo ha come obiettivo quello di:

- creare un ambiente sicuro e contenitivo com'è il gruppo per aumentare la capacità individuale di prendersi cura di sé;
- attenuare complesse ricadute nella vita adulta di un'esperienza di abuso;
- fornire supporto sociale per restituire fiducia nell'altro e creare nuove reti di solidarietà;
- poter abbassare le difese e sperimentare nuovi modi di relazionarsi in una dimensione di rispetto e protezione rompendo il silenzio e uscendo dall'isolamento;
- promuovere la prevenzione nel senso di "interrompere la catena dell'abuso" dando strumenti alle donne per proteggere e proteggersi.

Il gruppo ad oggi ha avuto otto incontri a cadenza quindicinale. È prevista una durata di due anni.

Il Progetto è supervisionato dall'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari con la consulenza di una psicologa psicoterapeuta del Consultorio.

Abbiamo somministrato un questionario di valutazione e in poco tempo le donne intervistate testimoniano una diminuzione dei farmaci, l'abbassamento del senso di colpa, una maggiore assertività nella relazione con l'altro. Tutte manifestano un gradimento della metodologia del gruppo di auto mutuo aiuto e una vicinanza emotiva alle altre partecipanti.

Obiettivo per l'anno 2012 del Progetto Luce sarà il contatto più stretto e approfondito con le realtà sociali e

sanitarie della nostra provincia creando uno spazio per lo scambio e la valutazione dei bisogni dei servizi e delle donne in questo ambito. Oltre a presentare nel dettaglio il nostro progetto raccoglieremo le richieste formative per organizzare un percorso formativo ad hoc coinvolgendo le varie realtà.

## **INVIO**

L'equipe del Progetto risponde al numero dedicato.

Si possono rivolgere sia professionisti sia le donne interessate. L'accesso è gratuito.

La persona fisserà un colloquio, l'anonimato è garantito, non è necessario compilare moduli con i propri dati personali e avviene in luogo neutro in un orario in cui non vi sono altri accessi.

Il colloquio individuale è a tutela della loro esperienza e vi verrà esplicitato il senso del gruppo e sondate le motivazioni e aspettative a parteciparvi. I colloqui saranno svolti da un'operatrice con formazione specifica, non dalle facilitatrici stesse. Il colloquio sarà lo strumento per la valutazione dell'idoneità della richiedente (aver subito abuso, essere motivata, non avere in quel momento sintomi psicopatologici acuti, necessità di un tempo trascorso dall'evento ecc), ogni situazione sarà analizzata durante gli incontri d'equipe interna (facilitatori e operatore che fa i colloqui) e nella supervisione esterna. Grazie al lavoro in rete il colloquio può fungere da invio per la presa in carico da parte di altre realtà di sostegno.

Su indirizzo delle precedenti esperienze di Milano, Verona e Firenze il gruppo accoglie solo donne (e non uomini). Il problema dell'abuso non è solamente femminile ma è vissuto in maniera diversa dai due generi. In generale la maggior parte degli studi hanno evidenziato un'incidenza fino a 3 volte superiore per le femmine rispetto ai maschi. Questo aspetto è ancora più sommerso e difficilmente l'uomo fa richiesta di un sostegno. Tuttavia nel proseguo del progetto potrebbe rendersi necessario un approfondimento.

## **ASPETTI PROFESSIONALI DELLA FIGURA DELL'ASSISTENTE SOCIALE.**

A mio parere l'assistente sociale ha un ruolo decisivo nell'intervenire nella problematica dell'abuso sessuale infantile. L'abuso non comporta per la maggior parte dei casi delle lesioni fisiche evidenti. Pertanto è necessario tenere conto dei cambiamenti fisici e comportamentali



del bambino che possono essere difficili da collegare con l'abuso: problemi alimentari, di sonno, manie, paure, scarsa autostima, conoscenze sessuali inadeguate all'età, ricerca di intimità, pianti improvvisi, problemi urinari o infezioni all'apparato uro-genitale, poca o eccessiva igiene personale, evitamento di alcune immagini o situazioni che richiamano il trauma, problemi scolastici, disattenzione, incubi ... Molte volte il contesto familiare non è in grado di cogliere tali segnali per questo è importante la preparazione e la segnalazione tempestiva da parte degli insegnanti e dei professionisti socio-sanitari a contatto con i bambini. Gli abusi su minori molto piccoli sotto i 6 anni vengono spesso compiuti da persone vicine al bambino con un legame affettivo o parentale. Il bambino non prende immediatamente coscienza di ciò che sta avvenendo, il suo bisogno affettivo e di cura (magari provenendo da un ambiente familiare deprivato e poco attento ai suoi bisogni), viene soddisfatto da questa relazione esclusiva e piacevole nei suoi aspetti di segretezza, di gioco di ruolo, di piacere. È proprio la presenza di questo forte legame e della paura di perderlo che spinge il bambino a tacere. Esistono anche situazioni in cui invece l'abusante prevarica il piccolo impaurendolo a morte, paralizzandolo e minacciandolo.

Browne ( 1988 ) sostiene che sull'abuso familiare ( fisico, psicologico, sessuale ) convergono:

- a. stress strutturali ( isolamento sociale, disoccupazione, abitazioni disagiati, problemi di salute e disponibilità di risorse )
- b. stress situazionali ( relazioni familiari logoranti, personalità dipendenti, narcisistiche, con bassa stima di sé, con passaggio all'atto, con modelli di identificazioni negative).

I fattori di rischio più noti ( Di Blasio, 1997 ) per il maltrattamento e la trascuratezza che incidono nel periodo prenatale e perinatale sono: atteggiamento negativo della madre verso la gravidanza; problemi medici durante la gravidanza ed il parto; caratteristiche temperamentali del bambino che inducono stress nei genitori; particolari caratteristiche della madre quali : giovane età, monoparentalità, precedenti di devianza, avere subito maltrattamento o abuso, isolamento sociale, life events negativi, assenza di servizi sociali di supporto. Le caratteristiche del padre non in tutti gli studi risultano significative.

I fattori di rischio più comunemente individuati per l'abuso sessuale, sono raggruppabili in tre categorie principali:

- Sociali : reddito basso, provenienza da aree rurali e piccoli centri, e rispetto all'abuso paterno il livello socio-culturale medio-basso, i dati si riferiscono solo ai casi che arrivano ai Servizi pubblici.
- Relativi al bambino: età 8-12 anni, scarsa vicinanza con la madre, disaffezione paterna, presenza di diversi disturbi psicopatologici, isolamento dai pari, capacità di comprensione dell'evento.
- Relativi ai genitori e alla tipologia familiare : presenza di un patrigno , stile educativo punitivo, coppia altamente conflittuale, problemi psichiatrici dei genitori, legame seduttivo con il bambino.

È importante non avere pregiudizi, gli abusanti possono essere persone di tutte le categorie sociali, che occupano ruoli di potere o socialmente riconosciuti (educatori, insegnanti, sacerdoti, animatori ecc). Per cui la prevenzione va fatta su larga scala a livello delle famiglie ma anche dei luoghi di vita dei bambini. Per ricevere una consulenza multi professionale su eventuali casi sospetti un servizio di consulenza è operativo in Trentino presso Prospettive tel. **0461-913270**. Vi sono molti manuali e linee guida da consultare rispetto alla propria professione e agli obblighi di segnalazione all'autorità giudiziaria si veda <http://www.cismai.org/>; [www.policlinico.mi.it](http://www.policlinico.mi.it); [www.whqlibdoc.who.int](http://www.whqlibdoc.who.int)

Alcuni suggerimenti:

- creazione di una rete di contrasto all'abuso sessuale attraverso la costruzione di una rete sul territorio che comprenda pediatri, operatori socio-sanitari, insegnanti, forze dell'ordine e servizi specifici del territorio;
- autoformazione e lavoro d'equipe anche con i professionisti psicologi per sostenere il carico emotivo ed evitare propri meccanismi di difesa;
- prendersi cura di tutto il nucleo familiare, anche se disfunzionale, vanno sostenuti non solo il minore ma l'adulto protettivo e l'abusante, se intra-familiare, tenendo come obiettivo il rafforzamento del nucleo familiare;
- intervenire tempestivamente per una presa in carico educativa, terapeutica e sociale del minore e della sua famiglia con attenzione alla tutela del minore;
- collegamento con l'Autorità Giudiziaria, secondo gli obblighi di legge, e con il Tribunale per i Minorenni,





al fine di attivare ulteriori strumenti di tutela per il bambino

- organizzare la prevenzione ai fattori di rischio (contesto familiare isolato o con presenza di patologie depressive di uno dei genitori, fragilità del minore, abuso di sostanze, minori che vivono una condizione di scarsa autostima e solitudine)
- rendersi conto che la rivelazione è un momento difficile in cui il minore può acuire il suo disagio, che la protezione e soprattutto la mancanza di essa causano rivitimizzazione nel minore. Inoltre alcuni percorsi giudiziari possono acuire il suo senso di colpa.
- La consapevolezza dell'abuso avviene a distanza di tempo e per le donne può causare una sintomatologia più o meno grave in coincidenza con eventi che riattivano il trauma: il parto, il raggiungimento dell'età in cui è avvenuto l'abuso da parte del proprio figlio/a ecc.
- Offrire un sostegno alle donne adulte vittime da minori di abusi sessuali favorisce l'interruzione di rivitimizzazioni o di continuità della catena dell'abuso all'interno della famiglia.

L'equipe del Progetto Luce è disponibile ad incontrare le equipe multi professionali e l'equipe dei servizi sociali per presentare il progetto e raccogliere bisogni formativi. In autunno verrà infatti organizzato un percorso formativo ad hoc per le esigenze del nostro territorio.

Per contatti **348-7138291** o **ama.progettoluce@gmail.com**.

## BIBLIOGRAFIA

### Abuso sessuale nell'infanzia

- Artemisia (1993), *Violenza sui minori all'interno della famiglia*, Quaderno di Artemisia I, Comune di Firenze
- Luberti R., Bianchi D. (a cura di) (1997), "...e poi disse che avevo sognato". *Violenza sessuale intrafamiliare sui minori. Caratteristiche e modalità di intervento*, Edizioni cultura della pace, San Domenico di Fiesole (FI).
- Luberti R., Pedrocco Biancardi M., (2005), "La violenza assistita intrafamiliare. Percorsi di aiuto per bambini che vivono in famiglie violente", Franco Angeli, Milano.
- Malacrea M. (1998), *Trauma e riparazione. La cura nell'abuso sessuale all'infanzia*, R. Cortina, Milano
- Malacrea M., Vassalli A., (1990), *Segreti di famiglia*, Cortina R. Editore, Milano
- Romito P. (2005), "Un silenzio assordante. La violenza occultata su donne e minori", Franco Angeli, Milano
- Fontana E., Cirri M., Fidanza D. "Il self help per donne che hanno subito abuso sessuale durante l'infanzia o l'adolescenza. Un percorso." in "Promuovere i gruppi di self help", 2004, Ed. Franco Angeli (a cura di M. Tognetti)
- "Aiutare ad aiutarsi", 1997, Ed Unicopli (a cura di F. Sbattella)
- Terr L., 1996, "Il pozzo della memoria", Ed. Garzanti
- H. Herman, "Guarire dal trauma", Ed I Magi



# Quando un bambino si dona la morte

■ *Assistente sociale dott.ssa Sandra Giuliani*

*residente a Pergine Valsugana e domiciliata a Caen (A Hermanville sur Mer in Francia dal 2011)  
scrive articoli, fa del volontariato in una Comunità per adulti con problemi di emarginazione.*

Mi sembra importante socializzare con la comunità professionale alcuni contenuti relativi al tema del suicidio di bambini dai 5 ai 12 anni di cui sono venuta a conoscenza sentendo un' intervista ad un noto neuropsichiatra francese e leggendo qualche articolo in occasione della presentazione a Parigi del suo libro-rapporto sull'argomento nel settembre dello scorso anno.

Mi sembra interessante conoscere almeno superficialmente la tematica in quanto riguarda anche la realtà italiana. La stessa è affrontata dallo psichiatra con un approccio sistemico che combina neurobiologia, biochimica con psicologia, sociologia e altre discipline attinenti al Servizio Sociale. Di interesse specifico per gli assistenti sociali appare la parte che tratta dei contesti che possono portare al suicidio oltre a quella speculare relativa agli interventi che famiglia, scuola ed entourage sociale possono attivare per prevenire il disagio dei minori e quindi le loro azioni autolesive. I contenuti del rapporto, fatta eccezione per i dati, sono di carattere generale, non strettamente ancorati al contesto francese e pertanto utilizzabili anche per leggere la realtà italiana.

Il rapporto è stato commissionato dal Governo francese, in particolare dal Segretario di Stato per la gioventù e la vita comunitaria, Jeannette Bougrab, a Boris Cyrulnik, neuropsichiatra, teorico della resilienza e professore all'Università di Toulon. Esso è stato pubblicato nel libro-rapporto "Quand un enfant se donne 'la mort'. Attachement et sociétés", Boris Cyrulnik, 2011, Ed. Odile Jacob. Si tratta del primo rapporto ufficiale in Francia sulla problematica. La molla che lo scorso anno ha spinto il Governo francese a interrogarsi sulla questione sono stati due suicidi che hanno sconvolto la Francia. Nel mese di gennaio del 2011 una bambina di nove anni, diabetica, si è gettata dal quinto piano del suo palazzo nella periferia di Lione; prima di lanciarsi su un pezzo di carta aveva scritto alcune parole per lamentarsi della

sua tata". Poche settimane più tardi, un bambino di 11 anni, s'è appeso nella sua camera a Triel nel dipartimento Seine Saint Denis.

Il neuropsichiatra francese evidenzia come sia stata fatta molta ricerca sul suicidio in adulti e adolescenti, ma non su quello dei bambini in età prepuberale, il cui mondo mentale è completamente diverso da quello dei loro maggiori d'età. Se il suicidio degli adolescenti, seconda causa di morte dopo gli incidenti stradali in Francia, viene attentamente monitorato, il fenomeno è ancora sottovalutato dai 5 ai 13 anni. Il suicidio dei bambini resta un soggetto ancora tabù nella nostra società.

Eppure, secondo Boris Cyrulnik, anche se i suicidi in questa fascia di età restano rari, tuttavia sono in crescita e si verificano sempre più precocemente.

Tra i 30 e i 100 bambini con meno di 15 anni si suiciano ogni anno in Francia secondo le statistiche.

Ma per lo specialista è difficile valutare con precisione l'ampiezza del fenomeno infatti a queste cifre che si riferiscono alle azioni "evidenti" si devono aggiungere quelle che egli chiama "incidenti non-accidentali". "Numerosi suicidi di bambini sono mascherati da comportamenti quotidiani che li portano alla morte"; i bambini si mettono loro stessi in situazioni che provocano la morte, dice il rapporto. Un bambino che scende da un autobus in movimento, che si sporge troppo fuori dalla finestra, che si butta sotto le ruote di una macchina o che va sulla strada ad occhi chiusi sono tutti atteggiamenti che possono essere considerati come una volontà di suicidio. I modi per suicidarsi sono a volte mascherati cosicché si parla di incidenti. In questi drammi infatti l'ambiente fatica a descrivere quello che considera come un momento di disattenzione o di cattiva valutazione del pericolo da parte del bambino ma a volte ciò può essere un gesto volontario da parte del piccolo. Ma "lui non pensa che va a morire".



### ***A che età un bambino prende coscienza del carattere definitivo della morte?***

La parola “morte” impiega molto tempo per diventare adulta nei paesi di pace a differenza che nei paesi di guerra dove matura prima. Tra 3 e 5 anni, la morte è un gioco divertente: c’è, non c’è; mobile, immobile. Come un giocattolo che si fa sparire e che si fa tornare. O quando si grida “pom!” e l’adulto fa sembrare che qualcosa cada duramente ma per il bambino è per sempre. Tra i 5 e i 7 anni “la morte è un nuovo altrove, estraneo e reversibile. Si può morire per raggiungere il proprio nonno su una nuvola ed aspettare di ritornare sulla terra con lui,.. La morte diventa un invisibile altrove; è la nonna che è partita per molto lontano e per lungo tempo. E’ tra 7 e i 9 anni che il bambino interiorizza il concetto di irrimediabilità della morte e la parola acquista il significato di fine irreversibile.

Poichè loro vivono nell’immediato e non possiedono ancora il concetto di definitività della morte, i suicidi dei piccoli generalmente non sono gesti premeditati.

### ***Sono maggiori i suicidi dei maschi o delle femmine?***

In Francia come in Europa, contrariamente a quello che succede in Cina e nello Sri Lanka, i maschi piccoli si suicidano di più delle femmine.

### ***Allora perché un bambino si suicida? Vuole veramente suicidarsi?***

Il suicidio di un bambino non è una fatalità. E’ una pulsione di morte.

Non è un desiderio di morte, ma il desiderio di uccidere una vita, un modo di vivere che lo fa soffrire; un bambino dopo un tentativo di suicidio ha affermato: “Io voglio che la mia vita cambi, non voglio che essa si interrompa”.

Il suicidio del bambino è diverso da quello dell’adolescente perché intellettualmente egli sa cos’è la morte.

### ***Le Cause/ I Fattori di rischio del suicidio***

Per lo specialista le cause/ i fattori di rischio del fenomeno sono molteplici ed è impossibile distinguere tra il fattore genetico, biologico, psicologico o culturale per spiegare il passaggio all’atto.

Alle determinanti genetiche si associano quelle legate al contesto familiare e socio-culturale. Succede talvolta che, anche quando tutti questi indicatori sono negativi, i bambini non si danno la morte: non esiste la fatalità del

destino e la resilienza rimane sempre possibile. La “resilienza” definisce la capacità di svilupparsi comunque, in ambienti che danneggiano” afferma Cyrulnik.

Il suicidio è il risultato di una convergenza di cause tra cui la deprivazione sensoriale è per il neuropsichiatra la principale. L’isolamento affettivo infatti se protratto lascia tracce cerebrali e produce bambini iper-emotivi, molto sensibili a tutti gli avvenimenti, “che potranno fare i grandi artisti, ma che saranno anche più sensibili ai rischi della vita” afferma Cyrulnik. Infatti una deprivazione affettivo-sensoriale del bébé durante lo sviluppo sia intra che extra uterino, soprattutto dell’ultima settimana di gravidanza e del primo mese di vita, porta ad una lesione del lobo prefrontale del cervello, zona deputata alla pianificazione dell’avvenire e al controllo delle emozioni e delle pulsioni; il cervello produce ridotta serotonina, un neurotrasmettitore con un ruolo importante nella crescita dell’embrione ma anche nella gestione del dolore e dell’ansia. “Il maltrattamento o la trascuratezza affettiva lacerano i legami emotivi e fanno vivere il bambino in un mondo spaventoso. Tutti i suoi metabolismi vengono modificati: le sostanze dello stress aumentano, ma la serotonina si placa e crolla la dopamina che facilita l’azione, le emozioni e la vivacità intellettuale. E’ la relazione precoce che ha cambiato il funzionamento del cervello e ha provocato l’acquisizione di una vulnerabilità”.

Le violenze sono un fattore di rischio maggiore. I bambini picchiati, maltrattati fisicamente o aggrediti sessualmente non comprendono cosa gli succede poichè non hanno sviluppato il sistema nervoso/neurologico che gli permette il controllo delle emozioni. I recenti studi sui bambini abbandonati precocemente affermano che, se non hanno occasione di sviluppare il processo di resilienza neurale e affettiva, quando arrivano all’adolescenza hanno una probabilità di suicidio quattro volte maggiore della popolazione generale.

Afferma il neuropsichiatra che “l’accumulo di eventi che scatena l’atto suicidario è il risultato di una cascata di lacrime invisibili, di una confluenza di eventi di diversa natura”, che possono essere un lutto precoce, un conflitto tra i genitori, i maltrattamenti, l’assenza di un mondo rassicurante a casa, le molestie a scuola ma anche altri eventi che agli adulti possono sembrare banali come un’osservazione o un brutto voto, spiega il medico.

Di fronte alla sofferenza, al malessere se il bambino è solo, senza possibilità di condivisione, di aiuto nel decifrare ciò che gli sta accadendo, soprattutto se molto emotivo, può diventare prigioniero del suo mondo, può amplificare il suo disagio, analizzare male la sua situa-



zione; così la pulsione può diventare incontrollabile con passaggio all'atto allo scopo di poter interrompere, porre fine alla sua sofferenza.

Sottolinea che “il disagio di un bambino è spesso difficile da percepire poiché egli vive in un tempo immediato” e, più degli adulti, fatica a comunicare il suo malessere”. Ma contrariamente ai suoi maggiori d'età che pianificano il suicidio, i bambini cercano attorno a loro chi possa accordarglielo.

### ***Come prevenire il suicidio? Ritrovare la cultura della condivisione***

Quanto al passaggio all'atto suicidario, l'isolamento dei piccoli sta diventando sempre più marcato, a causa della scomparsa del “villaggio sociale”. È il sistema culturale dunque che provoca la solitudine e le nuove tecnologie riducono la comunicazione.

Nella sua relazione Boris Cyrulnik fa quindi appello ad una politica di prevenzione su varie piste: “intorno alla nascita”, “intorno alla scuola”, “intorno alla famiglia”, “intorno alla cultura”.

Innanzitutto occorre organizzare strutture sensoriali ed affettive stabili. Ossia di eliminare lo stress delle madri durante la gravidanza per evitare carenze sensoriali del bebè; creare un migliore contorno alle donne incinte particolarmente nell'ultimo mese di gravidanza e nel primo mese dopo l'arrivo del bebè e soprattutto se le stesse manifestano segni di depressione. Inoltre occorre allungare i congedi parentali per le madri e anche per i padri anche per rinforzare la stabilità affettiva. Se si vuole lottare contro le disparità di genere si devono sviluppare i mestieri della piccola infanzia e le teorie dell'attaccamento per fare formazione sull'età inferiore ai 12 anni.

Un'altra pista di intervento riguarda la scuola che oggi diventa il nuovo organizzatore della società. Oggi c'è un sovra-investimento da parte della scuola sui bambini e questo è, secondo il neuropsichiatra, un fattore di angoscia, di disagio dello sviluppo, di suicidio; questo inoltre non migliora i risultati scolari.

I bambini dell'Europa del nord sono due volte meno stimolati di quelli dell'Europa del sud, di altri paesi o dell'Asia. Gli stessi sono i primi nella classificazione internazionale della valutazione scolare e in meno di 10 anni i paesi dell'Europa del nord hanno ottenuto una riduzione dei suicidi del 40% con interventi che diminuiscono la pressione sui bambini (ad esempio abolizione delle note ai bambini sotto i 12 anni).

La scuola investe e stimola i bambini in funzione dei risultati scolari; il neuropsichiatra sottolinea che la stessa dovrebbe essere meno pressante “poiché molti bambini sviluppano disturbi psichici a causa dei loro risultati scolari o di una pressione troppo forte dei loro genitori”. Lo stesso propone alla scuola di meglio “adattare i ritmi scolastici ai ritmi biologici dei bambini”, di ritardare la notazione stigmatizzante (“le note non sono un riflesso di intelligenza, ma lo specchio di stabilità affettiva”) e di lottare contro le molestie tra bambini. Egli inoltre sconsiglia “l'orientamento precoce”. “La precocità dei bambini, valorizzata dalla nostra cultura, non è un fattore di protezione” avvisa Boris Cyrulnik “migliora il rendimento scolastico al prezzo dell'angoscia e di disturbi relazionali”.

Per tre quarti dei bambini, la scuola è un buon momento. Ma quelli in difficoltà familiare o rifiutati a causa di una caratteristica fisica, di una malattia ... possono vivere questo momento come una vera e propria prova quotidiana. Se vivono in un ambiente sicuro, gli scherni dei loro coetanei avranno pochi danni ma non è così quando sono lasciati a loro stessi.

Per questo gli insegnanti devono essere attenti ai segnali di malessere: un bambino che si isola, non partecipa mai, è aggressivo o attaccabrighe o si lamenta di dolori di stomaco o di mal di testa regolarmente può essere borderline. Il neuropsichiatra raccomanda di agire in tre tempi: l'azione - che permette ai bambini di prodigarsi -, l'affetto/l'affezione e infine la mentalizzazione, vale a direraffigurare una sensazione con immagini o parole. Lo psichiatra insiste sulla organizzazione di formazione specifica sia a scuola che nei mestieri della piccola infanzia.

Un altro fattore è l'entourage (l'ambiente; le persone che gli stanno intorno; le persone familiari) che, secondo Boris Cyrulnik, è il modo migliore per lottare contro le tendenze suicidarie di un bambino. “Il bambino non si sente più solo al mondo, quando ha un legame per esprimersi e una persona familiare che lo ascolti.”

Il ruolo della famiglia è fondamentale. “È la mancanza di attaccamento e di nicchia affettiva che induce al suicidio il piccolo”. Se il bambino è emotivo la famiglia gli dia rassicurazione emotiva e gli insegni inoltre a gestire i suoi sentimenti.

È importante non lasciare soli i bambini “È sempre un momento di isolamento che indebolisce il bambino”. Più i legami del bambino saranno multipli, minore sarà l'idea di farsi male. Secondo lo specialista questi drammi sono evitabili a condizione che il bambino abbia un buon en-



tourage, che abbia la possibilità di relazioni significative e strutturanti. La famiglia deve aprirsi all'esterno. Invita a creare attorno al bambino una costellazione affettiva di protezione: papa, mamma, baby sitter, sport... I bambini possono essere presi in carico dalla famiglia ma anche dalle associazioni, dagli oratori, dallo sport a basso livello. E' da sviluppare una "cultura della protezione" che garantisca ai bambini attività diverse tutti i giorni senza essere isolati. Ci vuole un villaggio per crescere un bambino" recita un antico proverbio africano. La parte peggiore è l'isolamento; la migliore è quella di costruire una nicchia affettiva rassicurante fatta da adulti ma anche da altri giovani sufficientemente disponibili.

"La prevenzione consiste nell'instaurare un rapporto di fiducia, costruire un attaccamento/legame che da sicurezza, iscrivere il bambino in un club sportivo, un corso di musica..".

Per promuovere la prevenzione sono importanti le proposte che si basano sul ritorno a una cultura della condivisione, attraverso i luoghi di ascolto, i circoli/club di quartiere che possono permettere anche ai bambini con precarietà affettiva di instaurare relazioni con gli adulti "tutor di resilienza".

"L'amore, l'affetto, i legami familiari e l'ascolto dell'adulto costituiscono le protezioni efficaci".

E' necessario quindi che l'entourage e la società implementino la protezione verso il bambino nell'accompagnarlo verso la maturità e l'età adulta.

E' urgente rinnovare i legami sociali nella nostra società: "si sottolinea che ogni volta che le famiglie si riuniscono la domenica, durante le vacanze, le attività rituali religiose, laiche, artistiche o sportive, il numero di suicidi diminuisce in modo significativo".

Per Boris Cyrulnik "l'arma più efficace contro il suicidio consisterebbe nel dare un senso alla vita.. Quando non si ha nessuno per cui lavorare, quando non si hanno sogni da realizzare, vivere non vale la pena."

## **Bibliografia**

Comunicazione orale di Boris Cyrulnik alla presentazione del suo libro "Quand un enfant se donne la mort" sul canale televisivo France5 il 29 settembre 2011

Intervista a Boris Cyrulnik di Brigitte Fanny Cohen, giornalista francese su questioni di salute, su France Info, rubrica Info Salute, "Le rapport Cyrulnik pour prevenir le suicide des enfants", 29 settembre 2011

"La résilience", Boris Cyrulnik, Antoine Spire, Nicolas Martin, Bord de L'eau, 2009

Tesi di dottorato di ricerca "Resilienza e regolazione delle emozioni. Un approccio multimodale" di Laura Peveri, Facoltà di Scienze della Formazione Università degli Studi di Milano – Bicocca, a.a. 2008/2009.

Resilience (psychologie) - Wikipedia L'Enciclopedia libre - internet

Resilience - "Définitions et citations autour du concept de resilience" - internet

Articolo sul giornale "Le Post archives" di Jeannette Bougrab, "Suicide des enfants: un rapport lève le voile", 29 settembre 2011

Articolo "VIVA entre nous la vie" di Marie Thomazeau, "Quand un enfant se donne la mort ..", un rapport choc de Boris Cyrulnik", 4 marzo 2012

Articolo sul giornale "Liberation" di Ondine Millot, "Suicide des enfants: comprendre l'impensable", 29 settembre 2011

Articolo sul giornale quotidiano "Le Temps. Culture" di Caroline Stevan, "Un enfant se suicide sur un coup de tete", 29 settembre 2011

Articolo sul giornale "Express" di Caroline Politi, "Le suicide des enfants est largement sous-estimé", 29 settembre 2011

Articolo sul giornale quotidiano nazionale "France Soir" di Marie Marvier, "Boris Cyrulnik: On sous-estime le nombre d'enfants qui se suicident", 30 settembre 2011

Articolo sul giornale "Le Figaro.fr" di Agnès Leclair, "Première étude sur le suicide des enfants", 28 settembre 2011

Intervista a Jennette Bougrab "Contre le suicide des enfant", 30 settembre 2011

Articolo sul giornale "France Soir", "Suicide des enfants: Jeannette Bougrab remet son rapport", 29 settembre 2011

Articolo sul giornale "LeParisien.fr" di Alexandra Eckenazi, "Le suicide des enfants, un phénomène sous-estimé", 29 settembre 2011

Articolo sul giornale "LePoint.fr" di Emile Lanez, "Boris Cyrulnik face en suicide des enfants", 29 settembre 2011



*“No one can whistle a symphony. It takes an orchestra to play it”*

*Halford E. Luccock*

# I nterprofessionelle Zusammenarbeit in der Palliative Care aus der Sicht der Sozialarbeit

■ *Walburg Wielander (Spez. Sozialassistentin)*

Die Betreuung und Begleitung von sterbenden Personen ist eine große Herausforderung für die professionellen und freiwilligen HelferInnen. Nicht nur die Betroffenen selbst müssen sich an ihre plötzliche oder schrittweise veränderte Lebenssituation anpassen sondern auch deren Angehörige. Die professionellen und freiwilligen HelferInnen<sup>1</sup> stehen somit Personen gegenüber, welche sich in einer Ausnahmesituation befinden. Je nach Zeitpunkt der Kontaktaufnahme befinden sich die betroffenen PatientInnen oder Angehörige in einer anderen psycho-physischen Verfassung und zeigen unter Umständen heftige emotionale Reaktionen. Die professionellen und freiwilligen HelferInnen sind Begleiter für eine bestimmte begrenzte Zeit und sollten es schaffen die Unabhängigkeit und die Würde des sterbenden Menschen zu bewahren, aber sich auch zu bemühen, die Lebensqualität der Betroffenen so lange und so gut wie möglich zu erhalten.

Die Bedürfnisse von Menschen sind vielfältig, können jedoch in körperliche, psychosoziale und spirituelle Bedürfnisse zusammengefasst werden. Es versteht sich von selbst, dass keine Berufsgruppe Hilfestellungen in allen Bereichen geben kann. Aus dieser Sicht ergibt sich zwangsläufig die Notwendigkeit einer Zusammenarbeit zwischen den Professionen. Die Zusammenarbeit bzw. die Teamarbeit von Menschen aus verschiedenen Berufsgruppen ist somit eine wichtige Voraussetzung, um den besonderen Bedürfnissen von Menschen, in palliativen Betreuungssituationen, gerecht zu werden.

<sup>1</sup> Es sind alle Berufsgruppen im medizinischen, pflegerischen und psycho-sozialen Bereich, sowie freiwillige HelferInnen aus dem informalen (familiäres Netz oder Freundeskreis) und formalen (Vereine, Organisationen usw.) Bereich gemeint.

Die meisten Menschen spüren die Begrenztheit ihrer Lebenszeit bei fortschreitender Krankheit. Gleichzeitig ist es für die meisten schwer darüber zu reden oder offen damit umzugehen, unsere Gesellschaft hat verlernt einen angemessenen Umgang mit diesem Thema zu haben. „Es wird als Versagen wahrgenommen, wenn ein Mensch stirbt bevor er alt ist. Das Palliativkonzept durchbricht diese Sperre“ (Nau 2007, S. 7). Zunehmend ist die PatientIn auf fremde Hilfe und Pflege angewiesen und je nach Lebenssituation mit anderen Sorgen belastet (Was wird aus meinen Kindern, meinem Partner, meinen begonnenen Projekten? Wie kläre ich offene Konflikte? Wie komme ich über die Runden ohne Arbeit? usw.). Während dieser Zeit brauchen die PatientInnen unterschiedliche Unterstützung, medizinischer, pflegerischer, psychologischer und sozialarbeiterischer Natur. Die Bedürfnisse der PatientIn sollten im Mittelpunkt stehen, damit Schmerzen, Ängste und Sorgen weitgehend reduziert werden können. Die Betreuung und Begleitung von schwerkranken Menschen muss durch ein interprofessionelles Team erfolgen, wenn es darum gehen soll die Lebensqualität der PatientInnen so lange wie möglich zu erhalten und Schmerzen (physische, psychische und soziale Schmerzen und spirituelles Leid) weitgehend zu reduzieren.

## ***Das interprofessionelle Palliative Care Team***

„Ein Palliative Care Team ist eine interdisziplinäre Gruppe von Fachleuten, die sich der Versorgung von schwerkranken PatientInnen widmen, deren Sterbeprozess begonnen hat oder in absehbarer Zeit bevorsteht. Zu diesem Zweck arbeitet das Team mit anderen Leistungserbringern



zusammen (Hausarzt, Krankenhaus, Pflegedienst, Hospiz oder ambulanter Hospizdienst, Apotheke usw.), berät diese und koordiniert die Aktivitäten“ (de.wikipedia.org/wiki/Palliative\_Care\_Team, 03.03.2011)

Ein interprofessionelles Palliative Care Team sollte zumindest eine Vertretung von den aufgelisteten Berufsgruppen enthalten, wobei noch andere bio-psycho-soziale Berufsgruppen vertreten sein könnten (z.B. ErgotherapeutenInnen, Mal- MusiktherapeutInnen usw.):

- Arzt/Ärztin
- PflegerIn
- PsychologIn
- SozialarbeiterIn (SozialassistentIn)
- SeelsorgerIn

Das Palliative Care Team bzw. die einzelnen Mitglieder sind AnsprechpartnerInnen für die PatientInnen und für deren Angehörige/Zugehörige, darüber hinaus arbeitet dieses interprofessionelle Palliative Care Team mit verschiedenen anderen Diensten und Institutionen zusammen.

In erster Linie müssen die kurativen Behandlungsmöglichkeiten ausgeschöpft sein und somit die Symptombehandlung im Vordergrund stehen. Neben dieser ärztlichen Einschätzung müssen überlagernde Problemstellungen vorliegen und eine differenzierte, interprofessionelle Anamnese erforderlich sein. Diese interprofessionelle Anamnese ermöglicht schließlich Maßnahmen medizinischer, pflegerischer, sozialer, psychologischer und/oder seelsorgerischer Art einzuleiten (Nau 2007).

Nach Smith, Horras und Buckwalter (1998, zitiert in Knoll et. al 2008) wurde wissenschaftlich belegt, dass alle Mitglieder des multiprofessionellen Teams gleich wichtig für die Patientenbetreuung sowie für das Pflegeergebnis sind. Die PatientInnen müssen sich in der für sie unsicheren, instabilen Lebenssituation auf das ihnen zur Seite gestellte therapeutische Team verlassen und auf dessen Kompetenz vertrauen können.

### ***Die Rolle der Sozialen Arbeit im Palliative Care Team***

„Psychosoziale Begleitung umfasst hierbei „...alle Bereiche, die zum psychischen, emotionalen und sozialen Wohlbefinden der PatientInnen und seiner Familie (u. a. wichtigen Bezugspersonen<sup>2</sup>) beitragen, inklusive Fra-

gen des Selbstwertgefühl und der Selbstwahrnehmung, Krankheitsverarbeitung und –bewältigung, Kommunikation, sozialer und finanzieller Belange und Beziehungen zu anderen.“ (National Council for Hospice and Specialist Palliative Care Services 1997)

Es ist nicht immer ganz klar, wer für diesen Bereich zuständig ist, da sich die Themenfelder überschneiden oder gegenseitig bedingen. Körperliche Beschwerden können Auswirkungen auf das psycho-soziale Befinden haben und umgekehrt. Laut Wasner (2010) besteht meist der Anspruch von jeder Berufsgruppe in der Palliative Care die PatientIn und ihre Familie bzw. andere wichtige Bezugspersonen, ganzheitlich zu betreuen, mit allen ihren Nöten und Bedürfnissen. Dennoch finden sich in der Literatur immer wieder Hinweise, dass eine Berufsgruppe alleine, die vielfältigen Bedürfnisse der PalliativpatientInnen nicht gleichermaßen wahrnehmen kann.

Zentrale Aufgaben der Sozialarbeit im Palliative Care Team sind nach Brandsen (2005, zitiert in Wasner 2010):

- Information, Beratung (Sozialrecht, Hilfsmittel, Ressourcen im Umfeld ...)
- Case Management (Hilfen, Vermittlung und Koordination verschiedener Dienste ...)
- Unterstützung bei emotionalen Problemen und bei der Krankheitsbewältigung (Kontrollverlust, Verlust von Würde, Hoffnungslosigkeit ...)
- Hilfestellungen bei existenziellen Bedürfnissen (Sinnfrage, Vermächtnis ...)
- Förderung der Kommunikation unter allen Beteiligten
- Gestaltung der letzten Lebensphase
- Trauerbegleitung

Grundsätzlich ist dazu zu sagen, dass von jedem Teammitglied Grundkenntnisse im Beziehungsaufbau und in der Kommunikation gefordert wird, hinzu kommt auch die Fähigkeit kulturelle und soziale Unterschiede zu erkennen und diese zu respektieren. Innerhalb des interprofessionellen Teams sollte die Möglichkeit bestehen zu definieren, wann die Einschätzung von einer bestimmten psychosozialen Berufsfigur notwendig wird. So zum Beispiel sozialrechtliche Beratung (SozialassistentIn) oder Psychotherapie (Psychologin) (Wasner 2010) Das Vertrauen in das therapeutische Team ist meines Erachtens ein sehr wichtiger Aspekt, da dies Stabilität und Sicherheit für die PatientIn in ihrer ansonsten so unsicheren Lebenssituation bedeutet. Ein Team kann jedoch nur nach außen Sicherheit und Stabilität geben, wenn es in sich gefestigt ist und unter den Teammitgliedern ebenfalls ein angemessenes Vertrauensverhältnis besteht. Der gegenseitige Respekt muss gegeben sein und die Professionen

2 Anmerkung der Autorin



untereinander sollten sich als weitgehend gleichwertig erleben. Es bedeutet nicht, dass immer eine einheitliche Meinung zur Situation bestehen muss, es muss vielmehr die Möglichkeit bestehen miteinander zu kommunizieren, in Dialog zu treten. Unterschiedliche Meinungen und Emotionalität gehören zu jeder Kommunikation dazu. Nach Ciompi (1982, zitiert in Mücke 2001, S. 165) hat der Gemütszustand Einfluss auf die zwischenmenschliche Kommunikation, es gibt keine Kommunikation ohne Emotion. Wenn sich mehrere Personen treffen und miteinander reden wird immer automatisch ihr Gemütszustand über einen positiven oder negativen Ausgang der Besprechung mitbestimmen. Je mehr wir über unsere eigenen Gefühle wissen und sie einordnen können, umso besser werden wir angemessen kommunizieren können. Ansonsten wird die Gefahr recht groß sein, dass zwar auf dem Papier ein bestimmtes Team besteht, jedoch keine fruchtbringende Zusammenarbeit im Sinne der PatientInnen entsteht.

Eine Stärke der Sozialarbeit liegt darin, dass sie „Spezialistin für das Allgemeine“ ist. „Im Unterschied zu den Experten für das Spezielle kann die Sozialarbeit als Expertin für das Allgemeine verstanden werden, die versucht, der Segmentierung und Parzellierung des Lebens entgegenzuwirken“ (Student et al. 2007). Mehr als andere Berufsgruppen versucht sie die Bedürfnisse des Menschen in einem umfassenderen Kontext zu verstehen. Dies ermöglicht Lücken zu füllen und Zusammenhänge herzustellen, ohne dabei in die Tiefe der Problematik einzutauchen, was wiederum das Spezialgebiet der anderen Berufsgruppen ist. In diesem Zusammenhang sind die vier Funktionen der Sozialarbeit nach Lüssi (1998) zu erwähnen:

1. Die mediatorische (vermittelnde) Funktion
2. Die kompensatorische (ausgleichende) Funktion
3. Die protektive (schützende) Funktion
4. Die motivatorische (verhaltensbeeinflussende) Funktion

„Die Sozialarbeit löst soziale Probleme, indem sie zwischen Personen<sup>3</sup> vermittelt, indem sie Menschen schützt und indem sie Menschen zu Problem lösendem Verhalten bewegt. Wer anderes, nicht in einer der Funktionsweisen, ein soziales Problem ‚löst‘, macht nicht Sozialarbeit. ... Sozialarbeit darf niemals eine destruktive oder oppressive (unterdrückende) Funktion erfüllen. Auch löst sie sozi-

3 Meines Erachtens vermittelt die SozialassistentIn auch zwischen dem Betroffenen und Diensten oder Institutionen

ale Probleme nicht auf technischem, biologischem oder chemischen Wege (letzteres wäre z. B. die Drogen- oder Medikamentenlösung). Sie übt ferner keine explizit ideologische Funktion aus, in dem sie den problematischen sozialen Sachverhalt z. B. auf religiöse Weise irrelevant machen und damit ‚aufheben würde“ (Lüssi, 1998, S. 121)

Im Palliative Care Team kommen die vier Funktionen der Sozialarbeit nach Lüssi (1998)<sup>4</sup> nicht nur den PatientInnen zu gute, sondern können auch positive Auswirkungen auf das gesamte Team haben, da diese Elemente den Kommunikationsprozess positiv beeinflussen können.

Leider ist es noch eher die Ausnahme, dass im Gesundheitsbereich SozialassistentInnen beschäftigt sind. In den letzten Jahren wurde die medizinische Betreuung durch technische Errungenschaften immer weiter verbessert, mit dem Risiko, der „Entmenschlichung“. Die SozialassistentIn kann hier aufgrund ihrer Kompetenzen in Vernetzung, Mediation, Beratung für die PatientInnen und Angehörigen wertvolle Hilfe leiten. PatientInnen in palliativen Betreuungssituationen und ihre Angehörige finden sich oft in einem bürokratischen Chaos wieder. Welches Amt ist nun zuständig? Was ist der Unterschied zwischen den verschiedenen Diensten: Hauspflege und Hauskrankenpflege? Usw. Sie sind oft nicht im Stande sich in ihrer emotionalen Ausnahmesituation für die eigenen Rechte einzusetzen oder stehen ohnmächtig einer übermüdeten ÄrztIn oder Pflegerin nach einem Nachdienst gegenüber, welche es nicht schafft angemessen auf ihre Situation zu reagieren. PatientInnen und ihre Angehörige werden oft sprachlos und ohnmächtig, Sozialarbeit kann hier eine wichtige Aufgabe übernehmen.

## ***Bibliografie***

**Bitschnau K. (2003)** „Die Interprofession: Sozialarbeit im Rahmen der palliativen Versorgung“, Master Thesis

**Dal Pra Ponticelli M. et. al (2009)**, „Introduzione al Servizio Sociale: storia, principi, deontologia“, Carocci Faber

**Knoll M. et. al. (2008)** „...dann wird er halt operiert und es ist keine Blutgruppe da!“ Interprofessionelle

4 Die mediatorische (vermittelnde), kompensatorische (ausgleichende), protektive (schützende) Funktion und die motivatorische (verhaltensbeeinflussende) Funktion





Kommunikation von Pflegenden einer internistischen Intensivstation, Pflege; 21, S. 339-351

**Lüssi P. (1998)** „Systemische Sozialarbeit: Praktisches Lehrbuch der Sozialberatung“, 4. Auflage

**Morrey S, Greer S. (Hrsg.) (2007)** „Kognitive Verhaltenstherapie bei Krebspatienten“, Urban & Fischer

**Mücke K. (2001)** „Probleme sind Lösungen: Systemische Beratung und Psychotherapie – ein pragmatischer Ansatz-Lehr- und Lernbuch“, Ökosysteme Verlag, Potsdam

**Nau H. (2007)** „Den Tagen mehr Leben: Sterben gehört zum Leben – Palliativ Care gewinnt an Bedeutung“, in Forum Sozialarbeit + Gesundheit 4/2007, S. 6-9

**Raineri M. Luisa (Hrsg.) (2007)** „Assistente Sociale domani“, Vol. 1, Erickson

**Schein E. (1999)** „Prozessberatung für die Organisation der Zukunft“ (Originaltitel: Process consultation revisited: building the helping relationship), EHP-Organisation, Bergisch Gladbach

**Senge P. (1990)** „Die fünfte Disziplin“ (Originaltitel: The fifth discipline. The art and practice of the learning organisation), Klett-Cotta, Stuttgart

**Wasner M. (2010)** „Ist das meine Aufgabe?“ Zur Rolle der Sozialen Arbeit im multiprofessionellen Palliative Care Team, in Forum Sozialarbeit + Gesundheit, 2/2010, S. 6-8

**Watzlawick P., et. al. (1969)** „Menschliche Kommunikation“ Formen, Störungen, Paradoxien, Bern

**Watzlawick P. (1977)** „Wie wirklich ist die Wirklichkeit?“, München

# I lavoro interprofessionale nelle cure palliative: la prospettiva del servizio sociale

La cura e l'assistenza delle persone con malattie incurabili nell'ultima fase della loro vita è una sfida importante non solo per i professionisti delle diverse aree, ma anche per chi presta volontariato. I professionisti e i volontari si trovano davanti a pazienti molto vulnerabili in uno stato emozionale eccezionale. La rete sociale intorno a questi pazienti può essere più o meno articolata, ma anche queste persone devono essere prese in considerazione dai professionisti che lavorano nell'ambito delle cure palliative. L'obiettivo principale deve essere quello di garantire l'autonomia e la dignità dei pazienti fino al termine della loro vita salvaguardando il più possibile la qualità della loro vita. I bisogni delle persone sono molteplici ma possono essere classificati in bisogni fisici, psicosociali e spirituali. Si capisce da se che *un* gruppo di professionisti non sarà in grado di dare sostegno adeguato in tutte le aree di bisogno. Nelle cure palliative, con pazienti e congiunti così vulnerabili, si crea quindi l'imminente necessità della collaborazione tra professionisti delle diverse discipline e dei volontari. L'equipe multidisciplinare delle cure palliative deve essere composto da almeno un medico, un'infermiere, un/a psicologo/a, un'assistente sociale e un'assistente spirituale. I componenti dell'equipe non stanno in un rapporto gerarchico. La rilevanza dell'assistenza di ogni professionista dipenderà dal bisogno emergente nelle diverse fasi della cura. L'assistente sociale per la sua formazione olistica può avere un ruolo importante nell'equipe perché riesce a colmare le lacune, a favorire il collegamento delle diverse parti della rete e a tenere contatti con il volontariato. Oltre a questa capacità di favorire la collaborazione può prestare aiuto diretto al paziente e ai congiunti nelle faccende burocratiche (diritti sociali, segretariato sociale, case management), nella motivazione per l'accettazione di un sostegno psicologico, può dare sostegno psico-sociale, sostegno per bisogni esistenziali (eredità, assistenza ai figli minori superstiti ...), sostegno nel lutto ecc.