

Sommario



PRIMA PAGINA

- Fra buone pratiche e linee di qualità per un modello di riabilitazione. II – Comparazione tra modelli nazionali, europei e del nuovo mondo di Massimo Rabboni, Claudia Petrera Lavoro presentato anche alla XXXIV Conferenza Annuale della United States Psychiatric Rehabilitation Association – Norfolk, Virginia

LA VIA ITALIANA

- Prevenire la psicosi: tra l'identificazione precoce e il trattamento ottimale. Follow up 12 e 24 mesi – 5 anni di Esterina Pellegrini, Claudio Cetti et al.

IL LAVORO E I SERVIZI

- Programma Avere Cura. Un'esperienza di educazione e motivazione alla cura in Centro Diurno di Monica Gozzi, Elisa Rabitti, Lara Simonazzi, Guido Zini, Maria Bologna

LE REGIONI

RECENSIONI

- Educare alle emozioni con le artiterapie o le tecniche espressive a cura di Ottavia Albanese e Manuela Peserico NORME REDAZIONALI

ARCHIVIO

SCARICA LA RIVISTA

- La riabilitazione nei disturbi d'ansia e nella depressione attraverso un gruppo di danza di Valentina Caggio, Marcello Donadoni
- Le difficili dimissioni da una Casa Famiglia di Francesco Degl'Innocenti, Sibilla Abrami, Simona Chiodo, Francesco Ermini
- Soluzione riabilitativa. I temi di una residenzialità psichiatrica di Alessio Bertolini

DIRETTORE RESPONSABILE Massimo Rabboni

COMITATO DI REDAZIONE Consiglio Direttivo Società Italiana di Riabilitazione Psicosociale (S.I.R.P.) Sezione della Società Italiana di Psichiatria

Presidente: G. Saccotelli Presidente eletto: R. Roncone Presidente Onorario: L. Burti Consiglieri Onorari: F. Pariante, M. Casacchia, G. Ba, F. De Marco, M. Rabboni, B. Carpiniello Vice-Presidenti: B. Gentile, A. Vita Segretario Generale: G. Corrivetti Tesoriere: C. Bellazzecca Coordinatore delle Sezioni Regionali: J. Mannu Consiglieri: L. Basso, A. Bellomo, F. Catapano, T. De Donatis, B. Ferrari, D. Labarbera, S.Lupoi, A. Mombello, M. Papi, F. Pesavento, P. Pisseri, M. Rigatelli, R. Sabatelli, D. Sadun, F. Scarpa, E. Tragni Matacchieri, C. Viganò Delegato S.I.P.: P. Peloso Revisori dei Conti: M. Peserico, I. Rossi, D. Ussorio Segretari Regionali Abruzzo: M. Casacchia Calabria: M. Nicotera Campania: G. Corrivetti Emilia-Romagna: A. Parma Lazio: J. Mannu Lombardia: M. Clerici Liguria: L. Gavazza Marche: E. Alfonsi Molise: S. Tartaglione Piemonte: G. Dallio Puglia: S. Leonetti Toscana : C. Rossi Triveneto: D. Lamonaca Sardegna: A. Baita Sicilia: D. Labarbera

SEGRETERIA DI REDAZIONE Antonella Baita, Cristina Bellazzecca, Lorenzo Burti, Bruno Gentile

Casa Editrice Update International Congress SRL - via dei Contarini 7 -Milano -Registrazione Tribunale Milano n. 636 del 18/10/2007

Gli articoli firmati esprimono esclusivamente le opinioni degli autori.



L'immagine in copertina, intitolata "Imperatrice", è stata realizzata all'interno del centro salute mentale di Vicolo Terese del I° servizio psichiatrico di Verona in collaborazione con il pittore Luigi Scapini. Il laboratorio si è svolto nel periodo novembre 2002 aprile 2003.

Fra buone pratiche e linee di qualità per un modello di riabilitazione.

II - Comparazione tra modelli nazionali, europei e del nuovo mondo.

di Massimo Rabboni*, Claudia Petrera**

Abstract

The purpose of this work is to compare Italian Psychiatric Rehabilitation (P.R.) and foreign P.R. This is the second issue of three, we are analyzing the legislation about Mental Health in the European Countries such as: UK, France, Germany, Austria, Belgium, Sweden. Also we consider Mental Health legislation of USA and Australia.

INTRODUZIONE

Dopo aver trattato la legislazione italiana riguardante la salute mentale e la strutturazione della residenzialità, in questo secondo articolo, la si mette in paragone con quella di alcuni paesi europei (Gran Bretagna, Francia, Austria, Germania, Svezia e Belgio) ed extra europei (Stati Uniti e Australia), con l'obiettivo di avere una panoramica della gestione della salute mentale di questi Paesi.

LEGISLAZIONE E RESIDENZIALITA' IN EUROPA

La **Gran Bretagna** è a partire dagli anni '30 che vede un interesse sociale e scientifico per le dinamiche interne ai gruppi, la logica dell'efficienza produttiva in ambito industriale e militare, la malattia psichiatrica, l'ascesa dei regimi totalitari e infine la guerra concorrono, in diverso modo, a sollecitare l'uso del gruppo, e dunque la sua conoscenza, come strumento di intervento e di trasformazione. In ambito psicoanalitico, questo mutamento dà origine a quella miriade di esperienze in istituzioni psichiatriche e non, in Europa, negli U.S.A., in America Latina, che cambiano radicalmente il modo di lavorare e pensare al rapporto individuo-gruppo-istituzione. La prima, esplicita esperienza di residenzialità terapeutica, autonoma rispetto ad una più generale evoluzione della psichiatria sociale nell'Europa contemporanea è quella di **John Conolly**, che nel 1856, sancisce la trasformazione del manicomio inglese di Hanwell, da lui diretto, in una comunità terapeutica, attraverso l'affermazione di due principi: il rifiuto della repressione (con la rinuncia ai metodi coercitivi) e la ricerca collettiva del progetto e della soluzione terapeutica, con una modalità

1856, sancisce la trasformazione del manicomio inglese di Hanwell, da lui diretto, in una comunità terapeutica, attraverso l'affermazione di due principi: il rifiuto della repressione (con la rinuncia ai metodi coercitivi) e la ricerca collettiva del progetto e della soluzione terapeutica, con una modalità che non escludesse dal processo il diretto interessato. Conolly sancisce un terzo principio, di sorprendente modernità, rappresentato dall'idea che tutti gli ammalati di mente dovessero essere curati, per evitare abusi, in ospedali pubblici, potendo poi essere "riabilitati" in strutture private. Questo ha influenzato l'evoluzione della cultura dell'intero continente che nonostante fosse segnata dalla presenza dei manicomi, si pone in contrapposizione ad essi cercando di lottare contro la cronicizzazione, dedicandosi al fattore "cura" e non al "custodialismo". Inoltre la fortuita e felice compresenza di autori come Wilfred Bion, John Rickmann, Elliot Jaques, Tom Main, Michael Foulkes, contribuì alla nascita dell'esperienza della Comunità Terapeutica ad orientamento psicodinamico. L'esperimento di Northfield e i lavori svolti al Tavistock Institute of Humane Relations, hanno posto le basi teoriche del movimento comunitario, così come lo conosciamo oggi [1].

Questo imponente lavoro a tutt'oggi è supportato da una legislazione che dà molta importanza sia

alla cura del malato che alla protezione sociale. La legislazione britannica permette il ricovero obbligatorio (vedi tabella riassuntiva), ma limitato a pochi casi, tuttavia non sono previsti limiti temporali a priori, sono decisi durante il percorso e possono durare anche a tempo indefinito se il paziente non migliora in base al parere di due o tre medici. Si fa notare che a differenza della legislazione italiana, i metodi coercitivi sono legali, quindi permessi e regolarmente applicati: le terapie elettroconvulsive, gli interventi neurologici e, di recente introduzione gli interventi chirurgici per impianti ormonali, che solo dal 2007 non sono più praticati coattivamente nel caso in cui il paziente sia in grado di rifiutarli, ma in caso contrario è sufficiente il parere di un secondo medico per il via libera.

Inoltre un'altra differenza, è che la legge non fa menzione della riabilitazione psichiatrica come uno dei trattamenti possibili, pur incoraggiando caldamente la presa in carico comunitaria [2].

In Francia nella psichiatria dell'inizio del '900 si delineano dei percorsi che si sono evoluti nell'arco del secolo, nati dalla necessità di differenziare la cura dall'assistenza, di svolgere un'attività preventiva e una di post-cura, la centralità dell'interazione tra il malato e l'ambiente e tra curante e paziente, di una presa in carico psicoterapeutica, che richiede una continuità nel tempo. Ed è proprio nel tentativo di offrire delle risposte innovative a queste problematiche che, tra gli anni 1945-47, si viene a definire la concezione di "settore", inteso come "territorio a misura d'uomo", ed emerge la consapevolezza che il compito specifico della psichiatria è non solo la cura tempestiva della malattia mentale, ma anche la prevenzione, l'assistenza, la post-cura e il reinserimento sociale. Sempre a partire dagli anni quaranta, un notevole impulso all'evoluzione della psichiatria francese è dato dalla psicoanalisi, tramite il movimento della "Psychothérapie Institutionnelle" e l'elaborazione teorico-operativa di autori di notevole calibro quali Ey, Diatkine, Lebovici, Kestemberg, Racamier, che, nella diversità delle posizioni, approfondiscono la teoria psicoanalitica delle psicosi e delineano una teoria della tecnica istituzionale basata sul modello psicoanalitico. In questi anni, anche a contatto con le esperienze anglosassoni di intervento di Comunità, si anima un acceso dibattito, sulla necessità di individuare nuove forme di organizzazione psichiatrica, tutto ciò si traduce in una serie di realizzazioni operative, che danno vita ad alcune importanti esperienze pionieristiche che precorrono la legislazione sulla psichiatria di settore [3].

L'ufficio generale degli affari sociali e l'ufficio generale dei servizi giudiziari francesi nel maggio del 2005 hanno proposto una revisione della Legge 1990. E' stato rilevato che ci sono delle grosse divergenze di ospedalizzazione obbligatoria all'interno dei vari distretti che vanno dal 4% al 35% sul totale dei ricoveri in psichiatria, a causa di una differente applicazione della legge nei singoli distretti. Vengono quindi programmate azioni considerate un rimedio alla diversificazione dei distretti, pertanto viene previsto: un rafforzamento degli interventi domiciliari, dell'accompagnamento e sostegno alle famiglie, del rilevamento precoce delle situazioni a rischio e una maggiore attenzione al lavoro comunitario; azioni considerate un rimedio alla diversificazione dei distretti. E' sorprendente la longevità di alcune regole della Legge 1838, può dimostrare che in Francia ci sia sempre stata una grande cura nel considerare il problema della salute mentale che ha avuto un'evoluzione storica che ha fatto da esempio sia a livello residenziale che legislativo

Le differenze con la legislazione italiana riguardano i criteri di ricovero, che in Francia sono sia per cura del paziente che per una protezione sociale, inoltre la legge non prevede termini temporali al ricovero, demandando in toto la responsabilità al prefetto, che quindi potrebbe prolungarli a tempo indefinito con tutti gli effetti negativi che questo comporta. Si fa notare inoltre che la Francia e l'Italia sono le uniche due nazioni trattate che vietano per legge qualsiasi forma di coercizione rivolta al paziente, tutti gli altri stati europei, statunitensi e australiani, contengono nel proprio testo di legge sulla salute mentale i criteri di utilizzo dei metodi coercitivi sui pazienti psichiatrici [2].

In seguito alla pubblicazione da parte dell'OMS del Rapporto della Salute Mentale del 2001, l'**Austria** ha voluto rispondere con questo documento: di Heinz Katschnig, "Selected Annotated Statistics From The Austrian Mental Health Reports 2001 And 2003" [4], nel quale si rileva la

situazione della residenzialità e più in generale della salute mentale in Austria.

L'Austria è una piccola nazione con 8 milioni di abitanti, ma che ha una grande area rurale e montagnosa. E' un paese federale pertanto i servizi sociali e per la salute sono suddivisi in nove province e questo vuol dire che non esistono dati che sono riferiti all'intero paese, ma ad ogni singola provincia. Il settore della salute mentale è molto vasto, comprende la gestione dei servizi che si occupano di psichiatria di comunità, cioè le cosiddette "strutture complementari" (ad esempio quelle residenziali o semiresidenziali), comprende anche un sistema di advocacy e di movimenti di self help, servizi per il paziente che purtroppo non si riescono a quantificare con esattezza in quanto non sono disponibili tutti i dati delle singole provincie.

Sono provveduti servizi "fuori struttura" (extramurali) da migliaia di dottori, sia medici generali che specialisti. Questi servizi di salute mentale extramurali sono stati fondati dal settore pubblico, ma sono gestiti da privati o da fondazioni caritatevoli. Il 99% della popolazione è coperta dall'assicurazione obbligatoria per la salute, che virtualmente dà libero accesso all'assistenza sanitaria con spese molto ridotte. Solo di recente tutti e nove i governi provinciali hanno fatto un referendum per decidere le linee da attuare in merito la salute mentale e la loro filosofia è risultata la stessa: un cambiamento dell'ottica basato sulla trasformazione della struttura ospedaliera centralizzata ad una decentralizzazione e diversificazione della presa in carico orientata alla comunità. Un altro cambiamento è la creazione molto diversificata di servizi comunitari che saranno in grado di registrare i propri risultati attraverso un sistema informatico che renda i piani della salute mentale più razionali, che aiutino a compensare dove le risorse sono più scarse. Inoltre per raggiungere questi obiettivi sono stati messi a disposizione pubblicazioni, opuscoli e il Rapporto della Salute Mentale austriaco, così che le informazioni a riguardo girassero tra tutta la popolazione. La Legge del 1991 austriaca inerente la salute mentale è completamente diversa da ogni modello trattato in questo articolo: non regola i ricoveri "protetti", ma è riferita solo alle persone pericolose per se stesse o per gli altri, quindi un ricovero obbligatorio è contemplato solo nel momento in cui la persona infrange la legge e/o reca danno a se stesso o ad altri. La legge tiene su due piatti della bilancia la protezione sociale da un lato e l'autonomia riguardante i diritti del paziente dall'altro e negli ultimi anni la legge si sta evolvendo a favore di una graduale costruzione di un sistema di supporto dei diritti dei pazienti in un'ottica di cura comunitaria [2].

L'alternativa all'applicazione di trattamenti restrittivi è cercata con impegno come la cosa più importante di tutto il procedimento. Le regole che tutelano la posizione del paziente durante il ricovero sono poco definite, quindi varie forme di coercizione non ancora previste dalla legge, (se non sono previste il paziente non è in grado di appellarsi alla corte), sono ancora praticate.

I vantaggi attribuibili alla legge austriaca è che la posizione legale dei pazienti psichiatrici è fortemente tutelata, infatti c'è una base legale ad ogni agire psichiatrico e sono previste delle norme moralmente accettabili anche per le misure coercitive [2]. In tutti gli ospedali psichiatrici o reparti psichiatrici ospedalieri c'è un ufficio legale a cui i pazienti possono rivolgersi in ogni momento, tale ufficio è obbligato a provvedere sostegno, parlare coi pazienti, a rappresentarli durante il processo in tribunale, deve, inoltre, parlare con il personale del reparto riguardo i desideri, gli interessi e le preoccupazioni del paziente.

Per contro ci sono svantaggi da considerare, un paziente che non si rivolge ai servizi non è preso in carico coattivamente finché non commetta un reato, quindi non si riesce a prevenire o ad evitare che la situazione del paziente si aggravi fino ad entrare in un circuito psichiatrico giudiziario. L'attuale legislazione non prevede molte opzioni per la presa in carico di pazienti cronici con comportamenti violenti, non è in grado ancora di gestire il problema in toto.

Per quanto riguarda la gestione dei sintomi psichiatrici di pazienti che non commettono reato, sono previsti dei centri di intervento per la crisi che ricovera (solo temporaneamente) il paziente ai fini di gestire i sintomi psichiatrici. L'attuale budget dedicato al sociale e alla salute è tale per cui si tende a dare la priorità al ricovero in un reparto ospedaliero, piuttosto che lavorare sul sociale. Il settore della cura al di fuori degli ospedali si sta evolvendo molto più lentamente rispetto alla cura all'interno di una struttura ospedaliera psichiatrica e questo porta ad uno sbilanciamento rispetto

agli obiettivi che si vogliono raggiungere. Non essendoci alcuna regola che obblighi le persone alla cura psichiatrica, spesso si arriva al compimento di una atto che vada contro la legge che magari poteva essere prevenuto con un minimo di prevenzione anche se coattivamente [2].

E' stato molto complesso riuscire a capire la logica della legislazione austriaca, che prende in considerazione il ricovero obbligatorio solo se un paziente commette un reato. In Italia non otterrebbe l'imputabilità e verrebbe, se il reato è grave, detenuto in una struttura carceraria psichiatrica, altrimenti inviato alle strutture sanitarie competenti. Inoltre il ricovero segue il processo e non il contrario, in Italia il paziente è ricoverato o incarcerato in modo preventivo e poi si stabilisce col giudice il da farsi, in Austria il procedimento è rovesciato, possono volerci mesi prima che venga reso operativo un ricovero obbligatorio (in Italia sono sufficienti poche ore) visto che il paziente viene prima processato e una volta stabilito che è necessario il ricovero obbligatorio è in genere di durata di qualche anno (è stabilito dal giudice e non c'è un termine preciso previsto dalla legge). Per quanto riguarda i pazienti psichiatrici che non commettono reato non sembrano siano previsti ricoveri obbligatori o obbligatorietà nella cura, si cerca di venire in contro al paziente concordando la cura e i trattamenti che più si adattano al suo stato, in quanto il diritto all'autonomia è considerato fondamentale [2].

In **Germania** un esempio di residenzialità è l'Ospedale di Brema che ancora oggi lavora con standard riabilitativi notevoli come ospedale, centro accoglienza e ospedale psichiatrico. Il Krankenhaus-museum di Brema è attualmente parte del complesso culturale situato nel parco del Klinikum Bremen-Ost, un moderno polo sanitario formato da dodici cliniche specializzate. La storia dell'origine dell'ospedale è collegata con la povertà, le epidemie (lebbra e tifo) e l'esclusione sociale del "matto e insano". Questa realtà risale al periodo medioevale dove i manicomi erano gestiti da ordini monastici spirituali del IX secolo. A quel tempo a Brema, l'Arcivescovo Ansgar fondò il St. Jürgen Guesthouse come una casa di accoglienza per i pellegrini e per la cura dei malati. L'ospedale era autosufficiente, ancora oggi infatti possono essere osservati i laboratori ancora equipaggiati per la produzione del pane.



Durante la Prima Guerra Mondiale ospitava 633 pazienti che aumentarono a 968 prima della Seconda Guerra Mondiale, dopo la quale furono introdotte nell'ospedale altri reparti: quello di neurologia, chirurgia neurologica e psicoterapia, fino ad oggi dove ci sono 12 cliniche specializzate [5].

(Di seguito a <u>sinistra</u> la festa dell'anniversario dell'Asylum nel 1910 e a <u>destra</u> le infermiere dell'ospedale nella loro uniforme)





Brema è ancora al timone del movimento di riforma psichiatrica. Attualmente il complesso ospedaliero di Brema include una serie di strutture psichiatriche che si interessano alla riabilitazione psichiatrica, dalla cura del sé al reinserimento sociale. Il suo motto è: "Non c'è salute senza salute mentale" [5]. Ad esempio l'"Innere Mission", che si pone come obiettivo il reinserimento sociale nel pieno rispetto dei diritti del paziente; la cura si basa sulla ricerca delle capacità residue, sullo stimolo all'empowerment. E' aperto a persone di tutte le età e i prezzi sono accessibili, in strutture terrazzate a 3 piani, in un luogo molto tranquillo e ben servito dai mezzi di trasporto, si può utilizzare il proprio mobilio nelle stanze, si possono preparare cibi e i progetti sono rigorosamente individualizzati. I progetti consistono nella aiuto alla programmazione della vita quotidiana, è garantita l'assistenza medica, organizzazione di gruppi sociali, ecc. [5].

La Società per l'assistenza sociale (Gesellschaft fur soziale Hilfen) di Brema organizza una serie di attività individuali che includono la cura del giardino, la terapia con gli animali e vari laboratori tra cui quelli d'arte e scultura. Si stimola il paziente ad andare a fare la spesa, gli viene insegnato a gestire il denaro, a curare la propria persona e il posto dove risiede. Inoltre sono previsti programmi di affiancamento allo studio o alla preparazione per entrare nel mondo del lavoro [5].

Con la stessa impostazione lavora ancora un'altra associazione, la "Rete sociale della libera comunità cristiana" (Sozialwerk der freien Christengemeinde) che organizza gruppi per la cura del sé, della casa, gruppi d'arte, laboratori di panificazione, per lavorare il legno e altre attività per gestire anche il tempo libero [5].

Brema vanta anche una Comunità di lavoro (Bremer Werkgemeinschaft) che offre ai propri utenti alti standard di qualità, mostra il massimo rispetto per le persone di ogni patologia, non fa differenze per religione o culture diverse, rappresenta sempre i diritti e gli interessi del malato di mente stimolandolo alla partecipazione della vita sociale, incoraggia la comunicazione considerato un fondamentale punto di incontro, si lavora in un'ottica di tolleranza del sintomo quindi la somministrazione dei farmaci viene effettuata solo se necessario, garantisce la presenza di personale competente, formato e qualificato [5].

Per Legge in Germania, il ricovero involontario di pazienti con malattie mentali è regolato a livello statale federale (tutta la Germania con tutte le nazioni). La struttura politica del sistema federale ha dato luogo alla formazione degli attuali 16 Stati Federali, che godono di sovranità in vari settori. Uno dei diritti riconosciuti agli stati è che ogni Stato Federale ha piena autorità nella definizione della sua propria legge sulla salute mentale, concentrandosi specialmente sulla regolamentazione dell'offerta di servizi sociali, ma anche di ricovero forzato in ospedali psichiatrici. Quindi ci sono alcune differenze significative tra queste leggi. Una delle più importanti riguarda la legge che definisce il periodo di tempo durante il quale i pazienti possono essere trattenuti prima che una decisione del tribunale autorizzi un ulteriore ricovero: questo periodo va da 24 a 72 ore. Questo rende molto complicato il processo di analisi della legge tedesca, rispetto al resto d'Europa che regola in un'unica legge il trattamento per persone con disturbi mentali. Ogni restrizione alla libertà

personale è governata dalla Costituzione tedesca, che nell'articolo 2 sancisce: "... la libertà della persona è inviolabile"; come pure l'articolo 104: "... la libertà personale può essere limitata solo da uno statuto formale. La appropriatezza e la durata della restrizione può essere decisa solo da un giudice". Queste limitazioni ai diritti costituzionali sono applicate solo a persone con malattie mentali. Per questo motivo, quando è stata fondata la Repubblica Federale di Germania, le leggi statali che regolano le procedure di ricovero e di trattamento per le persone malate di mente, sono passate sotto la responsabilità della Costituzione tedesca.

Da notare che la legge tedesca opera una netta distinzione tra "trattamento obbligatorio" e "ricovero obbligatorio" come due distinte modalità d'agire, quindi mentre la legge presume che la capacità di decidere del paziente con malattia mentale è compromessa, richiede il consenso ad un paziente ricoverato in status obbligatorio il consenso di trattare il suo disturbo mentale. Questa estrema contraddizione è supportata dalla sentenza della Corte Costituzionale Nazionale di Germania, che conferma e difende "il diritto ad essere malati" dei cittadini, esentando quindi la società a fare qualsiasi cosa per migliorare la condizione del malato se questo va a ledere la sua libertà personale. Rispetto alla legislazione italiana la Germania si distingue sui luoghi del ricovero che in Italia sono solo pubblici, come anche consiglia il Rapporto sulla Salute Mentale del 2001 dell'OMS, invece la Germania ha anche strutture private che svolgono tali funzioni. Inoltre la Germania include nei criteri di ricovero non solo la cura, ma anche la protezione sociale. Infine, unica in Europa oltre alla Svezia, non è consentito l'obbligo del trattamento, in quanto sarebbe considerato una violazione al diritto del paziente a stare male, al non curarsi, ma in questo caso visto che i limiti temporali sono di 4 settimane prorogabili a 4 mesi e poi di 6 mesi in 6 mesi, si può concludere che un paziente può essere ricoverato per molto tempo, che, se sono d'accordo più medici, può subire metodi coercitivi, senza tuttavia essere sottoposto ad alcun tipo di trattamento di cura [2].

Per la legislazione in **Svezia** tutti i pazienti hanno il diritto di essere curati secondo la Legge della Cura della Salute svedese (Hälso- och sjukvårds lagen), che nell'attuale versione rivista attesta che la cura dovrebbe:

- essere di buona qualità e soddisfare i bisogni del paziente;
- essere facilmente accessibile;
- basata sul rispetto dell'autonomia e integrità del paziente;
- promuovere buone relazioni tra pazienti e curanti;
- il più possibile pianificata tenendo conto dell'opinione del paziente.

La legge della Cura Mentale con Ricovero Obbligatorio del 1 gennaio del 1967 (LSVP 1966:293) era un'eccezione alla legge generale della sanità, e rappresenta il fondamento della nuova concezione della salute mentale in ospedale.

La legge della Cura Psichiatrica con Ricovero Obbligatorio (LPT 1991:1128), la legge della Cura Psichiatrica Forense (LRV1991:1472) del 1 gennaio 1992 e la legge della Cura della salute (che prevede al suo interno tutto il sistema sanitario svedese) del 1 gennaio 1997, sono il fondamento su cui si basano i ricoveri obbligatori e i trattamenti involontari di pazienti con malattia mentale.

I cambiamenti operati alla legge dal 1 gennaio 1992 hanno dato come risultati una netta diminuzione del numero dei ricoveri e un abbreviarsi dei tempi. La legge sul ricovero obbligatorio e sulla psichiatria forense mostrano un miglioramento del punto di vista di pazienti psichiatrici, rispetto alle leggi degli anni '70. Oggi i pazienti sono trattati maggiormente con il ricovero in comunità e prendono parte attiva al loro trattamento. Il numero dei posti letto è stato ridotto notevolmente (per esempio nella città di Värmland con 280.000 abitanti da 1.200 posti letto nel 1972 è arrivata a 133 nel 2001).

La comunità e i parenti dei pazienti, quando ne hanno necessità sono inseriti in programmi di informazione e i trattamenti sono fondati su progetti medici e psicosociali.

La legge sanitaria svedese e la legge del 1992 dei ricoveri obbligatori, è rivista nel 2000: pone una maggiore attenzione ai diritti dei pazienti ed è maggiormente orientata ad interventi comunitari. Ma i tagli del budget e le conseguenti riduzioni delle risorse sono l'imminente problema che necessita costantemente di essere preso in esame per garantire il rispetto dei diritti e una buona qualità dei

trattamenti [2].

La legislazione svedese, proprio come per la legislazione tedesca, non consente l'obbligo al trattamento questo, quindi, può permettere che un paziente riceva un ricovero molto lungo senza alcun trattamento di cura.

In Belgio ci sono due esempi di residenzialità che fanno capire la sensibilità di questa nazione all'intervento nel rispetto della persona. Il primo esempio riguarda l'attuale "Museum Dr. Guislain", che in principio era il "Psychiatric Centre Dr. Guislain", è stato completato nel 1857 e aveva il nome di "Hospice pour hommes aliénés" e tale realizzazione ha fatto sì che Ghent divenisse di fama internazionale. L'istituto era apprezzato come un grande passo avanti nel trattamento delle malattie mentali, era conosciuto a livello popolare come il "'t Guislaingesticht" (The Guislain Asylum), e rappresenta un pezzo di storia della psichiatria come fenomeno medico e sociale. Il fondatore di questo ospedale psichiatrico è stato il Professor Joseph Guislain (1797 - 1860), che fu tra i precursori della moderna psichiatria e uno dei primi ad occuparsi del disagio mentale. Nel 1828 la città di Ghent lo scelse come capo dei medici per le malattie mentali e così divenne il primo psichiatra ufficialmente riconosciuto del Sud dei Paesi Bassi. Egli contribuì alla Legge sul trattamento di pazienti con disturbi mentali del 1850, che enfatizzava l'uso di trattamenti nuovi, più scientifici e con regole più umane. Nel 1851 la città di Ghent commissionò la costruzione di un nuovo ospedale per pazienti psichiatrici. E da questo momento Guislain potè mettere in pratica le sue teorie psichiatriche. Egli insistette che il nuovo ospedale dovesse essere costruito al di fuori delle porte della città, in un ambiente calmo, che non dovesse avere più di due piani e che gran parte della proprietà dovesse avere giardini, campi e cortili interni. I lavori della costruzione cominciarono nel 1853 e durarono più di 20 anni, fino al 1876. Guislain divenne il primo direttore dell'ospedale che fu inaugurato nel 1857. Erano inclusi dei laboratori per carpentieri, per coloro che lavorano il ferro, per sarti, per calzolai ed altro. C'era un reparto isolato per i pazienti più violenti. Ogni ala dell'ospedale era dedicata ad un diverso trattamento, una casa per i pazienti incurabili, una per l'educazione fisica e morale, una scuola elementare, laboratori e una cella di isolamento. La sala riunioni e i laboratori erano al piano terra, mentre il dormitorio era situato al piano superiore. Guislain dava molta importanza alle stanze dove normalmente vivevano i pazienti in linea con le sue idee di terapia, cioè che l'ambiente interno dell'istituzione possa essere un fattore terapeutico. Nel 1986 il centro è diventato un museo e nel 1999 l'intero complesso è stato riconosciuto come monumento [6].

Il secondo esempio di residenzialità belga è Geel, da alcuni descritta come la "favola di una città con un matto in ogni casa". Geel (detta anche Gheel, da una antica parola germanica che significa giallo) è una cittadina del Belgio di 35.502 abitanti, situata nelle Fiandre (Provincia di Anversa). E' famosa per una caratteristica unica: è in pratica sin dal XIII secolo la più grande comunità psichiatrica terapeutica aperta del mondo. Si trova infatti vicino al santuario di Santa Dimfna (ragazza di origini irlandesi che nel VII secolo d.C. scelse il martirio pur di non cedere alle mire incestuose del padre), nota per curare in particolare le malattie mentali e proteggere l'assistenza familiare. Venne santificata nel 1247 ma il suo culto era presumibilmente già attivo. Considerando che non c'erano ospedali e le chiese rimanevano allora l'unico posto in cui poter ricoverare i malati e sperare in una cura, sin dall'antichità i parenti vi portavano i malati di malattie mentali per una intercessione della santa; molti di questi venivano accompagnati da paesi lontani e restavano a Geel, ospiti delle famiglie del posto, non sopravvenendo tuttavia alcun tipo di intervento soprannaturale, almeno apparente, i pazienti psichiatrici nel frattempo giravano per la città, partecipando alla sua vita sociale e interagendo con gli abitanti, andando a Messa, lavorando nei campi, avendo una vita abbastanza normale. E si formò così una cultura popolare, profonda, intimamente condivisa, che dura ancora oggi, cioè una rete di assistenza capillare: ad oggi si calcola che circa 1000 pazienti psichiatrici siano ospiti dei 35.000 abitanti della città belga, che vanta anche un famoso istituto psichiatrico, in cui i pazienti tornano a dormire.

Una sorta di anti manicomio ante litteram che non ha mancato di affascinare i visitatori di ogni tempo e di venire continuamente citata come modello per le comunità terapeutiche in un'ottica di

deistituzionalizzazione. Wilfried Bogaerts, portavoce dell'Opz, l'Openbaar Psychiatrisch Ziekenhuis, l'attuale "ospedale psichiatrico aperto" di Geel, dice: "Non sappiamo se così li curiamo meglio. So che però i pazienti sono contenti e mantengono un livello socialmente alto". L'Opz sceglie i malati e le famiglie da far "convivere". I malati sono schizofrenici, psicotici, handicappati mentali, con forme più o meno gravi, ma comunque tutti in una fase stabile della malattia. Le famiglie che si offrono sono cittadini di Geel che da sempre hanno conosciuto questo sistema, che lo sentono come una parte del proprio modo di vivere, che appare loro come un fatto naturale. L'hanno visto fare dai propri genitori o dal vicino di casa, quindi lo fanno anche loro [7].

Attualmente l'"Openbaar Psychiatrisch Ziekenhuis (OPZ) di Geel" è un centro psichiatrico integrato che coordina 4 divisioni autonome: pazienti adulti, geriatrici, adolescenti e un settore riabilitativo. La mission dell'ospedale è aiutare ogni essere umano che necessita di cura psichiatrica, nel proprio ambiente di provenienza. L'OPZ offre trattamenti di alta qualità mantenendo equilibrio tra gli utenti e le loro condizioni di vita. L'utente non è visto semplicemente come paziente, ma come un essere umano e questo assicura un approccio attento alle necessità del paziente [7].

Le più vecchie **leggi** del sistema legislativo belga sui ricoveri obbligatori risalgono al 18 giugno 1850 e 28 dicembre 1873. A sostituire le cosiddette leggi dell'"insanità" del periodo postnapoleonico nel tardo '800, è stata la legge del 26 giugno 1990, entrata in vigore il 27 luglio dello stesso anno, che ha portato dei cambiamenti che hanno avuto un notevole impatto sull'intero sistema giudiziario.

La legge regola una nuova procedura amministrativa nella quale ha una parte centrale il Giudice di Pace. La nuova procedura legale è il risultato di un accordo con il "Patto Europeo per i Diritti Umani", e risponde al quesito centrale: "chi può e a quali condizioni, essere obbligatoriamente ricoverato contro la propria volontà?". Benché la legge non specifica particolari disturbi mentali è comunque applicata solo in caso di forme gravi di malattia mentale e quando non c'è un altro trattamento adeguato. In pratica questo è come fosse l'equivalente del rifiuto di un trattamento volontario.

La legge regola due tipi di ricovero obbligatorio:

- 1. il ricovero obbligatorio in una istituzione psichiatrica
- 2. il ricovero obbligatorio in una famiglia

C'è una generale distinzione tra un primo periodo di "osservazione" (della durata massima di 40 giorni) e un periodo successivo più prolungato (massimo di 2 anni), chiamato "prolungamento del ricovero" (verder verbliif) durante i quali il paziente può lasciare per brevi periodi di tempo l'ospedale sotto la responsabilità del proprio psichiatra e può essere valutata col tempo la parziale ospedalizzazione.

La legge non menziona chiaramente l'obbligo del trattamento, quindi in teoria il paziente potrebbe essere nella condizione di rifiutarlo. Gli psichiatri possono, in accordo col paziente decidere la cura obbligatoria dopo il ricovero, ad esempio l'ingresso in una comunità, che comunque può durare al massimo un anno e comunque nei tempi stabiliti dal giudice nel prolungamento del ricovero. Il terapeuta e il paziente possono stipulare una sorta di contratto che indichi la durata del trattamento, le condizioni, il posto di residenza e le attività da svolgere al di fuori dell'ospedale. Se il paziente disattendesse queste condizioni o se le sue condizioni psichiatriche dovessero nuovamente peggiorare verrebbe ricoverato nuovamente in ospedale [2].

Le principali differenze con la legislazione italiana riguardanti i criteri del ricovero sono centrati sulla protezione sociale, inoltre la legge non prevede la riabilitazione psichiatrica come trattamento per i pazienti psichiatrici, anche se l'ottica in cui si muove è decisamente mirata alla comunità, lo testimonia il fatto che è previsto l'inserimento nelle famiglie e per le brevi durate dei ricoveri, che emergono dai dati epidemiologici.

La tabella che segue riassume le differenze legislative emerse nel nostro studio tra l'Italia e gli stati europei presi in considerazione:

| | SINTESI] | LEGISLAZ] | IONE STA | LEGISLAZIONE STATI EUROPEI | EI | | |
|--|-----------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|----------------|---------------------------------|-----------------------|
| | ITALIA | GRAN BRETAGNA | FRANCIA | GERMANIA | SVEZIA | AUSTRIA | BELGIO |
| 1-LUOGO DEL RICOVERO | Pubblico | Pubblico | Pubblico | Pubblico e Privato | Pubblico | Pubblico e Privato | Pubblico |
| 2 – RICOVERO OBBLIGATORIO | Presente | Presente | Presente | Presente | Presente | Presente | Presente |
| 3 – CRITERI DEL RICOVERO | Cura | Cura e Protezione Sociale | Cura e Protezione Sociale | Cura e Protezione Sociale | Cura | Cura e Protezione Sociale | Protezione Sociale |
| 4 – LIMITI TEMPORALI | Presenti | Presenti | Non Presenti | Presenti | Presenti | Presenti | Presenti |
| 5 – METODI COERCITIVI | Vietati | Presenti | Vietati | Presenti | Presenti | Presenti | Presenti |
| 6 – OBBLIGO DEL TRATTAMENTO | Presente | Presente | Presente | Non Consentito | Non Consentito | Non Previsto | Non Previsto |
| 7 – RIABILITAZIONE PREVISTA PER LEGGE | æ | No | No | SS | S | S: | o N |

LEGISLAZIONE E RESIDENZIALITA' NEGLI STATI UNITI E AUSTRALIA

Negli **Stati Uniti** ci sono stati nella storia vari esempi di residenzialità che hanno portato a delle innovazioni nel sistema psichiatrico di comunità. Le tre strutture esaminate sono: Il Chestnut Lodge Hospital, La Menninger Foundation e il Centro di Austen Riggs.



Il Chestnut Lodge Hospital è un'istituzione psichiatrica privata, che ha chiuso i battenti nel 2001 ed è stata messa all'asta per fallimento. Ancora nel biennio '95/'96 figura nella graduatoria dei "Best Hospital in America" (al 16° e 15° posto) come ospedale specializzato nel trattamento intensivo di pazienti gravi in regime di medie e lunghe degenze, coniugando in un setting comunitario la psicoterapia individuale a orientamento analitico, la farmacoterapia, la riabilitazione psichiatrica e trattamenti di gruppo ad indirizzo diverso. Fondata nel 1908 dalla famiglia Bullard, immersa in uno splendido parco di ippocastani, vicino a Washington, essa si è configurata, a partire dal 1933 e per un cinquantennio, come uno straordinario laboratorio clinico e di ricerca per la diagnosi e la cura dei gravi disturbi psichiatrici, animato dalla presenza da parte di Fromm-Reichmann, Sullivan, Searles, Burnham, Gladstone, Pao, Feinsilver, che si sono avvicendati con diverse funzioni: una genealogia di psichiatri psicoanalisti che ha influenzato in modo significativo il dibattito sull'elaborazione di un modello originale e complesso di comprensione delle psicosi e del loro trattamento terapeutico, nel quadro più generale di quella forte alleanza tra psicoanalisi e psichiatria, caratteristica della tradizione nordamericana fino agli anni '50.

La Menninger Clinic, invece è amministrata con i fondi dell'omonima Fondazione, è un prestigioso centro comprensivo per la cura, la ricerca e la formazione nell'ambito della salute mentale, riconosciuto a livello internazionale come sistema all'avanguardia per gli elevati standard di qualità. Nella rassegna annuale "Best Hospitals in America", con la classifica dei migliori ospedali psichiatrici degli Stati Uniti pubblicata dal U.S. News & World Report, la Menninger si è collocata tra i primi quatto posti in ciascuna delle 11 valutazioni effettuate e prima assoluta nell'anno 1995; anche numerose organizzazioni indipendenti nel campo della salute hanno riconosciuto la Menninger Clinic come guida nel trattamento psichiatrico e nella promozione della salute. Nel 2002, per far fronte ai problemi finanziari in un'epoca di politica sanitaria controllata senza rinunciare alla sua vocazione e identità, la Menninger ha siglato un accordo di partnership con due istituzioni, l'università Baylor di medicina e l'ospedale Methodist, che possano condividerne e sostenerne gli obiettivi di cura, formazione e ricerca. Contestualmente la sede è stata spostata nel giugno 2003 da Topeka nel Kansas a Huston nel Texas. Dal 1925, anno della sua fondazione da parte dei dottori Karl e Will Menninger, padre e figlio, la clinica ha accolto 250.000 pazienti dagli

Stati Uniti e dall'estero, attualmente ha 250 impiegati a tempo pieno e opera attraverso 95 basi satellite. Oltre all'enfasi sulla formazione clinico-psichiatrica, usando un modello psicosociale, il contributo principale della scuola è stato l'impegno profuso a favore dell'istituzione di un coerente programma di studi, accademico e clinico, di un approccio interdisciplinare e integrato alla diagnosi e al trattamento e di un modello di inchiesta nello studio del caso e nella formulazione della diagnosi. Nel 1936 inizia la pubblicazione del **Bulletin of the Menninger Clinic,** con lo scopo di offrire una prospettiva psicodinamica sull'applicazione di modelli teorici e sulle ricerche nella psicoterapia del paziente esterno, nel trattamento ospedaliero, nella formazione e in altri ambiti di possibile interesse per i professionisti del settore della salute mentale. Dal 2000 alla Menninger si diede spazio quasi esclusivamente al trattamento intensivo-residenziale con programmi specifici di trattamento per bambini adolescenti e adulti, e per i diversi disturbi (disturbi di personalità, disordini ossessivo-compulsivi, disturbi dell'umore e d'ansia, disturbi dell'alimentazione, disturbi d'abuso e dipendenza da sostanze psicoattive). Si fa valutazione diagnostica su vasta scala, mentre delega i servizi di prevenzione e assistenza territoriale ad altri fornitori locali.

Il centro di Austen Riggs è un piccolo ospedale psichiatrico, privato e senza scopo di lucro, situato nel centro della città di Stockbridge (Massachusetts). Fondato nel 1919 e attualmente diretto dallo psichiatra e psicoanalista Edward R. Shapiro, è noto a livello internazionale per la sua peculiare impostazione del processo terapeutico imperniato su un setting psicodinamico aperto, su un ambiente di vita e di apprendimento comunitario, e su una continuità di cura dal momento della presa in carico fino a quello del reinserimento. Curando una media di 70 pazienti, il Riggs rimane oggi uno dei pochi centri di trattamento psichiatrico degli Stati Uniti che fornisce una psicoterapia psicodinamica intensiva in una Comunità volontaria, aperta e non coercitiva. Questa impostazione riflette una ben precisa concezione della persona umana, della sofferenza psichica e degli obiettivi del lavoro clinico. Alla base vi è la ferma convinzione che aiutare una persona significa innanzitutto riconoscerle dignità e la capacità, per quanto coartata e indebolita, di scegliere e di prendersi carico della propria sicurezza e della propria vita passata presente e futura. La mission di Austen Riggs, è di migliorare le vite di tutte quelle persone con disturbi affettivi gravi e "trattamento-resistenti", caratterizzati dalla gestione di crisi croniche ed interrotte continuamente dalle frequenti ospedalizzazioni di breve durata. Spesso, il trattamento va a smuovere emozioni talmente intense che molti di questi pazienti non possono funzionare adeguatamente fra le sedute, non importa quanto frequenti esse siano. Ai pazienti è offerto un contesto di vita e di cura integrato con la società esterna, che valorizzi le loro risorse, li aiuti a sviluppare la loro competenza personale, le loro capacità di coping e di funzionamento sociale, e consenta loro di reinserirsi quanto prima e con efficacia nel tessuto civile, lavorativo e sociale della Comunità esterna [8].

Per quanto possano essere belle e affascinanti le esperienze e i progetti comunitari di alcune istituzioni americane rimangono comunque modelli fruibili e accessibili a pochissime persone, con alla base una **legislazione** sulla salute mentale molto variegata da stato a stato. Nell'analisi della legislazione statunitense si prende in esame nel dettaglio la legge dello Stato della Florida, che è formata dallo statuto, o come lo chiameremmo in Italia la "Legge Quadro" e dalla relativa regolamentazione [9], cioè gli aggiornamenti alla legge che vengono effettuati di frequente; gli ultimi risalgono al 2007, quindi possiamo dire che abbiamo un'idea attuale della legislazione in Florida. Gli altri stati hanno una legislazione molto simile e seguono un po' la falsariga di questa, quindi le piccole differenze che possono emergere, sono, ai fini della nostra analisi, irrilevanti.

L'attuale legge della Florida è stata applicata per revisionare e includere la legge precedente, vecchia ormai di 97 anni. Sostanzialmente rafforza il processo e i diritti civili delle persone ricoverate in "strutture per la salute mentale", in una parola i "manicomi". E' comunemente chiamata "Baker Act" (Legge di Baker), nominata così da Maxine Baker una rappresentante della Città di Miami che aveva sostenuto molto questa legge, ella faceva parte del direttivo della "House committee on Mental Health" e si riferiva alla vecchia legge rispetto al trattamento dei malati psichiatrici dicendo: "In nome della salute mentale, noi li depriviamo della cosa più preziosa in loro possesso: la libertà". Da quando la Baker Act è divenuta effettiva nel 1972, un gran numero di

emendamenti sono stati emanati a protezione dei diritti civili delle persone. Prevedeva il ricovero obbligatorio per protezione sociale dei pazienti psichiatrici in strutture, pubbliche e private. Dei recenti emendamenti, del gennaio 2005, hanno introdotto un altro tipo di ricovero a quelli già esistenti: l'"Involuntary Outpatient Placement" (ricovero obbligatorio al di fuori del manicomio, con un inserimento comunitario) [9].

Il principale sistema assicurativo che si occupa della presa in carico dei pazienti con malattie mentali è Medicaid, è l'unico, insieme ad altre pochissime assicurazioni, a finanziare la presa in carico psichiatrica, inoltre è completamente separato dalle assicurazioni sanitarie in generale. Robert Schueler psichiatra americano membro del direttivo della USPRA (l'Associazione Americana di Riabilitazione Psichiatrica) riferisce che da quest'anno secondo le nuove direttive nazionali i sistemi assicurativi sanitari dovranno integrare anche le spese psichiatriche, questo per permettere un più equo trattamento tra i vari pazienti e per cercare di prevenire i soprusi e i metodi coercitivi, comunque ancora previsti per legge (in Italia la psichiatria è entrata a far parte del Servizio Sanitario Nazionale con la Legge 833 già nel 1978). Lui insieme ad altri colleghi hanno costituito un'associazione che si oppone ai metodi coercitivi e si fanno portavoce a livello nazionale affinché questo venga un giorno previsto dalla legge statunitense.

Inoltre è necessaria un'ulteriore puntualizzazione: negli USA fanno parte dei metodi coercitivi anche l'obbligo all'assunzione della cura farmacologica che in alcuni stati non è obbligatoria, al punto che associazioni di advocacy intraprendono vere e proprie campagne contro l'obbligo della somministrazione del farmaco istituendo processi contro gli stati che prevedono tale obbligo. Un po' come il Tribunale per i Diritti del Malato in Italia, con la differenza che questo si occupa solo di abusi e non entra nel merito della cura.

In **Australia** la situazione legislativa è ben descritta dal Rapporto Australiano per la Salute Mentale del 2004 (10), che riassume in generale la situazione istituzionale e residenziale di tutti gli stati dell'Australia. Tale documento rivela come il Governo Federale Australiano stia lavorando per far sì che i servizi di salute mentale pubblici rispondano nel migliore modo possibile a queste esigenze. Questo rapporto si pone come obiettivi di rendere più efficaci i trattamenti, un maggior supporto alla psichiatria di comunità, maggiore aiuto a coloro che assistono i pazienti a casa e una dura azione contro lo stigma. Lo slogan di questo rapporto è "azzardiamo la cura" (dare to care) [10]. E' dagli anni '90 che in Australia è stato proposto un processo di deistituzionalizzazione [11], ma di fatto non sono mai stati dati i fondi necessari per renderlo possibile. Allo stato attuale si sta facendo un passo indietro verso le istituzioni psichiatriche vecchio stile e i servizi comunitari aperti in questi anni, vengono gradualmente accorpati in unità psichiatriche carcerarie (le uniche a non aver avuto tagli di fondi) e di fatto queste unità sono diventate le sole istituzioni psichiatriche al momento. Non ci sono strategie coerenti a superare questa empasse: da un lato si legifera a favore della riabilitazione psichiatrica, della introduzione di training per le famiglie o per il problema della doppia diagnosi, ma delle leggi che puniscano coloro che fanno discriminazione contro persone affette da disabilità mentale non ci sono, a parte che nello stato della Tasmania. La legislazione australiana è al passo coi tempi e con le linee direttive del Rapporto della salute mentale della Organizzazione Mondiale della Sanità del 2001, ma lo sviluppo pratico è fermo per mancanza di fondi, non solo non essendoci sufficienti posti nei manicomi, i pazienti psichiatrici spesso vengono direttamente rinchiusi in carcere. Questo documento denuncia tali carenze e tuttavia elogia gli stati della Tasmania e della Victoria, che nonostante avessero scarse sovvenzioni offrono servizi che lavorano coerentemente alle impostazioni ideologiche e legislative dell'Australia. Le famiglie e gli utenti si sono organizzati in associazioni che mantengono alti i livelli del funzionamento dei servizi, con continui controlli e ricerche sul campo (stakeholder - portatori di interessi) [10].

In **conclusione**, le leggi italiane rispetto alla salute mentale risultano tra le più all'avanguardia, non solo per la chiusura dei manicomi, caratteristica questa che rende il nostro Paese unico in tutto il mondo, ma anche per un orientamento comunitario degli interventi riabilitativi, che, dice la legge, sono i più efficaci per il trattamento di pazienti psichiatrici da reinserire nella società. D'accordo

con l'ottica italiana è il Rapporto sulla Salute Mentale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità del 2001, che spinge ogni paese ad agire nel rispetto del malato, per un reale miglioramento del tenore di vita del paziente e dei suoi familiari, con il fine ultimo di reinserirlo in un contesto sociale in autonomia.

Nel prossimo articolo tratteremo come la Riabilitazione Psichiatrica è praticata e percepita da altre persone nel mondo, attraverso l'analisi di questionari che hanno gentilmente compilato e che hanno reso questa ricerca così ricca sia a livello di conoscenze che di contatto umano.

| SINTESI LEGISLAZIONE STATI EXTRA-EUROPEI | | | | | |
|--|----------|----------------------------|--------------------|--|--|
| | ITALIA | USA | AUSTRALIA | | |
| 1 – LUOGO DEL RICOVERO | Pubblico | Pubblico e Privato | Pubblico e Privato | | |
| 2 – RICOVERO OBBLIGATORIO | Presente | Presente | Presente | | |
| 3 – CRITERI DEL RICOVERO | Cura | Protezione Sociale | Protezione Sociale | | |
| 4 – LIMITI TEMPORALI | Presenti | Presenti | Presenti | | |
| 5 – METODI COERCITIVI | Vietati | Presenti | Presenti | | |
| 6 – OBBLIGO DEL TRATTAMENTO | Presente | Non per tutti gli Stati | Presente | | |
| 7 – RIABILITAZIONE PREVISTA PER LEGGE | Sì | Sì | Sì | | |

^{*} Psichiatra, Direttore USC Psichiatria 2 Ospedali Riuniti di Bergamo

Bibliografia

- [1] Vigorelli, M. *Il modello della Comunità Terapeutica: l'area inglese*. Rivista Terapia di Comunità anno 6 n. 32, aprile 2006.
- [2] European Commission Health & Consumer Protection Directorate-General. *Compulsory Admission and Involuntary Treatment of Mentally Ill Patients —Legislation and Practice in EU-Member States* (2002).
- ec.europa.eu/health/ph projects/2000/promotion/
- fp promotion 2000 frep 08 en.pdf
- [3] Vigorelli, M. *Il modello della Comunità Terapeutica: l'area francese*. Rivista Terapia di Comunità anno 8 n. 38, gennaio 2008.
- [4] Heinz Katschnig, Selected Annotated Statistics From The Austrian Mental Health Reports 2001 And 2003.
- [5] Cartoline del Museo psichiatrico di Brema "Krankenhaus-Museum am ZKH Bremen-Ost", Zuricher Str. 40, 28325 Bremen "Zurück ins Leben: Psychiatriereform in Bremen". Dalla rivista "Leuchtfeuer" n. 14 giugno 2008 Locandina dell'Innere Mission, "Wohnheim, Lüder-von-Bentheim-Straβe 2b". Locandina del Gesellschaft für soziale Hilfen, "Tagesförderstätte für Menschen mit geistiger Behinderung". Locandina del Sozialwerk der freien Christengemeinde, "Werkstätten für Ergotherapie und Beschäftigung". Locandina del Bremer Werkgemeinschaft, "Bremer Werkgemeinschaft Sozialtherapeutischer Verein e.V.".

^{**} Psicologa e Tecnico della Riabilitazione psichiatrica, UO Psichiatria 2 Ospedali Riuniti di Bergamo

- [6] http://www.museumdrguislain.be/
- [7] http://www.agor.mediacity.it/Geel.htm http://www.opzgeel.be/en/home/htm/intro.asp
- [8] Vigorelli, M.Il modello della Comunità Terapeutica: l'area statunitense. Rivista Terapia di Comunità anno 6 n. 34, ottobre 2006.
- [9] Mental Health Law MegaLaw.com http://www.megalaw.com/top/mentalhealth.php
- [10] SANE Australia Mental Health Report 2004 "Dare to care!"
- [11] http://www.austlii.edu.au/au/legis/nsw/consol_act/mha2007128/

Prevenire la psicosi: tra l'identificazione precoce e il trattamento ottimale. Follow up 12 e 24 mesi - 5 anni.

di Esterina Pellegrini*, Claudio Cetti** et al.°

Abstract

The usefulness of making an early diagnosis of a psychotic disorder or even better the possibility of preventing the manifestation of such a highly invalidating illness, have led many researchers all over the world and lately also our group of the Como Mental Health Department (DSM), to test screening models that could help in achieving these ambitious goals.

The Department of Mental Health of the Como S. Anna Hospital partecipated to a 3-year experimental project financed by Region Lombardia (started on January 1st 2002 and ended on December 31 2004) aimed to an early intervention in psychotic disorders.

This project worked as a catalyst to increase clinical skills in the Como Mental Health Department and remained active as a departmental project using available resources, and applying the optimized and reorganized treatment guidelines and working methods for the identification of "at risk mental states" and to provide for the specific needs of subjects suffering their first psychotic episode. The team that partecipated to the regional project remained the same in the territorial psychiatric services, closely integrated with their day-to-day clinical practice, aimed at an early intervention in young people (18/34 years) referred to the DSM services.

PREMESSA

L'utilità di una diagnosi precoce dei disturbi psicotici o ancor più la possibilità di prevenire l'insorgenza di malattie spesso invalidanti, hanno indotto i ricercatori di molti paesi e, da ultimo, anche il nostro gruppo del Dipartimento di Salute Mentale (DSM) di Como, a sperimentare modelli di screening che consentano di realizzare questi ambiziosi obiettivi.

Le linee fondamentali del Progetto Regionale a cui ha partecipato il DSM di Como sono:

Precoce individuazione degli stati mentali "a rischio".

Tempestivo trattamento del primo episodio.

Interventi mirati all'individuo e al suo contesto.

Definizione di strumenti e metodi per l'individuazione e la valutazione.

In particolare il Progetto, rivolto specificatamente ai giovani di età compresa tra i 17 e i 30 anni, si prefigge due obiettivi primari:

- Individuazione precoce, Trattamento Farmacologico e Psicosociale Ottimale Integrato del primo episodio psicotico (Gruppo Primo Episodio Psicotico).
- Identificazione, valutazione clinica, monitoraggio e trattamento di pazienti "a rischio" di insorgenza di un evento psicotico (Gruppo soggetti "a rischio").

Il background teorico è fortemente influenzato dall'esauriente lavoro di Ian Falloon e Patrick McGorry sull'identificazione tempestiva ed efficace di quei soggetti che presentano sia sintomi precoci di un episodio psicotico incombente, sia stati mentali a rischio che potrebbero precedere un disturbo psicotico. Una crescente quantità di ricerche indica che la schizofrenia non è una malattia progressiva caratterizzata da un lento deterioramento del funzionamento [...] al contrario, gran parte del danno sembra avvenire al momento del primo episodio di psicosi franca (Davidson L., McGlashan T., 1998).

Recenti studi hanno dimostrato che la durata media tra l'esordio del disturbo psicotico e il primo contatto psichiatrico (DUP) è di due anni (Larsen T.K., McGlashan T. et al., 1996).

Una DUP lunga è risultata essere correlata a una maggiore resistenza al trattamento, a depressione più grave, a un peggiore funzionamento psicosociale e a un maggior rischio di ricaduta (Edwards J., Maude D., McGorry P., 1998).

Un intervento precoce integrato rivolto a individui con sintomi prodromici (e alle loro famiglie) ha condotto ad una riduzione di 10 volte dell'incidenza annuale di schizofrenia nell'area studiata (Falloon I.R., 1992).

METODO

Il programma sperimentale finanziato dalla Regione Lombardia della durata di tre anni (è iniziato il 1 Gennaio 2002 ed è terminato il 31 Dicembre 2004) finalizzato ad un intervento precoce nelle psicosi – quanto meno per quanto riguarda i giovani – ha funzionato da catalizzatore per aumentare la competenza clinica nei servizi del Dipartimento di Salute Mentale di Como ed è proseguito come Progetto Dipartimentale utilizzando le risorse disponibili, i protocolli di trattamento e le procedure di lavoro ridefinite e riorganizzate per identificare gli "stati mentali a rischio" e per provvedere ai bisogni specifici dei soggetti al primo episodio psicotico. E' stata così mantenuta la specifica équipe nell'ambito dei CPS, strettamente integrata con la normale attività degli stessi, che si occupa dell'intervento precoce nella popolazione giovane (18/34 anni) che afferisce ai servizi del DSM.

Il programma svolto ci consente oggi qualche spunto di riflessione sulla base della nostra pratica clinica. Il Dipartimento di Salute Mentale di Como fornisce assistenza psichiatrica ad una popolazione di circa 500.000 abitanti. Una percentuale variabile dall'1 all' 1,5 per cento dei residenti nella Provincia di Como di oltre 17 anni, contattano in un anno i nostri servizi psichiatrici.

Si sono rivolti al Dipartimento di Salute Mentale nel corso del periodo considerato (gennaio 2002 / dicembre2003) al loro "primo contatto" con le nostre strutture 947 giovani di età compresa tra 17 e 30 anni. Presentiamo qui di seguito i risultati basati sui dati raccolti dei soggetti di età compresa tra i 17 e i 30 anni afferenti come primo contatto al Dipartimento di Salute Mentale di Como che sono rientrati nello studio sulla base dei criteri di inclusione (in seguito esposti). Su questi soggetti è stata fatta una valutazione iniziale (baseline), un osservazione (follow up) a 12 mesi e una a 24 mesi.

Tutti i soggetti sono stati presi in cura secondo un modello prestabilito che prevede strategie di intervento costruite di volta in volta sulle caratteristiche del singolo paziente, del suo nucleo familiare e del suo ambiente. Tali strategie si propongono di:

- Motivare le persone alla partecipazione al programma.
- Motivare al trattamento farmacologico migliorando l'adesione al trattamento.
- Favorire le conoscenze sulla malattia e sui fattori di rischio.
- Migliorare la gestione delle fasi di acuzie sintomatologica e il riconoscimento dei segni precoci di crisi.
- Favorire modalità adattive e di fronteggiamento (coping).
- Migliorare l'interazione in ambito familiare e il funzionamento sociale
- Ridurre le situazioni conflittuali scatenanti (triggers).
- Favorire il progresso verso il raggiungimento di obiettivi personali e la capacità di soluzione dei problemi.
- Ridurre l'autostigmatizzazione e lo stigma sociale.

Tali obiettivi vengono perseguiti mediante:

- •Protocolli farmacologici.
- •Incontri individuali.
- •Gruppi o interventi di gestione dell'ansia.
- •Interventi di psicoeducazione sulla malattia e sulla terapia .
- •Interventi sull'abilità di comunicazione.
- •Gruppi o interventi di Problem Solving.
- •Gruppi o interventi di Terapia Razionale Emotiva ABC delle Emozioni.
- •Interventi mirati al gruppo di risorsa del soggetto (famiglia).
- •Attivazione della rete sociale.
- •Valorizzazione di esperienze e competenze locali già in atto (es. gruppi di self-help tra familiari o pazienti, counseling o terapia familiare, ecc.).

Strumenti di valutazione:

Health of the Nation Outcome Scale (HoNOS), Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS), Current Psychiatric State – 50 (CPS-50), Accertamento disabilità (AD), Functional Analysis of Core Environment (FACE), Global Assessment of Functioning (GAF).

Criteri di inclusione:

Gruppo Primo Episodio Psicotico: soggetti eta' 17-30 anni con sintomatologia che soddisfi i criteri diagnostici per la Schizofrenia o altri Disturbi Psicotici previsti dalla classificazione del DSM - IV - TR. Gruppo soggetti "a rischio": soggetti eta' 17-30 anni ad alto rischio sulla base dei seguenti criteri:

- I) Soggetti con almeno uno dei sintomi psicotici attenuati (come definiti nel Disturbo Schizotipico di Personalità) e punteggio lieve o moderato ad alcuni items della Brief Psychiatric Rating Scale.
- II) Soggetti che presentano fattori di rischio di tratto e di stato con perdita di 30 punti alla Scala del Funzionamento (GAF).
- III) Soggetti con anamnesi di brevi episodi transitori psicotici a risoluzione spontanea in una settimana (Yung et al.,1998)
- IV) Soggetti che presentano almeno un sintomo alla scala dei sintomi prodromici di I. Falloon (I.Falloon, 1996).

Campione Gruppo Primo Episodio Psicotico

Dei 947 "primi contatti", 44 giovani (29 maschi e 15 femmine) erano al loro primo episodio conclamato di psicosi di tipo schizofrenico.

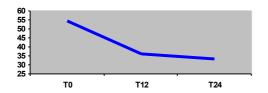
| Numero soggetti | 44 |
|------------------|--|
| Sesso | 29 maschi (65,9%) – 15 femmine (34,1%) |
| Media età | 25,02 anni (range: 17 – 30) |
| Media istruzione | 9,7 anni di studio (range: 5 – 16) |
| Occupazione | Studia: 7 (15,9%) – Lavora: 22 (50%) – Non lavora: 15 (34,1%) |
| Diagnosi | Schizofrenia ed altri disturbi psicotici: 44 (100%) |

Risultati Gruppo Primo Episodio Psicotico

Nel complesso i grafici che seguono mostrano l'efficacia della nostra strategia di Trattamento Integrato per i soggetti che manifestano un Primo Episodio Psicotico, inoltre una risposta positiva al trattamento farmacologico associato ad interventi psicosociali intensivi può servire a minimizzare i disagi sociali e occupazionali causati dall'insorgere della psicosi.

BRIEF PSYCHIATRIC RATING SCALE (BPRS)

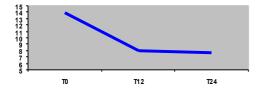
Gruppo "Primo Episodio Psicotico" (N= 44)



| | Media | DS | t | р |
|-----|-------|------|--------|-------|
| T0 | 54,45 | 15,6 | 23,139 | 0,000 |
| T12 | 35,96 | 10,9 | 21,940 | 0,000 |
| T24 | 33,37 | 8,7 | 25,516 | 0,000 |

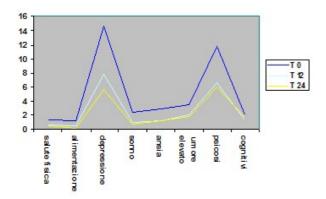
HEALTH OF THE NATION OUTCOME SCALE (HoNOS)

Gruppo "Primo Episodio Psicotico" (N= 44)



| | Media | DS | t | р |
|-----|-------|-----|--------|-------|
| T0 | 13.90 | 4,3 | 21,585 | 0,000 |
| T12 | 7,94 | 3,7 | 14,103 | 0,000 |
| T24 | 7,72 | 4,3 | 11,735 | 0,000 |

CURRENT PSYCHIATRIC STATE – 50 (CPS-50) Gruppo "Primo Episodio Psicotico" (N= 44)



| T0 | Media | DS | t | p |
|---------------|-------|------|--------|-------|
| Salute fisica | 1,45 | 1,64 | 5,851 | 0,000 |
| Alimentazione | 1,34 | 1,84 | 4,829 | 0,000 |
| Depressione | 14,60 | 8,10 | 11,950 | 0,000 |
| Sonno | 2,40 | 2,97 | 5,371 | 0,000 |
| Ansia | 2,88 | 2,19 | 78,738 | 0,000 |
| Umore elevato | 3,65 | 3,16 | 7,676 | 0,000 |
| Psicosi | 11,75 | 6,21 | 12,543 | 0,000 |
| Cognitivi | 1,93 | 2,42 | 5,285 | 0,000 |

| T12 | Media | DS | t | р |
|---------------|-------|------|--------|-------|
| Salute física | 0,63 | 0,84 | 4,981 | 0,000 |
| Alimentazione | 0,54 | 1,17 | 3,070 | 0,004 |
| Depressione | 7,90 | 4,89 | 10,683 | 0,000 |
| Sonno | 0,98 | 0,90 | 7,188 | 0,000 |
| Ansia | 1,27 | 1,25 | 6,736 | 0,000 |
| Umore elevato | 1,99 | 2,50 | 5,274 | 0,000 |
| Psicosi | 6,61 | 6,69 | 6,550 | 0,000 |
| Cognitivi | 1,42 | 1,50 | 6,293 | 0,000 |

| T24 | Media | DS | t | р |
|---------------|-------|------|-------|-------|
| Salute fisica | 0,50 | 0,80 | 4,196 | 0,000 |
| Alimentazione | 0,15 | 1,40 | 2,525 | 0,015 |
| Depressione | 5,65 | 5,14 | 7,291 | 0,000 |
| Sonno | 0,86 | 1,01 | 5,639 | 0,000 |
| Ansia | 1,31 | 1,21 | 7,163 | 0,000 |
| Umore elevato | 1,81 | 2,20 | 5,450 | 0,000 |
| Psicosi | 5,97 | 6,33 | 6,256 | 0,000 |
| Cognitivi | 1,75 | 2,35 | 4,947 | 0,000 |

DISTRIBUZIONE DEI SOGGETTI DEL GRUPPO "PRIMO EPISODIO PSICOTICO" SECONDO I CRITERI ALLA BPRS

| Punteggi BPRS | % di soggetti al T0 | % di soggetti al T12 | % di soggetti al T24 |
|------------------|------------------------|-------------------------|-------------------------|
| ≤ 30 | 4,5 % | 27,3% | 54,5% |
| 31 – 49 | 41 % | 63,6% | 38,6% |
| ≥ 50 | 54,5 % | 9,1% | 6,9% |

La distribuzione dei soggetti del gruppo "Primo Episodio Psicotico" in base ai punteggi alla BPRS mostra, ad un anno di follow-up, un esito largamente caratterizzato da una completa remissione dei sintomi (<30) o dalla presenza di una sintomatologia lieve / moderata (31-49). A due anni di follow - up solo il 6,9 % dei soggetti mantiene una sintomatologia grave.

DURATA DELLA PSICOSI NON TRATTATA (DUP) NEI SOGGETTI AL PRIMO EPISODIO PSICOTICO

| Numero soggetti | 44 |
|-----------------|--------|
| Media (in mesi) | 5,1 |
| Mediana | 1 |
| Min - Max | 0 - 48 |

La durata media tra l'esordio del disturbo psicotico e il primo contatto psichiatrico nel nostro campione è di 5,1 mesi ed è decisamente inferiore rispetto al tempo riscontrato in letteratura che è di 2 anni (Larsen T.K., 1996).

Tale dato fa supporre che l'intervento di sensibilizzazione ai medici di base e ai servizi sociali ha favorito l'invio come mostra anche l'aumento nel triennio 2001/2003 dei soggetti compresi nella fascia di età 17-30 anni al primo contatto con il nostro Dipartimento di Salute Mentale: anno 2001 = 371, anno 2002 = 403, anno 2003 = 544, anno 2004 = 572.

Campione Gruppo Soggetti "a Rischio"

Dei 947 "primi contatti" 47 soggetti (30 maschi e 17 femmine) che si sono rivolti al DSM per un disagio di natura non psicotica sono stati considerati "a rischio" di potere esordire in una franca psicosi.

| Numero soggetti | 47 |
|------------------|---|
| Sesso | 30 maschi (63,8%) – 17 femmine (36,2%) |
| Media età | 24,2 anni (range: 17 – 30) |
| Media istruzione | 9,9 anni di studio (range: 8 – 18) |
| Occupazione | Studia: 13 (27,7%) – Lavora: 22 (46,8%) – Non |
| Occupazione | lavora: 12 (25,5%) |
| | Disturbi della personalità: 25 |
| | (53,2%) - Disturbi d'ansia: 9 |
| Diagnosi | (19,1%) - Disturbi dell'umore: 10 |
| | (21,3%) - Disturbi dovuti all'uso di sostanze |
| | stupefacenti: 3 (6,4%) |

Risultati Gruppo Soggetti "a Rischio"

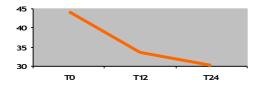
I seguenti grafici illustrano come il gruppo a rischio ha mostrato un significativo miglioramento dello stato clinico e del funzionamento psicosociale come mostrato dalle scale BPRS, HoNOS e FACE. Questo complessivo miglioramento è evidente anche se in questo campione sono compresi gli otto soggetti che hanno sviluppato un primo episodio psicotico nel corso dello studio con corrispondenti punteggi più elevati su tutte le scale di valutazione.

Il trattamento precoce dei sintomi prodromici potrebbe essere forse efficace anche nel ridurre il rischio di una transizione a una psicosi franca.

Se così fosse, questo potrebbe almeno in parte spiegare perché nella nostra ricerca abbiamo trovato una percentuale di soggetti che hanno sviluppato psicosi ad un anno di follow up significativamente più bassa (14%) di quella osservata nello studio di Yung et al (35-40%), dove solo interventi "non specifici" venivano forniti ai soggetti a rischio.

BRIEF PSYCHIATRIC RATING SCALE (BPRS)

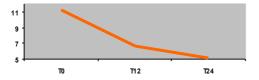
Gruppo "Soggetti a Rischio" (N=47)



| | Media | DS | t | р |
|-----|-------|------|--------|-------|
| T0 | 44,12 | 9,50 | 31,823 | 0,000 |
| T12 | 33.60 | 9,18 | 25,089 | 0,000 |
| T24 | 30,17 | 5,58 | 37,054 | 0,000 |

HEALTH OF THE NATION OUTCOME SCALE (HoNOS)

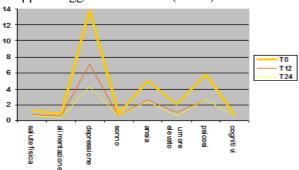
Gruppo "Soggetti a Rischio" (N=47)



| | Media | DS | t | р |
|-----|-------|------|--------|-------|
| T0 | 11,31 | 4,64 | 16,709 | 0,000 |
| T12 | 6,74 | 3,82 | 12,080 | 0,000 |
| T24 | 5,17 | 2,85 | 12,412 | 0,000 |

CURRENT PSYCHIATRIC STATE - 50 (CPS-50)

Gruppo "Soggetti a Rischio" (N=47)



| T0 | Media | DS | t | р |
|---------------|-------|------|--------|-------|
| Salute fisica | 1,40 | 1,67 | 5,729 | 0,000 |
| Alimentazione | 0,94 | 1,13 | 5.699 | 0,000 |
| Depressione | 13,91 | 7,35 | 12,965 | 0,000 |
| Sonno | 0,93 | 1,11 | 5,787 | 0,000 |
| Ansia | 4,91 | 3,07 | 10,953 | 0,000 |
| Umore elevato | 2,06 | 1,42 | 9.972 | 0,000 |
| Psicosi | 5,80 | 5,42 | 7.335 | 0,000 |
| Cognitivi | 0,71 | 1,27 | 3,853 | 0,000 |

| T12 | Media | DS | t | р |
|---------------|-------|------|--------|-------|
| Salute fisica | 0,80 | 0,91 | 6,061 | 0,000 |
| Alimentazione | 0,52 | 0,74 | 4,819 | 0,000 |
| Depressione | 7,15 | 4,50 | 10,873 | 0,000 |
| Sonno | 0,59 | 0,67 | 6,042 | 0,000 |
| Ansia | 2,69 | 2,08 | 8,867 | 0,000 |
| Umore elevato | 1.15 | 1,77 | 4,477 | 0,000 |
| Psicosi | 2,78 | 3,08 | 6,188 | 0,000 |
| Cognitivi | 0.56 | 0,99 | 3,910 | 0,000 |

| T24 | Media | DS | t | р |
|---------------|-------|------|-------|-------|
| Salute fisica | 0,52 | 0,80 | 4,471 | 0,000 |
| Alimentazione | 0,41 | 0,59 | 4,790 | 0,000 |
| Depressione | 4,36 | 3,68 | 8,117 | 0,000 |
| Sonno | 0,55 | 0,71 | 5,320 | 0,000 |
| Ansia | 2,41 | 1,89 | 8,734 | 0,000 |
| Umore elevato | 0,51 | 0,83 | 4,261 | 0,000 |
| Psicosi | 2,65 | 4,03 | 4,516 | 0,000 |
| Cognitivi | 0,65 | 1,01 | 4,444 | 0,000 |

Soggetti che hanno sviluppato un franco episodio psicotico durante il progetto

Dei 47 soggetti "a rischio" che si sono rivolti al DSM per un disagio di natura non psicotica, 8 soggetti (7 maschi e 1 femmina) hanno nel corso di un anno di osservazione sviluppato una franca psicosi.

| Numero soggetti | 8 |
|------------------|--|
| Sesso | 7 maschi (87,5%) – 11 femmine (12,5%) |
| Media età | 21,75 anni (range: 19 – 30) |
| Media istruzione | 9,6 anni di studio (range: 5 – 16) |
| Diagnosi | Disturbi della personalità: 3 (38%) - Disturbi d'ansia: 4 (49%) - Disturbi dovuti all'uso di sostanze stupefacenti: 1 (13%) |

DISTRIBUZIONE DEI SOGGETTI CHE HANNO SVILUPPATO UN EPISODIO PSICOTICO SECONDO I CRITERI ALLA BPRS

| Punteggi BPRS | % di soggetti al T0 | % di soggetti al T12 | % di soggetti al T24 |
|---------------|------------------------|-------------------------|-------------------------|
| ≤ 30 | 12,5 % | 0% | 50% |
| 31 – 49 | 25 % | 100% | 50% |
| ≥ 50 | 62,5 % | 0% | 0% |

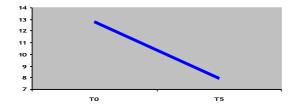
La distribuzione dei soggetti a rischio che hanno sviluppato un primo episodio psicotico nel corso del progetto sui punteggi BPRS suggerisce che il "pacchetto" di trattamento fornito è risultato molto efficace nella gestione dell'esordio della psicosi con un esito già dopo un anno largamente caratterizzato da una completa remissione o dalla persistenza di una sintomatologia lieve/moderata.

Follow up a 5 anni

Gli effetti a lungo termine di questo intervento precoce sul decorso della malattia (in termini di ricadute, gravità dei sintomi e livello di funzionamento) si sono confermati anche al follow up a 5 anni nel campione di soggetti (N=26) reclutati nel 2002 che alla valutazione di Dicembre 2007 presentavano 60 mesi di follow up.

HEALTH OF THE NATION OUTCOME SCALE (HoNOS)

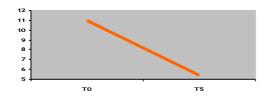
Gruppo "Primo Episodio Psicotico" (N=8)



| Media | | |
|-------|-----|--|
| T0 T5 | | |
| 12,88 | 7,9 | |

HEALTH OF THE NATION OUTCOME SCALE (HoNOS)

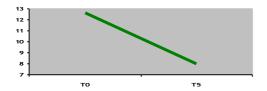
Gruppo "Soggetti a Rischio" (N=12)



| Media | | |
|-------|-----|--|
| T0 | T5 | |
| 11 | 5,4 | |

HEALTH OF THE NATION OUTCOME SCALE (HoNOS)

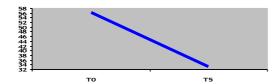
Soggetti transitati dal gruppo 2 al gruppo 1 (N=6)



| Media | | |
|-------|---|--|
| T0 T5 | | |
| 12,6 | 8 | |

BRIEF PSYCHIATRIC RATING SCALE (BPRS)

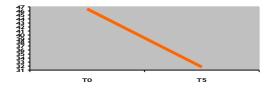
Gruppo "Primo Episodio Psicotico" (N=8)



| Media | | |
|-------|-------|--|
| T0 | T5 | |
| 56,34 | 33,17 | |

BRIEF PSYCHIATRIC RATING SCALE (BPRS)

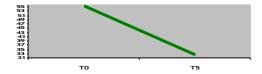
Gruppo "Soggetti a Rischio" (N=12)



| Media | | |
|-------|-------|--|
| T0 T5 | | |
| 46,41 | 31,83 | |

BRIEF PSYCHIATRIC RATING SCALE (BPRS)

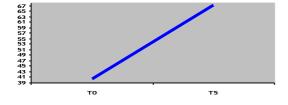
Soggetti transitati dal Gruppo 2 al Gruppo 1 (N=6)



| Media | | | |
|-------|------|--|--|
| T0 T5 | | | |
| 55,5 | 32,3 | | |

VALUTAZIONE DEL FUNZIONAMENTO GLOBALE (VGF)

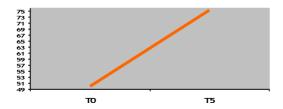
Gruppo "Primo Episodio Psicotico" (N=8)



| Media | |
|-------|-------|
| T0 | T5 |
| 40,43 | 67,21 |

VALUTAZIONE DEL FUNZIONAMENTO GLOBALE (VGF)

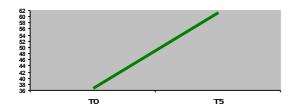
Gruppo "Soggetti a Rischio" (N=12)



| Media | | |
|-------|-------|--|
| T0 | T5 | |
| 50 | 75,41 | |

VALUTAZIONE DEL FUNZIONAMENTO GLOBALE (VGF)

Soggetti transitati dal Gruppo 2 al Gruppo 1 (N=6)



| Media | | |
|-------|-------|--|
| T0 | T5 | |
| 36,66 | 61,33 | |

CONCLUSIONI

Un "pacchetto" di trattamento integrato che associ a un ottimale trattamento farmacologico intensivi interventi psicosociali si è dimostrato altamente efficace nel trattamento dei pazienti al primo episodio psicotico.

Gli effetti a lungo termine di questo intervento precoce sul decorso della malattia (in termini di ricadute, gravità dei sintomi e livello di funzionamento) sono state valutate nei futuri follow up e hanno confermato i risultati incoraggianti qui esposti.

L'identificazione di soggetti con "stati mentali a rischio" grazie a strumenti valutativi ad hoc è una procedura utile ed efficace che può portare precocemente all'attenzione del clinico soggetti a rischio di sviluppare un disturbo psicotico e permette di trattare efficacemente "sintomi prodromici". Ulteriori studi sono necessari per identificare meglio specifici fattori prodromici di alto rischio.

L'idea di prevenire l'esordio della psicosi identificando e trattando efficacemente "sintomi prodromici" in soggetti con "stati mentali a rischio" è ovviamente molto attraente, particolarmente alla luce delle più recenti osservazioni sulla schizofrenia che sottolineano la rilevanza dei fattori psicosociali sul decorso e possibilmente sull'eziologia del disturbo e il loro ruolo nei meccanismi della plasticità e connettività del cervello (Harrison, G., 2004).

Un intervento tempestivo, agendo sia a livello biologico (terapia farmacologica) che psicosociale (psicoeducazione, training nella gestione dello stress etc.), ritarda solo l'inevitabile manifestazione di un disturbo o effettivamente lo "cura" prima che questo possa svilupparsi appieno?

°A. Mastroeni, F. Galletti, C. Groppi, G. Molinari, E. Somaschini, E. Beneggi, F. Cavicchioni, L. Floris, E. Lai, D. Brusa, M. Portelli, N. Pozzi, M. Bellotti, P. Cetti, S. Luisetti, F. Mapelli, D. Quadrio, M. Bulgarelli, F. Belanti, M. Ianni, G. Lamon, and Ian Falloon

Con la preziosa collaborazione del personale infermieristico del Dipartimento di Salute Mentale di Como coinvolto nel progetto.

- * Psichiatra Responsabile Progetto Dipartimentale sull'Intervento Precoce delle Psicosi nella popolazione giovane.
- ** Psichiatra Direttore del Dipartimento di Salute Mentale di Como.

Bibliografia

- [1] Davidson L., McGlasham T., "Psychoterapeutic and cognitive-behavioral treatment for schizophrenia". In Peris C., McGorry P., "Cognitive Psychoterapy of Psychotic Disorders", 1998.
- [2] Larsen TK, McGlashan T., et al., "First episode schizophrenia: early course parametyers", Schizophr. Bull., 1996.
- [3] Edwards J., Maude D., McGorry P., "Prolonged recovery in firsty episode psychosis", Br. J. Psichiatry Suppl., 1998.
- [4] Fallonn IR, "Early intervention for first episodes of schizophrenia a preliminary exploration", Psychiatry, 1992.
- [5] Yung A.R., Phillips L.J., McGorry P.,McFarlane C.A., Francey S., Harrigan S., Patton G.C., Jackson H.J., "Prediction of Psychosis. A step towards indicated prevention of schizophrenia", Br. J. Psichiatry Suppl., 1998
- [6] McGorry P.D., "The recognition and optimal management of early psychosis: an evidence-based reform", 2002.
- [7] Wood S.J., Yucel M., Yung A.R., Berger G.E., Velaskoulis D., Pantelis C. "The transition to psychosis: risk factors and brain changes", Epidemiologia e Psichiatria Sociale, 2004.

La riabilitazione nei disturbi d'ansia e nella depressione attraverso un gruppo di danza

di Valentina Caggio*, Marcello Donadoni**

Abstract

On the basis of three main assumptions - the first one of *epistemological* nature (the unit body-mind), the second one of *intents* (the main role of 'doing' in rehabilitation) and the third one of *technical-methodological* kind (something that we can call 'thinking with the body') -, the article illustrates the rehabilitative activity of the 'Group of corporal experience' that takes place at the department IDEA of the 2nd Structural-Complex-Unit of Psychiatry, in the hospital authority "Ospedali Riuniti di Bergamo". Through elements of dance and theatre-dance, the group deals with people that suffer from anxiety and depression. The most important implications of the activity in terms of benefits are taken into consideration.

La prima cosa che vediamo di una persona è il suo corpo, la storia personale di ciascuno è raccontata dal corpo.

È questo lo spunto per il lavoro di tipo riabilitativo svolto presso l'Ambulatorio IDEA (Istituto per la prevenzione e la cura della depressione e dell'ansia) dell'A.O. "Ospedali Riuniti di Bergamo"; un lavoro che parte dalla reintroduzione del 'corpo-della-vita' (quindi il *Leib*, il corpo-vivente e non il *Körper*, un corpo-oggetto [1]), proprio laddove il soggetto agente e beneficiario di questo *fare* è la vita stessa [2].

Le premesse che delineano il tipo di intervento in oggetto sono tre: la prima, di natura *epistemologica*, afferma la ricomposizione della frattura mente-corpo; la seconda, che definiamo *d'intenti*, sottolinea il ruolo predominante del 'fare' in ogni attività di tipo riabilitativo e, terza per ragioni logico-consequenziali, ma che possiamo dire prima per finalità e modus operandi del lavoro, la premessa di carattere *tecnico-metodologico*, che ci invita e introduce a qualcosa che chiamiamo un 'pensare col corpo' [3].

Il principio dell'unità mente-corpo è sostenuto dai contributi della fenomenologia. Individuando nella motilità l'intenzionalità originaria ("originariamente la coscienza non è un 'io penso che' ma un 'io posso'" [4]), essa riconosce alla coscienza, per estensione la mente, lo status di attiva operazione di significazione, che lega indissolubilmente l'io al mondo [5]. Viene in questo modo sancito un legame imprescindibile tra corporeità e conoscenza. La persona prende parte al mondodella-vita grazie al suo corpo e acquisisce il carattere di un progetto in divenire, sempre aperto alle possibilità date da questa attiva operazione di significazione: "sistema di potenze motorie o di potenze percettive, il nostro corpo non è oggetto per un 'io penso', ma un insieme di significati vissuti che va verso il proprio equilibrio (...) il corpo è eminentemente uno spazio espressivo. Esso è l'origine di tutti gli altri, il movimento stesso d'espressione, ciò che proietta all'esterno i significati assegnando loro un luogo, ciò grazie a cui questi significati si mettono a esistere come cose" [4].

Ecco la premessa *d'intenti*: accogliere in un ambiente protetto alcuni di questi significati, più esattamente quelli che abbiano preso forme d'esistenza in qualche modo sofferenti e disfunzionali al benessere del vivere quotidiano, come è per i casi di depressione e d'ansia patologica che afferiscono all'ambulatorio. Nell'ambito del più ampio percorso di cura di queste persone, un

percorso che mira alla ricostruzione di universi simbolici e di significati, è stato quindi predisposto un laboratorio corporeo con funzione riabilitativa [6]; una funzione che, come vuole la tradizione della riabilitazione, passa attraverso le *cose* e l'*azione*, quindi una gestione del *reale* e del *fare*, piuttosto che attraverso i tempi della parola e della rappresentazione, propri dell'intervento medico-psicoterapico [7]. Il laboratorio diviene così un concreto contesto spazio-temporale e relazionale in cui potersi sperimentare con creatività, al fine di ritrovare un'armonia di funzioni e di senso già compromessa, o comunque esposta al rischio di una deriva.

Mettere piede (e mani, pensieri... essere *corporea-mente* presenti) in questo laboratorio, significa riconoscere e tentare di vivere la possibilità di *pensare col corpo*; qualcosa a cui diamo modo di essere quando iniziamo a prestare ascolto, a rilevare le informazioni, che il corpo costantemente ci offre [3]. Il corpo è la rappresentazione materiale potenzialmente più concreta e vicina all'*esperienza diretta*; ciò che nell'ambito della cura - e in maniera precipua nel lavoro riabilitativo - si tenta di restituire alla persona e ciò di cui essa, a sua volta, sta attivamente tentando di riappropriarsi.

Nasce così il "Gruppo Danza" (a). Qui il mezzo *per* e *del* fare è quello della danza accolta in tutta la sua potenzialità espressiva, la quale permette di mostrare in maniera immediata il rapporto della persona con il *suo* mondo, piuttosto che rappresentarlo o descriverlo [5]. Un mondo fatto di sensazioni, sentimenti, emotività, cognizioni, azioni e relazioni, che si dà come un tutt'uno. Ritorniamo così a quella storia narrata dal corpo di cui si diceva in apertura; un corpo che ci invita a comprendere la persona nella sua totalità, per poter lavorare al meglio con essa al fine di agevolarne il benessere.

L'obiettivo principale del lavoro è quello di acquisire maggiore consapevolezza di sé e dell'altroda-sé a partire dall'esperienza agita e vissuta e, *in questo*, favorire il recupero di quelle funzioni compromesse dal disturbo, come percezione, attenzione, concentrazione e motilità soprattutto, ma senza dimenticare tutta l'importanza che la dimensione gruppale restituisce in termini relazionali e quindi di recovery della stessa capacità del soggetto di relazionarsi, l'attenzione alla propria e altrui emotività, il recupero della funzione introspettiva ed empatica.

La persona \dot{e} il suo corpo; ci sono più livelli di comprensione di sé, non solo un livello cognitivo, ma anche quella che chiamiamo un'intelligenza del corpo, reazioni d'istinto, non meno importanti e significative. Lavoriamo per una maieutica attraverso il corpo, lo seguiamo e non possiamo che dargli ragione.

Il gruppo diventa così una possibilità per aiutarsi, laddove l'attività svolta offre degli strumenti affinché ciascuno possa guardare dentro sé. Lo stare in un gruppo in ascolto, un ascolto interiore e al tempo stesso rivolto all'altro, porta a condividere le stesse cose: le stesse difficoltà, ma anche le stesse conquiste; gli stessi malesseri, ma anche lo stesso aumento di energia; la consapevolezza di uno diventa consapevolezza anche degli altri.

La danza, in un gruppo come questo, non ha a che fare con la trasmissione di una tecnica, ma con il riuscire a rendere visibile col corpo e il proprio movimento ciò che si ha dentro; concetto naturale ed evidente per chiunque abbia mai sperimentato un gruppo di danza contemporanea, ma lontano dai più. Ogni movimento, che si fa e che gli altri possono vedere, è il riflesso di un movimento interiore, di un flusso di emozioni e di pensieri; ma anche di blocchi di emozioni e di pensieri. C'è una correlazione molto forte tra quello che si prova e il proprio benessere fisico; è molto probabile che si stia bene fisicamente se si è contenti e soddisfatti della propria vita [8].

L'attività è guidata dalle consegne della conduttrice, la quale sollecita il lavoro in determinate direzioni, sulla base del tema scelto, o colto a partire dagli stimoli provenienti dal gruppo. Di fronte a queste indicazioni i partecipanti rimangono in ogni caso liberi di fare quel che si sentono di poter/voler fare. Ciò che si richiede è sempre e comunque ascolto e attenzione a quello che si prova facendo (o meno) le cose; ad esempio riconoscendo ciò che non piace o dà fastidio; perché non piace o dà fastidio? È chiaro come 'giusto' o 'sbagliato' non siano le coordinate di riferimento per leggere quel che accade e si osserva durante l'incontro; ci sono solo persone che si mettono in gioco.

Si può lavorare da soli o in coppia, in piccoli gruppi o nel gruppo intero e la con-partecipazione degli operatori (pur nel tentativo di mantenere la maggior visione esterna possibile) è caratteristica essenziale del gruppo (b). A volte si mostra agli altri ciò che si è fatto, altre volte si guarda l'altro. Ritroviamo in questo un aspetto fondamentale (nel senso di fondamento/avvio per...) del lavoro, ossia il suo connotarsi come azione e partecip-azione all'altro. Si capisce allora come si è sempre attivi in ogni azione, anche quando l'azione la sta facendo un altro. Il guardare il lavoro degli altri è una partecipazione attivissima: si dà loro valore e si prova quello che prova l'altro. In questo triplice aspetto, fare-mostrare-guardare, si comprende bene come all'interno del gruppo sia imprescindibile essere attenti, in ascolto, in allerta e responsivi [9].

Attraverso le consegne che di volta in volta si affrontano, l'attenzione della persona viene portata su ciascuno dei principali elementi che danno forma al lavoro corporeo: respirazione, voce, centratura, postura e allineamento, tempo, spazio (interno, esterno, relazionale, emotivo, immaginato) e, ancora, il peso, la forma, il movimento di singole parti del corpo piuttosto che dell'intero, ecc... Da qui, poi, l'esperienza apre all'ascolto e alla riflessione, permettendo di cogliere aspetti di sé, dell'altro e della situazione, su cui probabilmente non ci si era mai soffermati prima d'ora. L'attività corporea si fa metafora della vita e, in questo, potenzialmente utile alla persona per vivere più consapevolmente e quindi meglio. Vediamo alcuni esempi.

Lavorando sulla respirazione diviene possibile chiederci cosa prendiamo dal mondo esterno e cosa diamo di noi al mondo. Inspirare significa prima di tutto mettere aria dentro il corpo – con tutti i suoi effetti vitali e non (pensiamo allo smog!). Allora si può provare anche ad immaginare che inspirando noi accogliamo o veniamo invasi da qualcosa che prima stava all'esterno (un'emozione per qualcosa? Una persona?). Espirando sarà dunque possibile non solo espellere anidride carbonica, ma la stessa emozione, o persona (positiva - come un regalo e una condivisione -, o negativa, come un 'buttar fuori' per stare meglio). Il respiro permette inoltre di osservare come anche durante una momentanea assenza di respirazione – le due piccole apnee che si accompagnano alle fasi di inspirazione ed espirazione – si sopravviva ugualmente. Si può così riflettere e condividere con gli altri del gruppo riguardo a momenti della vita in cui sembra di 'non respirare', ma ai quali poi comunque si sopravvive... 'Come sto? Come sopravvivo? Cosa faccio? Faccio qualcosa?'.

Il lavoro sul tempo e lo spazio riveste senz'altro grande importanza nella riabilitazione di persone con disturbi d'ansia o di tipo depressivo. Qualunque azione fisica ha un tempo preciso per essere svolta ed essere massimamente efficace; un depresso dovrà 'muoversi' e un ansioso dovrà fare più attenzione, forse aspettare. Traendo giovamento dall'energia del gruppo che diventa anche un po' sua, la persona depressa avrà la possibilità di interrompere un incessante ritorno all'immobilità del passato, per recuperare la capacità di movimento nel qui e ora dell'azione; un presente in cui il rallentamento e la dilatazione temporale cedano il passo alla riscoperta possibilità di fare esperienza, di poter cambiare qualcosa, fosse anche solo la forma di una posizione. L'ansioso, del resto, potrà trarre beneficio proprio dall'esperienza contraria. Infatti, se in questo caso è nel precorrere anzitempo il futuro che la persona si perde il presente, l'invito che viene dal gruppo sarà quello a soffermarsi. L'attenzione e la concentrazione verranno portate su ogni singola azione - ad esempio il respiro per cominciare –, in modo che si arrivi a smorzare un'accelerazione, una frenesia di idee, pensieri e azioni che possono risucchiare la persona in vertiginosi e palpitanti vortici di elucubrazioni inconcludenti, così come pure farla approdare ad afinalistici rituali agiti nell'irrequietezza e nella perdita di senso [10a]. Il tempo del resto è anche lo spazio dell'attesa, della sospensione. Qui la persona ansiosa potrà essere aiutata favorendo in essa una certa disposizione all'ascolto, di sé e dell'altro, magari rimanendo in silenzio; un silenzio che non sarà più 'vuoto', ma un tempo-spazio 'pieno di silenzio ed ascolto'; ascolto di sé da solo o in relazione, attraverso il contatto e il movimento.

Venendo allo spazio, quello dell'ansia è lo spazio nullo; nullo per qualcosa che sia 'altro-da-sé'; nullo anche quando il suo relazionarsi può divenire un 'andare troppo fuori', quasi addosso all'altro (con i pensieri, le parole, le paure..., in qualche modo la ricerca di una soddisfazione continua di

bisogni continui). Quello vissuto dall'ansioso può però divenire anche lo spazio della distanza, dell'evitamento, della prevenzione di un temuto contagio. In entrambi i casi può essere utile favorire esperienze di relazione meno estreme; ad esempio creare uno spazio, un volume corporeo in cui accogliere l'altro o dare all'altro modo di muoversi, fare e dire. Qual è lo spazio fisico ed emotivo che si riesce, si può o non si può creare? E come riusciamo o meno, possiamo o no, metterci in uno spazio creato dall'altro? Perché? Contatto e movimento, inoltre, favoriranno la percezione dei propri e degli altrui confini corporei, permettendo ad esempio una maggiore consapevolezza di come uno stesso movimento (per estensione una stessa esperienza) possa variare, fisicamente e quindi nel suo significato, in rapporto alla vicinanza-lontananza dagli altri, richiamando di nuovo in gioco tanto uno spazio fisico, quanto uno emozionale. La depressione tende ad incarnarsi in uno spazio raccolto, chiuso; lo spazio della colpa e del castigo, dell'indegnità e dell'impotenza, dell'accusa – tanto da parte della persona che dell'altro - per una volontà, un'intenzionalità che sembrano perdute. È lo 'spazio dentro' del depresso. Di nuovo la necessità dell'energia del gruppo perché qualcosa possa cambiare. Stavolta si tratterà allora di trovare modi per prendersi spazio; tentare di occupare il più spazio possibile, spazio fuori e spazio dentro e sperimentare tutta la forza e le possibilità di uno spazio immaginato, magari visualizzando lo sfondamento delle pareti del nostro stesso laboratorio per arrivare fin dove la nostra azione immaginativa potrà condurci [10b].

Altra dimensione del lavoro corporeo, ricca di spunti in senso riabilitativo, è quella del peso. Lo studiamo: dare e prendere peso all'altro; la differenza tra sollevare e sostenere; quanto un peso psicologico possa trasformare il corpo; quanto possa essere gradevole la sensazione di essere sollevati; rendersi conto di quanto peso si ha e quindi di quanta importanza si ha. Conoscendo le strategie più utili, si arriverà a sostenere facilmente anche grandi pesi; oppure si acquisirà consapevolezza dell'inutilità dannosa e del dolore a voler sostenere più peso di quel che sia possibile, tanto per chi sostiene, quanto per chi è sostenuto.

Lavorare sul peso significa anche esplorare il nostro appoggio: il suolo e gli altri. Ma come ci si può appoggiare? Cosa si prova quando ci si appoggia, o qualcuno si appoggia a noi? Naturalmente l'esperienza soggettiva e relazionale varierà a seconda della forma che si assume: certe forme potranno agevolare l'appoggiarsi e il sostenere; altre offriranno appoggio e sostegno più precari o limitati. Sarà poi l'interazione tra le persone a far sì che si riconosca quale sia la forma più utile a favorire l'appoggio e il sostegno; anche questa è un'ulteriore riprova del fatto che tutto è in movimento e in divenire.

Possiamo aggiungere che, in rapporto al peso, è possibile esplorare l'alternanza tra il tenere e il lasciare. Tale studio può cominciare fisicamente, per arrivare poi a chiederci cosa si vorrebbe 'tenere' e cosa vorremmo 'lasciare' di noi, della nostra vita. Il lasciare si fa poi abbandonare e abbandonarsi con fiducia. Come mi sento? Cosa provo? È facile o difficile? Perché? Cosa succede? Forse potrà anche capitare di cadere (anche se in realtà mai è successo, essendo il gruppo sempre molto pronto al sostegno; meno pronto ad abbandonarsi). Ma cadere succede, quindi troviamo modi di cadere senza farci male e, soprattutto, per rialzarsi in maniera efficace e col minor dispendio di energia possibile. Come si fa? Fisicamente si cercano gli appoggi migliori e, da lì, ci si mette la forza necessaria. Si usano molto le mani, che sono il luogo corporeo del fare; quindi un passare all'azione

Cadere e rialzarsi è una questione d'equilibrio; esiste una corrispondenza tra forza ed equilibrio: più si è forti, più si sta in equilibrio; più si sta in equilibrio, più si è forti. Lavorare su tutti questi aspetti relativi al peso porta alla consapevolezza che l'equilibrio ha una durata precisa, si perde e si ritrova continuamente, è una ricerca costante. Poniamo attenzione anche alle transizioni da un equilibrio all'altro, al tempo del passaggio tra una forma e l'altra, a cosa si prova nel cambiamento.

Per concludere, riportiamo alcune riflessioni su ciò che significa partecipare e quindi trarre profitto dal gruppo, nei termini di chi vi abbia già preso parte.

Qualcuno tra un incontro e l'altro ha cercato di osservare il suo comportamento durante la settimana, in relazione a quanto era stato fatto la volta precedente (ad esempio *modulare il tono*

della voce per affermare la propria presenza), per tentare così di modificare aspetti di sé che non lo facevano stare bene nelle relazioni.

Altre persone hanno potuto riscontrare come il loro modo di muoversi o il tipo prevalente di esperienza corporea agita e sperimentata nel gruppo (ad esempio il *trattenere* piuttosto che il *rilasciare*) corrispondesse anche al loro modo più spontaneo, ma non sempre utile, di 'essere' nella vita.

Sempre in termini di un'accresciuta consapevolezza, infine, per qualcuno è stato anche possibile sperimentare in maniera del tutto soggettiva cosa significhi parlare di unità mente-corpo. Ciò in particolare durante una consegna che richiedeva di associare ad un certo stato corporeo la produzione libera di parole. L'esperienza di questa persona è stata quella per cui, stando in un preciso stato corporeo, ossia quello da essa prevalentemente sperimentato nella vita di tutti i giorni la *tensione* -, i tempi di reazione alla consegna di verbalizzare le prime parole che venissero in mente erano decisamente inferiori, rispetto a quando corporeamente la stessa persona incarnava lo stato per lei inusuale (*rilassamento*).

La valenza riabilitativa del lavoro è intrinseca alla molteplicità di esperienze che si dà modo di vivere alla persona. Anche se molto altro vi sarebbe da dire, già da questi pochi accenni crediamo sia semplice comprendere come - nell'ambito di un lavoro come quello qui presentato - tutto ciò che accade nel gruppo si traduca nella possibilità di sperimentare modi per cambiare delle cose di noi stessi, fossero anche *solo* il modo di camminare o di respirare. Insomma, le cose da *conoscere-facendo* in un gruppo come questo sono davvero tante e tutte possono contribuire al recupero di quella 'salute mentale', di quella migliore e possibile forma d'esistenza cui tutti hanno diritto ad aspirare. Un ben-essere fatto dalla capacità di stabilire soddisfacenti e mature relazioni con gli altri; partecipare costruttivamente alle modificazioni dell'ambiente sociale ed affettivo in cui si vive; sviluppare al meglio la propria personalità; sapersi adattare in modo elastico a situazioni esterne e conflitti interni, facendo così fronte alle inevitabili frustrazioni, al dolore e alla sofferenza che la vita ci riserva; capacità di avere una buona immagine di sé; di ritrovare e far buon uso di fantasia e creatività e, non da ultimo, di provare emozioni [11].

- * Danzatrice e insegnante di danza; collabora presso l'Ambulatorio IDEA, Istituto per la Ricerca e la Prevenzione della Depressione e dell'Ansia, dell'A.O. "Ospedali Riuniti di Bergamo".
- ** Psicologo specializzando presso l'U.S.C. di Psichiatria II dell'A.O. "Ospedali Riuniti di Bergamo".

Note

- (a) Attivo dal 2007, il laboratorio si articola in cicli di dieci incontri. Il gruppo si compone di pazienti afferenti all'ambulatorio IDEA, cui il medico curante abbia ritenuto utile suggerirne l'adesione, quale integrazione del loro personale percorso terapeutico. L'attività ha cadenza settimanale e la durata di ciascun incontro è di un'ora e mezza; l'orario è stato stabilito in modo da facilitare la partecipazione anche a chi abbia impegni lavorativi. Tra un incontro e l'altro (così come tra i vari cicli) non esiste necessariamente una continuità di percorso; questa potrà eventualmente essere favorita dalla conduttrice, qualora lo ritenga utile al fine del lavoro con quei partecipanti e in quel momento della vita del gruppo. Tale caratteristica fa di quest'ultimo un gruppo piuttosto aperto ad accogliere nuovi ingressi durante lo svolgersi del ciclo. Ovviamente si cerca di evitare – attraverso la mediazione del medico -, che nuove entrate si presentino troppo avanti nell'arco delle dieci sedute. Volendo dare qualche indicazione più 'tecnico-logistica', è sufficiente dire che la natura dell'attività da svolgersi suggerisce che i partecipanti vestano comodamente, o comunque con un abbigliamento che permetta loro di muoversi nel modo più libero possibile (rientra in quest'ottica, ad esempio, la pratica di lavorare scalzi). Lo spazio fisico è quello della sala riunioni dell'USC di Psichiatria, la quale - sgomberata da tavolo e sedie -, offre un ambiente su misura per le dimensioni del gruppo (composto in genere da otto/nove persone - operatori inclusi); lo spazio che se ne ricava al suo interno, infatti, è di circa otto metri di lunghezza, per cinque di larghezza. La collocazione e lo stile architettonico della sala ad esempio le ampie vetrate su di un lato, che danno su uno spazio verde interno alla struttura - rappresentano utili elementi che favoriscono l'attività corporea, creando un'atmosfera raccolta ma al tempo stesso luminosa, gradevole ed accogliente.
- (b) Prende parte al gruppo anche la dottoressa in 'tecnica della riabilitazione psichiatrica' Elena Consonni, attualmente volontaria presso l'U.S.C. di Psichiatria II dell'A.O. "Ospedali Riuniti di Bergamo"

Bibliografia

- [1] Bracco M.; Orizzonti del corpo in psicopatologia; Philosophema, n. 3-5, Dicembre 2004
- [2] Bellazzecca C.; *Il fare per, il fare con, il fare di... Misura e senso dell'intervento riabilitativo*"; tesi di laurea in Tecnica della Riabilitazione Psichiatrica, 2007
- [3] Tolja J. & Speciani F., [2000, 2003], Pensare col corpo, Zelig editore, Milano, 4ª edizione 2006
- [4] Merleau-Ponty M., [1945a], *Phénoménologie de la perception*; trad. it., *Fenomenologia della percezione*, Il Saggiatore, Milano, 1965
- [5] Cipolletta S., *Le dimensioni del movimento. La costruzione inter-personale dell'azione*, Edizioni Angelo Guerini e Associati SpA, Milano, 2004
- [6] Rabboni M.; *C'è già una via italiana alla riabilitazione? In ogni caso un atteggiamento sperimentale*, Errepiesse anno II n°2 Agosto 2008
- [7] Rabboni M., Gentile B.; *Residenzialità riabilitativa in psichiatria*, Errepiesse Anno I n°1 Dicembre 2007
- [8] Brook P., La porta aperta, Einaudi, 1993
- [9] Fromm, Suzuki, De Martino, Psicoanalisi e buddismo zen, Astrolabio, 1968
- [10a] Le Moal P., Temps, in: Dictionnaire de la danse, Larousse, 1999
- [10b] Le Moal P., Espace, in: Dictionnaire de la danse, Larousse, 1999
- [11] Colombo G., Manuale di Psicopatologia Generale", ed. CLEUP, Padova, 1996

Programma Avere Cura. Un'esperienza di educazione e motivazione alla cura in Centro Diurno

di Monica Gozzi*, Elisa Rabitti**, Lara Simonazzi***, Guido Zini*, Maria Bologna****

Abstract

The aim of this study is to investigate the empowerment of therapeutic adherence in day-center setting through a psychoeducational program on management of the pharmacological side effects (*Take Care*). At the baseline, after the program and after six months five patients have been evaluated through the following rating scales: DRUG-10, SF-36, IWAI. The results confirmed that the psychoeducational program determines an empowerment of the therapeutic adherence

INTRODUZIONE

Per aderenza al trattamento si intende la misura in cui il comportamento di una persona, diretto all'assunzione di un farmaco o al cambiamento dello stile di vita, corrisponde alle richieste mediche o anche il grado con cui un paziente segue le raccomandazioni cliniche del medico curante.

La mancata adesione al trattamento rappresenta un grave problema sia in medicina generale che in psichiatria. Mentre in altri settori della medicina i pazienti aderiscono alle indicazioni del medico in proporzioni che vanno dal 50% fino all'80% dei casi, nei pazienti psichiatrici questa proporzione si inverte: solo il 20-30% dei pazienti segue in modo completo le prescrizioni ricevute. Studi specifici sulla misura della non aderenza al trattamento antipsicotico la collocano in un *range* estremamente ampio che interessa tra il 20 e il 79% dei pazienti; mentre altri studi definiscono un valore medio pari circa al 55% [1, 2, 3].

La non aderenza al trattamento comprende, oltre alla mancata assunzione della terapia farmacologica, anche altri comportamenti come mancato rispetto delle visite ambulatoriali, mancata esecuzione dei tests di monitoraggio ematico, precoce interruzione dello schema terapeutico e modificazione delle modalità di assunzione prescritte. Tra i motivi della mancata aderenza sono descritti il disagio dovuto agli effetti collaterali, i costi, la decisione fondata su credenze e valori personali, tratti di personalità, modalità con cui la malattia viene affrontata (ad es., negazione), incapacità di comprendere i benefici del trattamento dovuta a deficit cognitivi o allo stesso disturbo mentale.

L'aderenza terapeutica nelle patologie psichiatriche è uno degli aspetti-chiave dell'esito del trattamento per la dimostrata relazione tra un'inadeguata aderenza terapeutica e un aumento delle ricadute, delle visite urgenti e delle ri-ospedalizzazioni; inoltre in assenza di terapia di mantenimento le ricadute sono spesso caratterizzate da maggiore gravità.

IL PROGRAMMA AVERE CURA

Il Centro Diurno *Casa del Sole* del Servizio di Salute Mentale di Reggio Emilia accoglie utenti molto eterogenei dal punto di vista anagrafico e psicopatologico, caratterizzati da patologie gravi e disabilitanti, inviati dai Centri di Salute Mentale per programmi psicosociali complessi a medio-

lungo termine. In questa area costruire e mantenere l'aderenza terapeutica costituisce la precondizione indispensabile per qualsiasi intervento. La cronicità del decorso con la conseguente necessità di assumere terapie e seguire programmi per lungo tempo rende prioritario dedicare attenzione alla dimensione della aderenza terapeutica.

Una revisione della letteratura [4, 5, 6] pone in evidenza come uno stile comunicativo orientato al colloquio di motivazione insieme ad interventi psico-educativi favorisca l'aderenza al trattamento.

Utilizzando questa prospettiva è stato realizzato un programma finalizzato a sostenere l'aderenza in un gruppo di utilizzatori problematici del Centro Diurno. L'intervento psico-educazionale comprende sia sessioni d'aula e materiali informativi sul trattamento psicofarmacologico sia l'addestramento a migliorare competenze, abilità sociali e capacità di gestione dello stress.

Nello specifico il progetto si propone di fornire ai partecipanti informazioni appropriate ed utili per una corretta gestione della terapia psicofarmacologica con particolare attenzione alla riduzione dell'impatto degli effetti collaterali. Il progetto utilizza alcune tecniche terapeutiche quali rinforzo, *role playing, problem solving*.

Metodologia

Il programma è stato presentato durante una riunione di comunità per informare e sensibilizzare in modo diffuso tutti. Sono stati selezionati sette pazienti con aderenza terapeutica problematica e discontinua; due di loro hanno dovuto interrompere la partecipazione a causa di un ricovero e di incompatibilità d'orario con altri impegni. Nella fase iniziale è stata somministrata una intervista individuale sulla gestione della terapia psico-farmacologica per raccogliere informazioni utili a tarare l'intervento. I soggetti sono stati sottoposti a pre-test e post-test (tramite IWAI-utente, DRUG-10 e SF-36).

E' stato utilizzato un gruppo di confronto non sottoposto a programma costituito da cinque pazienti utilizzatori del Centro Diurno.

Durante l'incontro di presentazione, utilizzando uno stile attivo e partecipativo, si è concordato un percorso condiviso che ha utilizzato suggerimenti su temi prioritari e metodologia. Per sostenere la continuità della partecipazione e favorire una maggiore motivazione è stata utilizzata la tecnica della *token economy*, che ha previsto l'assegnazione di un gettone di presenza al termine di ogni incontro; su tali gettoni è raffigurato un logo colorato che rappresenta le ali di una farfalla, simbolo del Programma.

Il Programma Abilità per la Gestione degli Effetti Collaterali degli Psicofarmaci (Avere Cura), articolato su sette incontri in piccolo gruppo a cadenza settimanale della durata di 60 minuti ciascuno, è stato condotto da due educatori, un terapista della riabilitazione volontario e una psicologa volontaria con la supervisione dello psichiatra responsabile del Centro Diurno; per gli incontri psicoeducativi è stato utilizzato uno psichiatra esterno esperto in psicofarmacologia.

Ciascun incontro è stato introdotto da una discussione interattiva tra conduttore e partecipanti, durante la quale con approccio maieutico si è utilizzata l'esperienza dei partecipanti per affrontare gli argomenti convenuti (informazioni sulle principali categorie di psicofarmaci, gestione degli effetti collaterali e strategie di problem solving).

Al termine di ogni incontro è stata condivisa una merenda durante la quale i partecipanti hanno ricevuto il loro premio simbolico da apporre sulla lavagna delle presenze; coloro che hanno ottenuto almeno cinque gettoni hanno avuto al termine del programma una maglietta con il logo.

Strumenti

Per effetto della loro agilità e compatibilità con il contesto operativo, sono stati utilizzati nel pre/post-test:

DRUG-10 [7]: questionario di autovalutazione sviluppato allo scopo di misurare la risposta soggettiva al trattamento farmacologico per acquisire conoscenze più approfondite su come i

pazienti vivano l'assunzione di psicofarmaci e sui fattori che influenzano l'atteggiamento nei confronti del trattamento. La versione utilizzata è breve a 10 item. Le risposte utilizzano la forma V/F e la valutazione è riferita al momento attuale. Il range del punteggio finale va da -10 a +10.

SF-36 [8]: questionario di auto-valutazione generico e multidimensionale, sviluppato con l'intento di mettere a punto un'indagine standardizzata dello stato di salute. Gli Autori hanno preso in considerazione otto aree: attività fisica, ruolo e salute fisica, dolore fisico, salute in generale, vitalità, attività sociali e salute mentale. Il periodo preso in considerazione è rappresentato dalle ultime quattro settimane precedenti l'intervista. Valuta l'effetto di un trattamento sulla qualità della vita misurando i fattori di interferenza.

IWAI [9]: inventario che misura l'alleanza di lavoro tra utente ed equipe terapeutica. Nello specifico è stata utilizzata la versione per l'utente, composta da 12 affermazioni rispetto alle quali il soggetto fornisce una stima del grado di concordanza con il punto di vista dell'Equipe sul trattamento su una scala Likert a 7 punti.

Occorre sottolineare che i risultati ottenuti con tali strumenti sono di tipo self-report, offrono quindi una misura dell'aderenza nei termini di atteggiamento auto-riferito nei confronti della terapia e della percezione dell'alleanza terapeutica. Si è scelto pertanto di valutare l'aderenza basandosi sulle dichiarazioni degli utenti e non su dati oggettivi (ad esempio, dosaggi ematici). Ciò ha consentito la misura di una delle componenti del costrutto multidimensionale relativo all'aderenza rappresentata dall'atteggiamento nei confronti del trattamento.

Gli incontri sono stati strutturati nel seguente modo:

I Incontro: presentazione generale degli argomenti ed organizzazione del calendario degli incontri; in particolare è stata esplorata la percezione individuale e del gruppo relativa all'avere cura insieme ai comportamenti ad essa correlati.

II Incontro: dopo aver chiarito e condiviso gli obiettivi sono state raccolte curiosità, domande ed eventuali conoscenze personali sui farmaci.

III-IV-V Incontro: hanno previsto la presenza dell'esperto. La parte iniziale è stata dedicata al riassunto dell'incontro precedente; la successiva ha riguardato in sequenza neurolettici, ansiolitici ed ipnoinducenti, antidepressivi e stabilizzatori dell'umore (i più comuni, a cosa servono, possibili effetti collaterali e loro gestione); è stato utilizzato un approccio maieutico in grado di valorizzare l'esperienza dei partecipanti.

VI Incontro: è stato dedicato a migliorare le abilità di gestione degli effetti collaterali utilizzando la tecnica di *problem solving* attraverso la definizione del problema, brainstorming sulle possibili soluzioni, elenco di vantaggi/svantaggi per ogni soluzione, scelta di una o più soluzioni tra quelle individuate, progettazione dell'azione, passaggio all'azione e valutazione dei risultati.

VII Incontro: l'incontro di chiusura ha previsto un riepilogo dell'esperienza per raccogliere commenti, impressioni e suggerimenti da parte di ciascuno e sono state concordate le modalità di follow-up. Al termine dell'incontro è stata consegnata la maglietta con il logo con soddisfazione di tutti.

RISULTATI

La partecipazione è stata costante, sostenuta dagli interventi di facilitazione effettuati dagli operatori, che hanno ricordato l'appuntamento telefonicamente e supportatolcuni partecipanti negli spostamenti. Dai dati raccolti al termine del programma, mediante questionario di gradimento, i partecipanti hanno dimostrato un alto apprezzamento dell'intervento e hanno riferito di aver incrementato le loro conoscenze relative all'argomento. In particolare, hanno affermato di aver gradito molto il clima di gruppo e di voler replicare l'esperienza coinvolgendo altre persone e sottolineando il valore del supporto reciproco.

Di seguito verranno presentati i valori medi ottenuti dai partecipanti appartenenti al gruppo sottoposto al trattamento (N=5) e al gruppo di confronto (N=5). Considerata l'esiguità del campione, ai punteggi ottenuti non sono stati applicati test statistici ma esclusivamente calcoli di statistica descrittiva. dati ottenuti mostrano tendenze che indicano un miglioramento nelle

dimensioni indagate; in particolare sembra essere migliorata la relazione tra utenti ed Equipe, misurata attraverso la scala IWAI-utente (v. grafico 1).

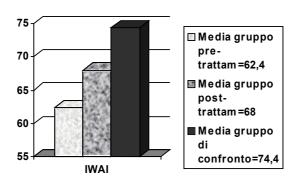


Grafico 1. Medie ottenute alla scala IWAI-utente

Dalla somministrazione del DRUG-10 appare migliorato anche l'atteggiamento nei confronti del farmaco (v. grafico 2).

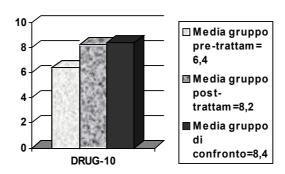


Grafico 2. Medie ottenute alla scala DRUG-10.

Nel post-trattamento risulta, inoltre, diminuita l'interferenza della salute fisica e dello stato emotivo con le attività sociali misurata con il questionario SF-36 (v. grafico 3). Tale interferenza risulta invece essere massima nel gruppo di confronto.

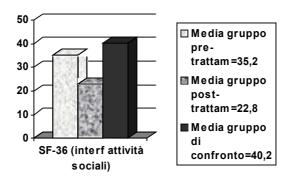


Grafico 3. Medie risultati SF-36 (interferenza della salute fisica e dello stato emotivo con le attività sociali)

DISCUSSIONE

Il miglioramento della qualità della relazione e della aderenza costituisce il risultato più importante di questa esperienza. Questo esito è in linea con quanto riportato dalla letteratura sull'aderenza terapeutica, in particolare relativamente all'utilizzo dell'approccio maieutico e psico-educativo che permette al partecipante di utilizzare e condividere la propria esperienza e sentirsi ascoltato e supportato [10]. Un effetto correlato all'intervento è rappresentato dalla minore interferenza di salute fisica e stato emotivo con le attività sociali.

Il follow-up a distanza di sei mesi ha mostrato la tenuta dell'alleanza con l'Equipe; mentre gli aspetti relativi all'atteggiamento nei confronti del farmaco son ritornati ai valori pre-test. L'apprendimento di informazioni relative ai farmaci tende ad estinguersi rapidamente e sembra necessitare di un processo di manutenzione continua.

L'esperienza è stata giudicata positivamente dall'Equipe per il miglioramento della relazione terapeutica, che si è mantenuto nel tempo, e per l'interesse per argomento e metodo mostrato dai partecipanti.

*Educatore professionale **Psicologa ***Terapista della Riabilitazione ****Psichiatra - Dipartimento Salute Mentale, AUSL di Reggio Emilia

Bibliografia

- [1] Nosè M., Barbui C. Efficacia delle strategie per migliorare l'aderenza ai trattamenti nelle psicosi: revisione sistematica. Epidemiol. Psichiatr. Soc. 4, 272-86, 2003.
- [2] Young J.L., Zonana H.V., Shepler L. Medication noncompliance in schizophrenia: codification and update. Bulletin of American Academy of Psychiatry Law 14, 105-122, 1986.
- [3] Fenton W.S., Blyer C.R., Heinssen R.K. Determinants of medication compliance in schizophrenia: empirical and clinical findings. Schizophrenia Bulletin, 23, 637-651, 1997.
- [4] Majani G. Compliance, aderenza, aderenza. I punti critici della relazione terapeutica. McGraw-Hill: Milano, 2001.
- [5] Mencacci C., Cerveri G., Anniverno N., Durbano F., Quartesan R. Aderenza al trattamento con antipsicotici atipici: il paziente da oggetto a soggetto di cura. Facts news & views 3, 11-16, 2003.
- [6] Masaraki S. L'aderenza al trattamento farmacologico: un'epidemia nascosta. In: L'approccio multimodale nella riabilitazione psichiatrica (ed. Di Berardino). McGraw-Hill: Milano, 2005.
- [7] Hogan T.P., Award A.G., Eastwood R. A self-report scale predictive of drug compliance in schizophrenics: Reliability and discriminative validity. Psycol Med, 13, 177, 1983.
- [8] Ware J.E., Sherbourne C.D. The MOS 36 item Short-Form health status survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. Med Care 30, 473, 1992.
- [9] Pulido R., Monari M., Rossi N. L'alleanza terapeutica nel setting psichiatrico istituzionale: strumenti e metodi di valutazione. Psichiatria di Comunità, V, 4, 2006
- [10] Marmai L., Rocchi D., Gavioli S., Pizzale F., Mantoan C., Berlese M., Ronconi E., Biancosino B., Grassi L. *Organizzazione e applicazione di un intervento psicoeducazionale per la gestione della terapia farmacologia in una residenza di breve-medio degenza. Psichiatria di Comunità 2, 98-103, 2003.*

Le difficili dimissioni da una Casa Famiglia

di Francesco Degl'Innocenti*, Sibilla Abrami**, Simona Chiodo**, Francesco Ermini**

Abstract

In residential psychiatric facilities there are many long stay patients without social network very difficult to dismiss. No clear theory exists to guide in this mission.

PREMESSA

La maggior parte di pazienti psicotici svolge il suo percorso di malattia all'interno della rete sociale naturale (in pratica: una famiglia sufficientemente buona). Solo una piccola parte si trova in strutture. Viene da chiedersi se il percorso all'interno di apposite strutture psichiatriche residenziali a lungo termine (quelle cioè che accolgono pazienti per almeno 2 anni) abbia un effetto diverso rispetto nella famiglia. Evidentemente in questo tipo di strutture si ritrovano i pazienti più gravi, o almeno quelli meno dotati di una rete sociale naturale funzionante.

Anche se ciascuno è già convinto, per motivi direi culturali e di buon gusto, che il manicomio faccia male è stato comunque dimostrato o mostrato che le piccole strutture aperte funzionano effettivamente meglio, negli esiti a lungo termine [1]. Sarebbe utile sapere se funzionano meglio di una famiglia malfunzionante (dove uno o più membri è chiaramente psicotico, per esempio) oppure di una grande struttura (come semplicemente un ospizio, il nome antico delle attuali Residenze Assistenziali per anziani o per disabili). Anche la funzionalità di soluzioni diverse, come gli appartamenti a bassa assistenza, non è ben conosciuta. Questo problema non è privo di interesse pratico nel momento in cui si deve decidere se favorire un rientro nella famiglia di origine oppure se cercare di operare una dimissione verso un luogo a minor protezione.

L'osservazione che ci ha spinti a queste riflessioni è che risulta molto difficile dimettere pazienti cronici, i quali stazionano tendenzialmente a vita all'interno delle strutture residenziali della psichiatria.

LA LETTERATURA

Dal punto di vista storico si può far riferimento a Margherita Lang e il suo saggio "Strutture intermedie in Psichiatria" [2], sebbene non molto recente.

Il più importante studio sulle strutture residenziali psichiatriche italiane è stato realizzato da De Gerolamo et al. all'inizio del 2000 [3, 4]. Si tratta dello studio Progres, che verrà spesso citato. Sono state censite 1370 strutture con 17.138 posti letto complessivi. In Italia ci sono 3.49 posti letto per 10.000 abitanti di età superiore ai 14 anni. Si tratta di pazienti di età media (48.6 per i maschi e 50.9 per le femmine), spesso provenienti dall'OP, affetti da patologia molto grave. Il personale è composto da 18.666 operatori di vario genere. Il numero medio di residenti è pari a 11 e solo il 5.7

% delle strutture ha più di 20 posti letto. Si evidenzia come siano scarse le dimissioni e le previsioni di dimissioni nei successivi sei mesi.

Dalla letteratura possiamo dedurre quanto sotto:

- •è un argomento attualmente di scarso interesse.
- •Contrariamente all'esperienza italiana, tutta ideologica, nei paesi anglosassoni, che pure hanno operato una completa deistituzionalizzazione, vi è una grande cura nell'organizzazione, nella valutazione e nella pianificazione.
- •I risultati degli studi mostrano che i pazienti migliorano passando da una struttura manicomiale a una piccola struttura aperta con personale (staffed), anche più delle aspettative.
- •Tale miglioramento non è a carico della psicopatologia, ma delle competenza della vita di tutti i giorni. I pazienti comunque gradiscono stare in una piccola struttura aperta e la loro qualità di vita migliora.
- •Il miglioramento avviene generalmente nel primo anno, poi la situazione si stabilizza, permanendo però una qualità di vita di buon livello.
- •Una parte minoritaria dei pazienti però necessita ugualmente di strutture che sono molto protette.
- •È necessario provvedere a una serie completa di strutture dalla più supportata (high staffed hostel, con personale specializzato 24 ore al giorno) alla intermedia (medium staffed hotel, con circa 10 ore di protezione) sino alla meno supportata (home group, con protezione di poche ore al giorno). Inoltre nella nomenclatura italiana sono presenti altre strutture come il Centro Crisi e la Comunità Terapeutica.

Esistono tre scuole di pensiero o prototipi riabilitativi. Il prototipo comportamentista (il modello "americano") fa riferimento a tecniche specifiche per migliorare le capacità sociali in specifiche realtà (come i social skills training programs), cosa che consente di far progredire il paziente verso la migliore autosufficienza possibile. Gli autori principali di questa corrente sono Spivak, Anthony e Lieberman [5]. Secondo un secondo prototipo (il modello "inglese"), quello biopsicosociale, invece ciò che conta è la rete sociale, la nicchia che il paziente occupa ed il paziente stesso, con le sue caratteristiche biologiche e storiche. E' una visione ecologica in cui si mira ad un buon "adattamento" piuttosto che a un "miglioramento" quasi forzato. In questa corrente possiamo considerare Wing e Morris [6] e Ciompi [7]. Esiste infine il prototipo "centrato sull'individuo, in cui l'attenzione viene posta al mondo interno ed ai suoi vissuti. Qui convergono sia visioni di tipo fenomenologico (come Sullwold & Herrlich, 8), sia psicoanalitiche.

Anche se esistono molte tecniche riabilitative, in strutture residenziali per lungodegenti esse si rivelano poco realizzabili più che inefficaci. Le esperienze sono veramente molte e molto diverse, portate avanti in modo del tutto disomogeneo da un luogo all'altro. In ogni caso la letteratura è assai più ristretta, Rabboni [9].

Il problema forse più importante è che è difficile operare dimissioni e dunque queste strutture diventano spesso strutture "per la vita".

La prima difficoltà nell'operare una dimissione sta nell'estrema complessità e nelle gravi resistenze ad ogni dimissione da una struttura istituzionale protetta, che è sempre vista come foriera di crisi e di enormi difficoltà pratiche, vista la gravità clinica degli ospiti. Ciò anche dagli stessi operatori.

La seconda difficoltà sta proprio nel reperimento di abitazioni, dopo che si è verificato che coloro che possiedono una abitazione raramente, per non dire mai, sono disponibili a condividerla con qualcun'altro. Le difficoltà economiche completano il quadro e non potranno che aggravarsi nel futuro.

La terza difficoltà sta nell'organizzazione del personale che è del tutto nuova, almeno per i nostri lidi, dato che prevede una grande flessibilità, cosa del tutto atipica in ambito pubblico. Anche la "cultura" di tale tipo di lavoro deve essere reinventata. E' infatti norma, come si evince dalla letteratura, il creare compartimenti separati e tecnicamente competenti, cioè dei moduli.

IL VILLINO SCHWANER

Il Villino Schwaner è una Residenza Psichiatrica a media protezione (circa 10 ore diurne, tranne sabato, domenica e festivi, con 5 ore), operante dal 1996 e con 5 posti letto in stanze singole. Si tratta di terratetto di antica fabbricazione (fine '800), lasciato in donazione da un paziente perché fosse utilizzato per la cura ed assistenza di pazienti psichiatrici. L'assistenza è fornita da educatori di una Cooperativa Sociale e vi presta servizio uno psichiatra per circa 3 ore settimanali.

Nella nostra zona vi è una Comunità Terapeutica ad alta intensità di intervento e protezione (Centro di Terapia Intensiva), con un tempo di permanenza relativamente breve (1 – 6 mesi) e il Villino Schwaner, che è una vera Casa Famiglia (termine obsoleto, ma in questo caso calzante, ora si direbbe Struttura Residenziale Psichiatrica a media protezione), con alcuni con pazienti (3 su 5) che vivono nella struttura da 13 anni, cioè dal momento della sua apertura. Il turn-over dei pazienti è molto lento e le dimissioni estremamente difficili. Manca un Gruppo Appartamento o comunque una struttura a bassa protezione (circa 2 ore al giorno).

Per ciò che concerne il nostro piccolo gruppo abbiamo favorito lo sviluppo di un "clima" o milieu, non giudicante e flessibile, ed un tempo sufficientemente lungo. Il modello è quello centrato sull'individuo, con riferimento anche al vasto campo delle esperienze che fa capo alle comunità terapeutiche.

La Casa Famiglia si basa sulla soggettività dei pazienti, una soggettività che non può essere dedotta dai sintomi o dai comportamenti ma che va compresa attraverso l'intersoggettività. In effetti questo tipo di struttura non si pone l'attenzione sulla psicopatologia, ma sulla disabilità.

Un progetto di largo respiro prevede che il personale dello Schwaner sia meno legato alla struttura e più volto verso l'esterno, cioè verso l'inserimento attivo dei pazienti in ambito abitativo e territoriale. Il Villino Schwaner sarebbe quindi, in questo senso, una tappa iniziale nel percorso del ricupero dell'autonomia abitativa e personale, anche se protetta (tutti i pazienti sono gravati da una lunghissima storia di disabilità psichica). Dopo la dimissione di una paziente "storica", avvenuta due anni fa, abbiamo iniziato ad ammettere nuovi pazienti, dopo un periodo di oltre 8 anni in cui non avvenivano ne' ammissioni, ne' dimissioni.

Lo stesso personale del Villino Schwaner, nei limiti del possibile, si è occupato anche dell'inserimento esterno e del proseguimento dell'aiuto nel percorso abitativo. Come si evince anche dalla letteratura [3], le difficoltà sono evidenti.

LA PRATICA DI RIFERIMENTO

Abbiamo diviso il percorso terapeutico del paziente in Casa Famiglia in tre fasi, in questo modo: inizialmente c'è una prima conoscenza del paziente da parte degli operatori, al di fuori della struttura. Si fanno incontri di breve durata dove si cerca di stabilire un contatto empatico. Sono momenti determinanti per cominciare a costruire le basi solide di un rapporto di fiducia. Si cerca in questo modo di raccogliere piccoli pezzetti di una personalità frantumata o non definita o chiusa in un mondo autistico e irreale, si lavora sulla sensibilità di quel momento del paziente. Si tratta sempre di pazienti in "crisi".

Una volta avviata questa prima fase di reciproca conoscenza, si prova a portare il paziente all'interno della Casa Famiglia, mostrandogli un ambiente favorevole, dove non sono presenti camici bianchi, lenzuola ospedaliere, dove non ci sono rigide regole istituzionali, ma si propone un luogo inteso come vera casa, come una casa propria. Si tende a ricreare un clima accogliente come quello famigliare, dove il paziente, che esce da una famiglia non funzionante o inesistente, nel tempo si affida come un bambino alle cure della madre. Infatti, almeno in certi casi, vi è un vero rapporto fusionale con gli operatori della Casa Famiglia, che svolgono un ruolo genitoriale. Questa è la seconda fase.

In generale si assiste ad una rivitalizzazione generale, a partire dalla cura della persona per poi passare al riconoscimento delle attitudini ed esigenze, fino a riacquisire o riprende, nei limiti del possibile, una propria identità.

Queste prime due tappe del percorso terapeutico in Casa Famiglia, vale a dire la conoscenza del paziente ed il suo stabile inserimento, richiedono un tempo di circa 12-18 mesi. Sembra un tempo molto lungo, ma l'esperienza mostra che tale è l'arco temporale necessario.

A questo punto si assiste ad una terza fase nella quale il paziente si stabilizza come se si trovasse in una nicchia accogliente e ben modellata su di lui, sulle sue personali esigenze, e dove non sono più presenti grossi stimoli interni ed esterni. Questo equilibrio, che nelle fasi precedenti è stato cercato e sperato, può essere un rischio sia per i pazienti che per gli stessi operatori. Infatti esiste la possibilità di fermare completamente il lento percorso evolutivo fatto fino ad allora per mancanza di nuovi stimoli ed eventi stressanti. La situazione diviene, come il paziente, cronica, cosicché occorre un momento di revisione da parte degli operatori ed anche parte di pazienti con gli operatori.

In alcuni casi si sono verificate delle crisi, che sono generalmente dovute a cambiamenti all'interno della Casa Famiglia, come, per esempio, una rotazione delle figure di riferimento, oppure la presenza di nuovi operatori, oppure la mancanza di tempo e di attenzioni degli operatori a causa delle necessità di uno degli ospiti che occupava tutto il tempo a disposizione. Tali crisi hanno quasi sempre l'aspetto di acuzie psicotica.

Se ci si ferma a questa terza fase la Casa Famiglia diviene un luogo per la vita, dal quale non si viene più dimessi e dalla quale non si desidera più uscire. E' il fenomeno che vediamo rappresentato nello studio Progres [3] e che corrisponde anche alla nostra personale esperienza, come abbiamo già notato.

LA TEORIA DI RIFERIMENTO

Noi riteniamo che la cultura psichiatrica cui dobbiamo fare riferimento debba essere considerata alla stregua di un fenomeno di tipo storico. Ecco la nostra teoria psicopatologica attuale: ciò che viene detto cronicità (che colpisce essenzialmente ciò che viene chiamato schizofrenia) è un tipo di evento morboso a forte componente genetica che inizia già in un periodo molto precedente all'insorgere dei sintomi psicotici conclamati, i quali peraltro si possono incontrare, temporaneamente, anche in soggetti sani. La psicosi è un tipo di crisi definito a livello sindromico ed estremamente aspecifico (tutti possono avere un episodio psicotico, per moltissimi diversi motivi). La psicosi è quasi sempre l'ingresso "ufficiale" nel mondo della psichiatria, a causa del suo effetto clamoroso sul comportamento. Molti dei casi di psicosi hanno prognosi favorevole, nel caso però si assista ad un percorso patologico negativo che oggi, provvisoriamente, definiamo schizofrenia, vi è un periodo di circa 5 anni di grande instabilità e di deterioramento delle funzioni cognitive. E' il turbolento periodo nel quale si verificano continui fallimenti e crisi ed in cui una struttura famigliare debole può entrare in crisi. Ne segue una situazione in cui una eventuale "guarigione" avviene a spese della quantità e qualità delle relazioni umane. Il paziente tende ad isolarsi e a ridurre al minimo la quantità di stress legato alla vita sociale, assumendo un atteggiamento ossessivo, ripetitivo e monotono. I sintomi tendono a scomparire o a ridursi o comunque ad essere più tollerati. In molti casi, in questo modo, il paziente perde la sua capacità di costituire un problema e scompare alla vista dei Servizi Psichiatrici. Sono comunque sempre possibili, in relazione a situazioni di stress, nuove crisi psicotiche. Se la famiglia, che costituisce, in moltissimi di questi casi, l'unica rete sociale naturale funzionante, mostra una incapacità a reggere il peso della malattia, sia nella fase acuta, sia nella fase successiva (in questo caso spesso per la morte di uno dei componenti), si deve ricorrere ad una struttura residenziale. Il paziente reagisce al cambiamento di ambiente e, spesso, migliora, si sente soggettivamente meglio. Generalmente questo miglioramento è dovuto ad un abbassarsi del livello di richieste da parte del contesto. Tale miglioramento però, l'esperienza ce lo mostra, si ferma al livello in cui si forma un nuovo equilibrio fra aspettative e capacità individuali. Si crea una nuova nicchia dove il paziente tende a riprendere un tipo di vita ossessivo e ripetitivo, sperabilmente ad un livello di funzionalità superiore, e con una qualità di vita più soddisfacente. Se si pensa possibile un ulteriore miglioramento sarebbe opportuno il passaggio verso un'altra nicchia, anche se questo comporta inevitabilmente dei rischi.

LA NOSTRA ESPERIENZA

All'inizio della nostra esperienza avevamo progettata la dimissione di 3 pazienti, anche se in tempi e con modalità diverse, ma l'impresa appariva estremamente difficile. Gli stessi operatori dovevano sentirsi abbastanza sicuri da poter "lasciare" i loro pazienti, visti sempre come estremamente gravi. La prima fase, iniziata in aprile 2008, dopo una lunga riflessione in merito, prevedeva una scopertura nelle ore mattutine, quando, in realtà, la maggior parte dei 5 pazienti è impegnata in attività varie. Il risultato è stato buono, nel senso che i pazienti hanno "reagito" in vario modo (come era prevedibile), ma senza creare vere e proprie crisi, almeno per circa 3 mesi. In un caso si è assistito ad un notevole peggioramento delle condizioni psicopatologiche. E' difficile capire se vi è una chiara relazione causale fra i due eventi.

Nella seconda fase si è iniziata una scopertura nelle ore pomeridiane (da circa metà settembre 2008), quelle in cui vi è la maggiore "vita comunitaria" e che quindi assume un maggior rilievo. Altri 2 pazienti hanno avuto crisi di tipo psicopatologico, in un caso con la necessità di una ospedalizzazione in ambiente psichiatrico.

Ci è parso chiaro che avremmo dovuto affrontare il grande tema della crisi, visto che i pazienti andavano, in varia misura, in "crisi". Ciò in quanto immettere una novità in un sistema molto chiuso e ripetitivo induce una rottura dell'equilibrio, che diventa acuzie psicopatologica e talvolta urgenza o emergenza psichiatrica. Non ci era neppure chiaro se una tale rottura dell'equilibrio fosse da considerarsi positiva oppure no.

Acuzie: insorgenza improvvisa di una sintomatologia psichica ritenuta dal soggetto o da chi vive con lui tale da richiedere un intervento terapeutico immediato.

Urgenza: valutazione di un quadro clinico fatta da uno specialista circa la necessità di un trattamento terapeutico immediato.

Emergenza: circostanza imprevista o inattesa cui l'organizzazione sociale risponde con servizi appositamente previsti onde non andare in crisi.

Crisi: un momento della vita caratterizzato dalla rottura dell'equilibrio precedentemente acquisito e dalla necessità di trasformare gli schemi consueti di comportamento che si rivelano non più adeguati a far fronte alla situazione presente. K. Jaspers definisce la crisi come un punto di passaggio dove tutto subisce un cambiamento subitaneo dal quale l'individuo esce trasformato, sia dando origine ad una nuova risoluzione, sia andando verso la decadenza.

Forse la cosa più importante che stiamo apprendendo è che occorre modulare la crisi, ma non evitarla a tutti i costi. La crisi è inevitabile se si vuole testare il livello a cui il paziente è giunto, visto che egli tenderebbe alla completa passività, almeno nella terza fase che abbiamo descritto. La crisi comporta, ovviamente, anche un rischio. Ma non si possono evitare tutti i rischi (anche solo in modo fantastico) se non si vuole ricreare una specie di manicomio (che aveva l'ipotetica funzione, solo immaginaria, di eliminare tutti i rischi). Rapaport [10] ha individuato tre condizioni che, associate fra loro, sono in grado di provocare uno stato di crisi: 1) il verificarsi di un evento imprevisto; 2) una connessione fra questo evento e precedenti tensioni che avevano già determinato una situazione conflittuale nel soggetto; 3) l'incapacità della persona di affrontare la crisi in modo adeguato servendosi dei consueti meccanismi. Proprio la ricerca guidata di nuovi meccanismi è l'obiettivo possibile della riabilitazione psichiatrica residenziale. Questa ci sembra la differenza più saliente rispetto alle grandi strutture non psichiatriche e alla stessa famiglia. In questo senso la crisi è un elemento da governare, che si oppone alla staticità immobile. Naturalmente questo implica una costante "tensione" che deve essere nutrita da una organizzazione interna ed esterna.

Nel gennaio abbiamo finalmente potuto dimettere uno dei nostri pazienti "storici" ed ammettere un paziente con storia di malattia assai più breve.

^{*} Psichiatra, ASL 10 – Firenze, Modulo Operativo Multidisciplinare Psichiatria Adulti Quartiere 3, Firenze.

^{**} Educatore Professionale, Modulo Operativo Multidisciplinare Psichiatria Adulti Quartiere 3, Firenze.

Bibliografia

- [1] Thornicroft G., Tansella M., What are the arguments for community-based mental health care? WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, HEN report, 2003.
- [2] Lang M. (a cura di), Strutture intermedia in Psichiatria, Raffaello Cortina Editore, 1982.
- [3] De Girolamo G., Picardi A., Micciolo R., Falloon I., Fioritti A., Morosini P., *Residential Care in Italy, National survey of non-hospital facilities*, British J of Psychiatry, 181: 220-225, 2002.
- [4] De Girolamo G., Picardi A., Santone G., Falloon I., Morosini P., Fioritti A., Micciolo R., *The severely mentally ill in residential facilioties: a national survey in Italy*, Psychological Medicine; 35, 421-431, 2005.
- [5] Lieberman R., La riabilitazione psichiatrica, Raffaello Cortina, 1997.
- [6] Wing J.K., Morris B., *Handbook of Psychiatric Rehabilitation Practice*, Oxford University Press, 1981.
- [7] Ciompi L., Dauwalder H.P., Ague C., *Un programma di ricerca sulla riabilitazione del malato psichiatrico*, Psicoterapie e Scienze Umane, 21, pp. 47-64, 1987.
- [8] Sullwold, L., & Herrlich, J., *Providing schizophrenic patients with a concept of illness*. British Journal of Psychiatry, 161 (Suppl. 18), 129-132, 1992.
- [9] Rabboni M., *L'abitare: vecchia e nuova residenzialità*, in Ba G., Strumenti e tecniche di riabilitazione psichiatrica e psicosociale, Franco Angeli, 2007.
- [10]Rapaport L., *The state of crisis: some theoretical considerations*, social service review n. 36, 1962.

Soluzione riabilitativa. I temi di una residenzialità psichiatrica

di Alessio Bertolini*

Abstract

The essay describes the experience of rehabilitation in a community's residence (CPM). The staff chooses the therapeutic living approach developing the model by the meeting with patients in the daily life.

The scientific process evolution needs a new start for every recovery, new words for every start.

The focus on the meaning of time and the value of anthropologic symmetry are the main keys in treatment by long setting ambients.

Unità Mobile Limbiate è un servizio complesso di strutture residenziali per la salute mentale, figlio della riconversione dell'ex Ospedale Psichiatrico Antonini.

In un momento storico dove gli assetti organizzativi prevedono importanti ridefinizioni, per la Comunità a Media Protezione "Petrarca" è l'occasione per uno sguardo al passato.

Non si tratta di un reale consuntivo e nemmeno di una raccolta aneddotica, è piuttosto l'esigenza di mettere nero su bianco i valori professionali che hanno determinato un fare così significativo.

Apatia e vitalità

Una volta scrostate le apparenti tranquillità garantite dall'Istituzione, tutte le nuove strutture hanno avuto modo di sperimentare il recupero della tensione verso il presente.

I detrattori della riconversione colsero altre possibili conseguenze e agitarono lo spettro dell'innalzamento del tasso di mortalità.

Tragicamente una delle prime amare scoperte della vita in appartamento fu quella che l'uomo è mortale, anche in Petrarca è possibile morire.

Sergio porta un fisico imponente con gli occhi di un ragazzo e questa contraddizione spiazza spesso i suoi interlocutori.

E' relativamente giovane per avere alle spalle tanti anni di manicomio e la sua sintomatologia è ancora florida.

Non è facile ipotizzare su cosa Sergio possa trarre da un ricovero così differente da quello in Ospedale: sono ormai anni che il suo spirito d'adattamento non è più stimolato e forse contare su qualche vecchia spalla può non bastare.

Sergio è morto nel sonno, lo ha soccorso un altro ricoverato che ha allertato l'emergenza quando ormai non c'era più tempo.

Giace nella sua stanza, quella con il balcone che dà sul giardino; di là c'è l'operatore, ora alle prese con una prassi tutta da inventare e a cercare di contattare dei familiari che non trova.

Morire e lasciare un vuoto, mancare: l'angoscia, il dolore, la pietà e la rabbia che riaffermano la vita con la sensazione spiazzante dell'esigenza di ripristinare il rito collettivo dell'espiazione del lutto.

E' un lutto che rappresenta un passaggio epocale, l'immutabilità è definitivamente caduta laddove c'è spazio per un dramma personale.

L'immortalità fittizia di chi ha perduto la dimensione temporale è bruscamente svanita: non resta che accettare la dimensione mortale, quella dei rischi, degli errori e delle contraddizioni, quella dove il comportamento è l'espressione dell'esistenza di un uomo.

Il gruppo è colpito e reagisce, non ancora consapevole, scegliendo di investire sul tempo autentico, quello dell'esistenza, dell'incontro con l'altro a viso aperto.

Stare a fianco del paziente comporta un alto coefficiente di difficoltà: l'incarico necessita di affrontare la paura, la ritrosia, la fatica, il pericolo del coinvolgimento.

Raggiungere l'"altro" implica la condivisione delle strutture dei meccanismi del linguaggio, significa in qualche modo assumere delle realtà che possono provocarci repulsione ma non c'è rifiuto delle emozioni, anzi è il banco di prova per valori etici ancora prima che professionali.

Così si sviluppa uno stile di vivere la comunità attraverso rapporti che sostengono la complessità, non riconducibile a dimensioni prefigurate, che rifugge l'asettica applicazione di categorie per sviluppare una responsabilità di gruppo e individuale.

La scientificità è data dalla precisa volontà di essere in un tempo e in un luogo privi di codici prestrutturati, per quanto perigliosa è la scelta che spazza l'apatia.

Coraggio e paura

Il gruppo si sta riconoscendo attraverso la quotidiana scoperta della comune cultura della relazione terapeutica: una condivisione slegata dalle esperienze e dalle formazioni.

L'organizzazione si scrolla dai precedenti e si ridefinisce in funzione dei bisogni dei singoli all'interno di una dimensione comune.

È il passaggio che permette di non considerare più come compito il presidio della struttura e apre alla progettazione.

Si sviluppano riflessioni di sostanza, quali la modalità di occupare gli spazi fisici del luogo comunità, la scelta di non avere "rifugi" esclusivi per gli operatori e di condividere con il paziente il tempo trascorso in CPM.

In questa fase di partenza, la preoccupazione nei confronti della visibilità dell'esito e la tensione per la definizione di strumenti misurabili e ripetibili è solo all'inizio, ma il cambiamento dall'assistenza alla riabilitazione è già oggetto di confronto.

Il contenitore comunità deve conciliare un'organizzazione che produce prestazioni con un luogo di relazioni, di emozioni, di condivisione, di solidarietà.

Dal protocollo dell'autosomministrazione assistita dei farmaci: " (...) la somministrazione dei farmaci ha assunto connotazioni e significati diversi generalmente condivisi per tutti i pazienti in carico. Considerata l'attenzione rivolta ad ogni singolo caso e le relative eccezioni, si possono individuare comunque delle linee guida di riferimento per tutti gli operatori coinvolti. (...)

- descrizione: la terapia non viene somministrata, tramite l'operatore il paziente accede ai farmaci organizzati in modo immediatamente comprensibile permettendo una consapevole assunzione. L'operatore riveste una valenza rassicuratrice e allo stesso tempo di controllo.
- obiettivi: l'intervento si integra alle informazioni trasmesse dal medico in merito alle scelte terapeutiche ed è teso a costruire il consenso del paziente al trattamento.
- strumenti: fondamentale risulta l'aspetto relazionale e in questo senso è necessario il coinvolgimento degli operatori che gestiscono la quotidianità (...) "

Il ruolo professionale in comunità svela la propria essenza in una prospettiva esaltante che consacra la sfida riabilitativa: ad ogni gesto corrisponde un significato educativo.

L'intenzione dell'operatore vuole sempre rimandare la relazione ai contenuti, all'essenza produttiva, al raggiungimento degli obiettivi condivisi: questa è la tensione che anima il confronto in comunità, non lo scontro su chi stabilisce le norme della comunicazione.

Nel contesto della relazione le regole non sono fisse, si costruiscono attraverso processi continuativi, attraverso le condizioni che permettono la possibilità del cambiamento.

Ogni comportamento del paziente, dunque anche la trasgressione o l'urgenza, è un segnale, una comunicazione cui l'operatore non si sottrae, esponendosi in prima persona per raccogliere, decodificare e trasmettere in un territorio che non consente atteggiamenti riferiti alla struttura per se stessa.

Nell'incontro con Gabriella spesso all'operatore rimane la sensazione di aver fatto la vece di un ansiolitico al bisogno.

Gli standard di funzionalità sono appropriati e di buon livello, il sostegno psicoterapeutico è consistente, eppure la richiesta d'ingaggio è sempre alta.

È un confronto che pretende di sviscerare i linguaggi, a conti fatti una palestra per la relazione educativa.

Verrebbe da chiedersi se anche Gabriella talvolta risponda alle esigenze di allenamento degli operatori.

La tecnologia utilizzata in comunità è volutamente non sofisticata, nemmeno il fervore dell'attività di gruppo ad ogni costo ci ha intaccato, non esiste un'organizzazione a aprioristica.

La scientificità è affidata ad un approccio integrale, che ponga la persona al centro delle riflessioni, avendo ormai imparato che i sintomi di per se stessi non costituiscono una dimensione utile e affidandosi, non privi di incertezza, al confronto con i flussi complessi che tratteggiano le esistenze. Prima della progettualità, prima dell'attenzione al percorso individuale più appropriato c'è un bisogno fondamentale cui la comunità tenta di dare una risposta riconoscibile: è l'esigenza di una *proporzione antropologica* che forse qui è possibile ridurre al concetto di una dimensione spaziotemporale, da soddisfare attraverso idee, principi, confronti.

Luca è un pilastro della comunità. Lui sarebbe il primo a non accettare questa definizione ma è fuori di dubbio che l'incontro con questo giovane uomo (ormai qualche anno fa) abbia notevolmente contribuito alla definizione di un modo di lavoro, uno stile di vita. Luca non ama le situazioni aperte, i ritrovi allargati, le feste, e, non a caso, la sua comunità non brilla certo per la proposta di situazioni del genere.

L'occasione di un evento particolare ottiene la sua adesione: è una circostanza che vede tutta l'organizzazione allargata coinvolta.

Come da copione in questi casi, all'ultimo momento Luca sfoggia la propria riluttanza e così finiamo per affrontarci a muso duro.

Le mie insistenze non sembrano sortire alcun effetto ma durante la discussione capito ad utilizzare la parola *appartenenza*.

Luca si blocca e con un colpo di teatro va a prendere un dizionario, come per sottolineare la distanza provocata da un termine ricercato. Il dizionario è dei sinonimi e contrari e tra i contrari legge *sconosciuto*, *estraneo* e tanto gli basta per tenere fede alla parola data.

Applicare restrizioni al fumo è sempre stato un problema nella gestione degli spazi della CPM.

Tentativi, poco convinti, di esporre cartelli di divieto o applicare regolamentazioni interne hanno prodotto con precisione i risultati attesi: poco o nulla.

L'unico argomento perseguibile sembrava la valutazione del rischio sanitario individuale, anche qui con risultati modesti.

Sviluppare lo spazio anziché circoscriverlo è stata l'intuizione.

Attraverso riunioni è stato esposto il contesto da cui partivano le indicazioni: così siamo andati insieme a vederci le disposizioni antifumo a partire dalle normative europee in cascata fino a quelle aziendali, così abbiamo ottenuto risultati apprezzabili e continuativi.

L'istituzione manicomiale ha sempre e comunque fornito al paziente psichiatrico una serie di immagini nelle quali riconoscersi, prevalentemente una via semplicistica per guadagnare una sintonia con un tempo non condiviso: la sfida è accettare la frattura piuttosto che alimentarla con isterici atteggiamenti di contrapposizione.

" (...) Quando l'operatore si trincera dietro le leggi di un metodo sono solo quest'ultime a mantenere valore; l'intervento dominato dalle teorie risulta impersonale e chi ne dovrebbe usufruire risulta invece de personalizzato".

Mario è una vecchia conoscenza dei servizi di salute mentale, non più giovane cerca ancora il vigore dei giorni migliori.

Stare con lui riporta alla mente gli anni in Ospedale Psichiatrico, di quando affiancarsi all'esperienza delirante mostrava pericolosamente il fascino del baratro.

In questa fase necessita essenzialmente di protezione, il nucleo familiare è pericolante e lui dichiara apertamente di non essere in grado di tollerare un'eventuale perdita. Il suo standard di adesione ai trattamenti è sempre stato basso e l'invio ad una struttura residenziale con le nostre caratteristiche appare ai più un azzardo figlio della disperazione.

È domenica ed essere in servizio è davvero seccante.

Inattesa giunge una telefonata concitata: si tratta di Mario.

E' a casa per il fine settimana e qualcosa sta andando storto, i familiari ci mettono al corrente di una crisi d'angoscia. Mario vaga senza meta, incontenibile, ha tentato ripetutamente il suicidio e i fratelli stanno cercando di trattenerlo invano.

Per un attimo la tentazione sarebbe quella di rispondere che non ci facciamo carico delle emergenze ma quando il pensiero termina siamo già in auto. Al domicilio riusciamo a ricostruire l'escalation, poi decidiamo di utilizzare la CPM.

Nonostante il rischio di esporre l'ambiente ad una dinamica potenzialmente violenta, ci accordiamo con Mario per una sosta in Petrarca utilizzando l'espediente di una medicazione: un gesto fisico, tangibile, un atto curativo.

La sua adesione è la svolta della giornata.

La tensione che ci muove è la volontà di attribuire ad ogni gesto un significato educativo ed essere sempre disponibili ad esporsi, assumendo direttamente la responsabilità di accogliere il contenuto che il paziente esprime.

Luigi arriva alla residenzialità in psichiatria a seguito di un lungo programma presso una struttura per il trattamento della doppia diagnosi.

Il controllo della tossicomania pare un obiettivo raggiunto grazie ad un percorso rigidamente organizzato.

Dall'invio, Luigi mantiene un atteggiamento di maniera, solo formalmente disponibile, nei fatti la collaborazione è assente, perseverando in una sterile provocazione e allontanando una reale alleanza terapeutica.

Se l'insight è carente, l'analisi condivisa coglie la difficoltà a reggere una situazione abitativa dove i tempi e i modi non siano strutturati in maniera verticistica, la fatica a sostenere la richiesta di coinvolgimento e relazione su piano orizzontale.

Il compito prevede la trattazione simultanea di diversi elementi con un alto grado di imprevedibilità, alla base del quale rimane sempre la dicotomia di fondo rappresentata dall'esigenza di sviluppo e l'ansia di contenimento: un dilemma tipicamente educativo affrontato attraverso il riconoscimento del valore del cambiamento e la capacità di dare senso storico agli avvenimenti.

La comunità ha radicato la propria identità intorno alla preoccupazione di sviluppare la capacità di ascolto e di comprensione: per questo l'elemento base è l'operatore con le proprie peculiari potenzialità individuali al servizio di un gruppo coeso.

Discrezionalità e responsabilità sono richieste a tutte le figure professionali nello sviluppo di una continua ricerca e sperimentazione che è dovuta al momento decisionale, processo di lavoro di cui l'intera organizzazione infine si fa carico.

Strumento chiave è il Progetto Terapeutico Riabilitativo laddove vengono analizzate le aree deficitarie, indicati gli obiettivi perseguibili e definite le strategie.

Tale opzione vorrebbe sopperire al rischio di indeterminatezza del compito e porre sotto debito controllo la tempistica e l'efficacia dell'intervento.

A ribadire con forza, tra verifiche regolari e strumenti per la valutazione dell'esito, la dimensione temporale dei programmi sviluppati.

Impulso e ragione

Promuovendo diversi processi a incrementare la qualità di vita del paziente, ne deriva una complessità di carattere organizzativo che deve conciliare bisogni multidimensionali e soprattutto affrontare simultaneamente il raggiungimento di due elementi antagonisti: contenimento e sviluppo.

Questa duplicità è sicuramente attribuibile al mandato sociale di cui la CPM si fa carico ma è in primo luogo un conflitto cui ogni paziente si sottopone.

Se esistono luoghi deputati alla riabilitazione questi devono prevedere di dovere gestire lo scontro tra ordine naturale e ordine sociale, tra impulso e ragione alla ricerca di un equilibrio che consenta la vita, nella consapevolezza che la negazione delle passioni rappresenta solo l'esaltazione delle forze autodistruttive.

La rinascita paga tributo alla sofferenza, lottare e soccombere sono pagine indelebili di ogni esistenza umana.

Vittorio è figlio di una situazione familiare particolarmente disagiata, vede ben presto sfaldarsi irrimediabilmente ogni legame naturale.

Il profilo abituale ha sempre mostrato comportamenti al limite della norma sociale, la sua personalità iperattiva ed esuberante lo candida rapidamente al ruolo di infaticabile, ponendo le basi per un rapido crollo.

La caduta è precipitosa e mette in serio pericolo la vita del ragazzo.

Superata l'emergenza, la performance lavorativa scade notevolmente, dando inizio così ad un'inarrestabile peregrinazione alla ricerca della condizione ormai perduta, immerso in mille circostanze attraverso le quali non riesce a sviluppare alcuna continuità.

La temporalità rimane una sequenza incomprensibile, il tentativo può essere quello di mantenere la visione della totalità del paziente.

L'identità pare scomparsa per lasciare spazio solo a frammenti, particolari che difficilmente assurgono a significati: il supporto è finalizzato a mettere in relazione gli elementi cercando una pertinenza che li attraversi.

Questa progressione costellata da fallimenti, propositi dereistici e conseguenti umiliazioni culmina con una modalità schematica e ripetitiva che si consolida rapidamente.

Ricoveri, fughe, agitazioni psicomotorie e tentativi di suicidio si fanno sempre più frequenti fino a determinare la definitiva espulsione da una situazione abitativa ibrida.

È un incarico preciso quello di andare oltre un'ovvia continuità tra passato e presente: la differenza consiste nel cercare informazioni nuove che stabiliscano il momento del qui e ora, spostando l'attenzione dall'anamnesi al sistema attuale.

Alla progettualità ci si affida per la ricerca di uno strumento utile ad arginare l'angoscia di un processo di svuotamento.

Nella discussione, i progetti proposti non trovano obiezioni particolari, la contrattazione è sempre semplice con un atteggiamento che passa dalla remissività fino alla volontà di compiacere l'interlocutore.

L'unica reale richiesta del paziente è quella di non ostacolare i propri spazi di regressione.

R. D. Laing: "(...) niente di quello che voi vedete sono io, egli dice dentro di sé. Ma in realtà egli può essere qualcuno soltanto in quello che vediamo noi, le sue azioni non sono il suo vero io, allora egli è irreale davvero: è qualcosa di ambiguo e del tutto simbolico, una persona puramente virtuale, potenziale, immaginaria, un uomo mitico, in realtà un niente. E se poi per una volta smette di fingere di essere quello che non è, viene fuori come la persona che è diventato, ne esce un Cristo, uno spettro, non un uomo: esistere senza corpo si paga col non essere. Così nella sua vita, la sua condizione esistenziale è diventata vera: ciò che è vero esistenzialmente diventa vero in realtà."

Ad ogni crisi la CPM rinnova la propria disponibilità a ricominciare.

"Tra le famiglie dei miei genitori c'è un muro, io solo riesco a passarci attraverso, dunque sono un fantasma."

Gli operatori sono consapevoli del rischio di essere percepiti come l'ennesimo oggetto da consumare, d'altra parte rifiutano di proporsi con un atteggiamento di tipo sacrificale.

Il compito riconosciuto è quello di accogliere per consentire un'identificazione valida, perseverando a cogliere qualsiasi possibile elemento e valutarlo con la determinazione di chi vuole fare seriamente ricerca.

Ogni rientro vede Vittorio finire per tornare ancora gravemente velleitario, evidentemente incapace a concepire prospettive di vita adeguate alle proprie abilità.

Giunge a mostrarsi rivendicativo, manipolatorio, utilizza la minaccia di esporsi a situazioni di grave pericolo per ottenere libero accesso alle proprie confuse ideazioni e sfida apertamente i vincoli posti dalla struttura residenziale.

È il recupero del tempo attraverso la bramosia: il senso del vuoto e l'esigenza di colmarlo senza condizioni, attraverso mille contatti inconcludenti che non strutturano mai una vera esperienza.

Ciò che rimane per una riflessione è solo un'eterna proroga, un tempo spostato in avanti, una fuga a coprire un vuoto totale.

La CPM si attualizza, anche attraverso l'esigenza di una spiegazione, nel dubbio di una mancata comprensione, nella difficoltà di reperire una terminologia, cogliendo lo stimolo a trovare parole nuove e così storicizza l'esperienza con il paziente offrendogli un andamento cronologico, e, non banalmente, permane.

Il paziente descrive la propria *bramosia* nei momenti in cui, pervaso "dalla rabbia e dall'euforia" sviluppa una forsennata aspettativa di "una nuova vita", esperienze che puntualmente lo deludono lasciandolo stremato.

Appare decisamente calzante la descrizione di Von Gebsattel a proposito dell'affetto da bramosia morbosa, colui che " perde l'aperta continuità della storia della sua vita interiore, esiste appunto per questo soltanto puntualmente, nel momento dell'apparente appagamento, dunque discontinuamente. Vive di momento in momento ma, in ultima analisi, è di ciascuno insoddisfatto. Appena ha nascosto il vuoto del presente ricorrendo al godimento, al fatto sensazionale, allo stordimento, all'ebbrezza già comprende l'irrealtà del suo sparire nella forma dell'essere insoddisfatto, del disinganno e della nausea, il che lo costringe subito alla ripetizione della sua attività. L'affetto da bramosia morbosa compie ed esperisce sempre le stesse cose e resta bloccato al centro del tempo immanente all'esperire."

L'esposizione alle ricorrenti frustrazioni conduce Vittorio a frequenti episodi di scompenso caratterizzati da rapidissime risoluzioni.

Talvolta, per brevissimi screzi, è lucido e critico circa la precarietà di tale condotta, più spesso difende le proprie scelte giudicandole ineccepibili in quanto egli sta facendo tutto ciò che è nelle proprie possibilità per guadagnarsi un posto di lavoro e per questo si attende il riconoscimento degli operatori.

Costante è la tendenza all'ansia procurata da questo fenomeno di vuoto: occorre presentificare, attualizzare sempre un nuovo *ora* in cui tutto comincia da capo. È chiaramente osservabile nei comportamenti quotidiani: la relazione, l'alimentazione, la sessualità, il consumo di sostanze; il tempo in realtà non trascorre e Vittorio rimane lo sterile curatore di un presente senza storia.

La comunità non ha modelli precostituiti da propinare, non produce in serie, è dedita all'unità.

L'alto grado di imprevedibilità e la discrezionalità permea tutti i rapporti, le comunicazioni, le decisioni ma sono la chiarezza nel declinare il progetto, la capacità di darvi corpo nella vita quotidiana e la dimostrazione di essere in grado di reggere il conseguente livello di complessità a rappresentare l'elemento irrinunciabile della continuità della presa in carico.

Naturale e ideale

Frequentemente il paziente si specchia in una lacerante prospettiva che non appartiene né al mondo oggettivo né al mondo idealizzato: la presa in carico offre l'opportunità di recuperare l'attinenza al reale ma anche l'accettazione della mortalità.

Il ricovero in CPM è gestito prevalentemente in maniera autarchica, gli aspetti velleitari continuano a dominare la relazione terapeutica ed insieme scopriamo che questo scenario è comunque possibile.

Per Vittorio non mancano spunti di capacità critica come quando è in grado di ammettere di non avvertire una reale motivazione ad intraprendere un lavoro o quando esprime una valutazione attendibile del proprio livello di disabilità.

La forsennata ricerca che lo caratterizza risponderebbe bensì all'esigenza di corrispondere un'immagine di sé lavoratore: tale necessità prevale sistematicamente al punto tale che ogni approccio ad una progettazione appare ormai fuori luogo e priva di significato.

Comunità e paziente sembrano essere diventati due opposti complementari: la difesa psicotica ha elaborato una strategia in cui lo stravolgimento continuo è funzionale a garantire l'immutabilità delle condizioni, una paradossale impossibilità di cambiamento; altrettanto paradossalmente, la struttura residenziale prosegue in maniera stabile a offrire la garanzia della presa in carico, con la finalità dichiarata di promuovere un cambiamento.

La verifica è un preciso strumento di lavoro, introdotto con forza al momento della riqualificazione della mission del servizio facendone una pratica comune.

Tempi tecnici dedicati all'analisi e alla riflessione, procedure condivise che implicano la trascrizione delle conclusioni emerse, utilizzo di scale di valutazione dell'esito, produzione di documentazione anche a finalità formativa sono elementi centrali intorno ai quali ruota il funzionamento dell'organismo complesso di cui la CPM fa parte.

Ricerche ed elaborazioni sono la fucina di nuove costruzioni, nuovi traguardi che caratterizzano l'attitudine imprenditoriale di un servizio ambizioso ma sono principalmente lo spazio-tempo che concorre alla formazione di una cultura organizzativa. Un procedere che valorizza la gestione dei dilemmi, che non esclude le alternative e che ha maturato una solidità tale da poter incamerare anime diverse valorizzandole.

Antonietta spesso pone il gruppo degli operatori in difficoltà.

È una donna ormai non più giovane con un presente parzialmente compromesso dagli eccessi di un disturbo bipolare.

Gli anni in CPM hanno visto il conseguimento di obiettivi fondamentali quali la riduzione della frequenza e dell'intensità delle flessioni dell'umore, il controllo degli abusi da etilismo, l'opportunità di una migliore interazione con i familiari.

Eppure gli attacchi disforici, di cui spesso ci ritroviamo ad essere oggetto, ostacolano la capacità di rispecchiare il tempo nel suo fluire, lasciando a paziente e operatori l'angosciante sensazione di un'immobilità soffocante.

Distacco

Gli elementi che determinano i flussi dei pazienti attraverso i servizi sono eterogenei e dalla nostra prospettiva è arduo trarre delle conclusioni.

Il contributo dal confronto con il paziente nella residenzialità ci fa suggerire che la conclusione è una risorsa, va accolta e mai temuta.

Le istituzioni sterili sono quelle in cui ogni fluire non determina mai un momento, sono quelle che pre-esistono a discapito di una finalità, di un intento dichiarato, quelle in cui l'organizzazione è funzionale allo status quo, al mantenimento di se medesima piuttosto che al compito.

Invece cambiare può essere ancora un termine da custodire dalla distorsione: non un diversivo fine a se stesso, non una via facile all'uscita ma il superamento del proprio destino per divenire un altro.

La comunità può e deve essere il luogo in cui recuperare il proprio attaccamento all'esistenza, in cui il linguaggio fissi le essenze affinché queste possano essere oggetto di comunicazione.

Diversamente da una collocazione storica, il rischio è quello di rappresentare, piuttosto, unicamente un inquietante paradosso.

L'assunzione del tempo a valore esclude la coazione a ripetere, l'accanimento fine a se stesso, l'autoreferenzialità dei servizi, la perdita degli orizzonti che rappresentano i rischi professionali cui siamo più esposti in qualità di operatori e che per il paziente costituirebbero il coinvolgimento in un abissale inganno esistenziale.

Luca lascia la CPM, bando alle ipocrisie, questioni amministrative hanno materializzato una scelta che probabilmente avremmo a lungo rimandato.

Alla memoria riaffiorano tutte le manifestazioni di resistenza al cambiamento e, senza una reale necessità, mi dispongo ad affrontarle ancora, come se le situazioni superate in passato fossero improvvisamente tornate attuali.

Inaspettatamente provo la sensazione di rivolgermi ad una figura a due dimensioni, come impressa su tela da un tratto insicuro. Non è così.

Sono imbarazzato a scoprire in me i tratti di quella prevenzione che dovrei contrastare per primo.

È solo un attimo: per Luca la lucidità di cogliere emozioni è ancora superiore a qualunque disabilità e, messa la tela in soffitta, siamo insieme a valutare le opportunità che la nuova direzione può offrire.

Nessuna paura, è solo la fine.

Bibliografia

- [1] Laing R. D. L'Io diviso, Einaudi, Torino, 1969.
- [2] Minkowski E.-Von Gebsattel E.-Straus E. *Antropologia e psicopatologia*, Bompiani, Milano, 1967.
- [3] Olivetti Manoukian Franca, *L'organizzazione psichiatrica e i suoi dilemmi*, in "Rivista Sperimentale di Freniatria", n.3, ed. F. Angeli, Milano, 2005.

^{*} Educatore professionale, Unità Mobile Limbiate, A. O. 'G. Salvini'

Educare alle emozioni con le artiterapie o le tecniche espressive

a cura di Ottavia Albanese e Manuela Peserico

Edizioni Junior

L'arte, la danza, la musica, il teatro e altre tecniche espressive, introdotte come strumento di terapia all'inizio del secolo scorso, hanno ciascuna una propria storia, proprie caratteristiche e peculiarità, ma tutte sono tecniche d'espressione a mediazione non verbale finalizzate al sostegno della persona. Tali attività, agendo sulla sfera emotivo-affettiva del soggetto, consentono una modulazione delle emozioni; per mezzo del loro aspetto "divertente e ludico" permettono di "far passare" contenuti e modalità espressivo-comunicative più consone e adattative; ciò che caratterizza tutte le artiterapie è l'attenzione e la valorizzazione del "processo creativo" e non solo dell'opera che altro non è se non il risultato oggettivo e visibile di qualcosa che nasce all'interno del soggetto; l'aspetto qualificante delle tecniche espressive è rappresentato dal cammino di cambiamento che il processo creativo rende possibile per giungere ad un prodotto estetico e di soddisfazione soggettiva per l'individuo, è quindi assente ogni giudizio di valore e conseguentemente i problemi connessi alla prestazione.

Tali caratteristiche rendono le tecniche espressive duttili rispetto alla loro utilizzazione, tanto che i contesti in cui le artiterapie vengono oggi applicate spaziano dalla riabilitazione di soggetti affetti da patologie psichiatriche, al sostegno dell'anziano con Malattia di Alzheimer e del portatore di handicap su base organica, all'applicazione in ambiti preventivi e/o pedagogici per sviluppare la creatività e favorire i processi di crescita.

In questo senso il volume curato da Ottavia Albanese e Manuela Peserico offre una panoramica completa della riflessione sul percorso che, in Italia, le artiterapie hanno effettuato negli ultimi quindici anni. Attraverso la sua articolazione (il libro è organizzato in quattro parti: "Presupposti teorici generali", "Premesse teoriche trasversali alle buone prassi", "Le buone prassi educative e/o terapeutiche", "Le tecniche espressive") il lettore può scoprire l'importanza di educare alla comprensione delle emozione proprie e altrui, per conoscerle e regolarle.

Il testo si caratterizza per la numerosità e ricchezza dei contributi presentati che lo rendono un utile strumento di lavoro per operatori socio-sanitari, per insegnanti e per tutti coloro che nel loro operare quotidiano utilizzano le artiterapie.

Recensione a cura di Cristina Bellazzecca

Norme redazionali

Tutti i soci e i colleghi interessati possono inviare contributi da inserire nelle diverse rubriche in cui si articola la rivista. Al fine di conferire al periodico la massima ricchezza e omogeneità di contenuti le proposte di contributo devono essere di volta in volta concordate tra gli Autori e la Redazione.

Gli articoli: minimo 18000 massimo 27000 battute spazi inclusi.

Ogni articolo deve contenere:

Titolo

- Nome e Cognome
- Qualifica, Ente o Istituto di appartenenza
- Abstract in inglese
- Testo
- Eventuali note a piè di pagina
- Bibliografia: inserire solo i riferimenti bibliografici essenziali: massimo 10 titoli, numerati, disposti secondo ordine di citazione nel testo, citati secondo le norme dell'INDEX medico, esempio:
- 1. CUMMINGS J.L., BENSON D.F.: Dementia of the Alzheimer type. An inventory of diagnostic clinical features. J Am Geriatr Soc. 34: 12-19, 1986.

Nel corpo del testo indicare solo il numero corrispondente.

- Eventuali immagini devono essere già inserite come parte integrante del testo cui appartengono.

Evitare tassativamente di inviare materiale con programmi diversi da Word.

I contributi in formato Word vanno inviati al seguente indirizzo: cbellazzecca@ospedaliriuniti.bergamo.it.

Un'ulteriore copia cartacea dovrà essere inviata a: Cristina Bellazzecca – c/o CPS via Tito Livio 2, 24123 – Bergamo.

Si prega di evitare: rientri prima riga paragrafo, tabulazioni per allineamenti, più di uno spazio tra una parola e l'altra, a capo manuale salvo nuovo paragrafo e qualunque operazione che trascenda la pura battitura del testo.

Si ricorda inoltre che: dopo virgola, punto e virgola, punto, va lasciato uno spazio, mentre prima non va lasciato alcuno spazio. Per le frasi e le parole tra parentesi: (testo tra parentesi) e non (testo tra parentesi).

I manoscritti non verranno restituiti.