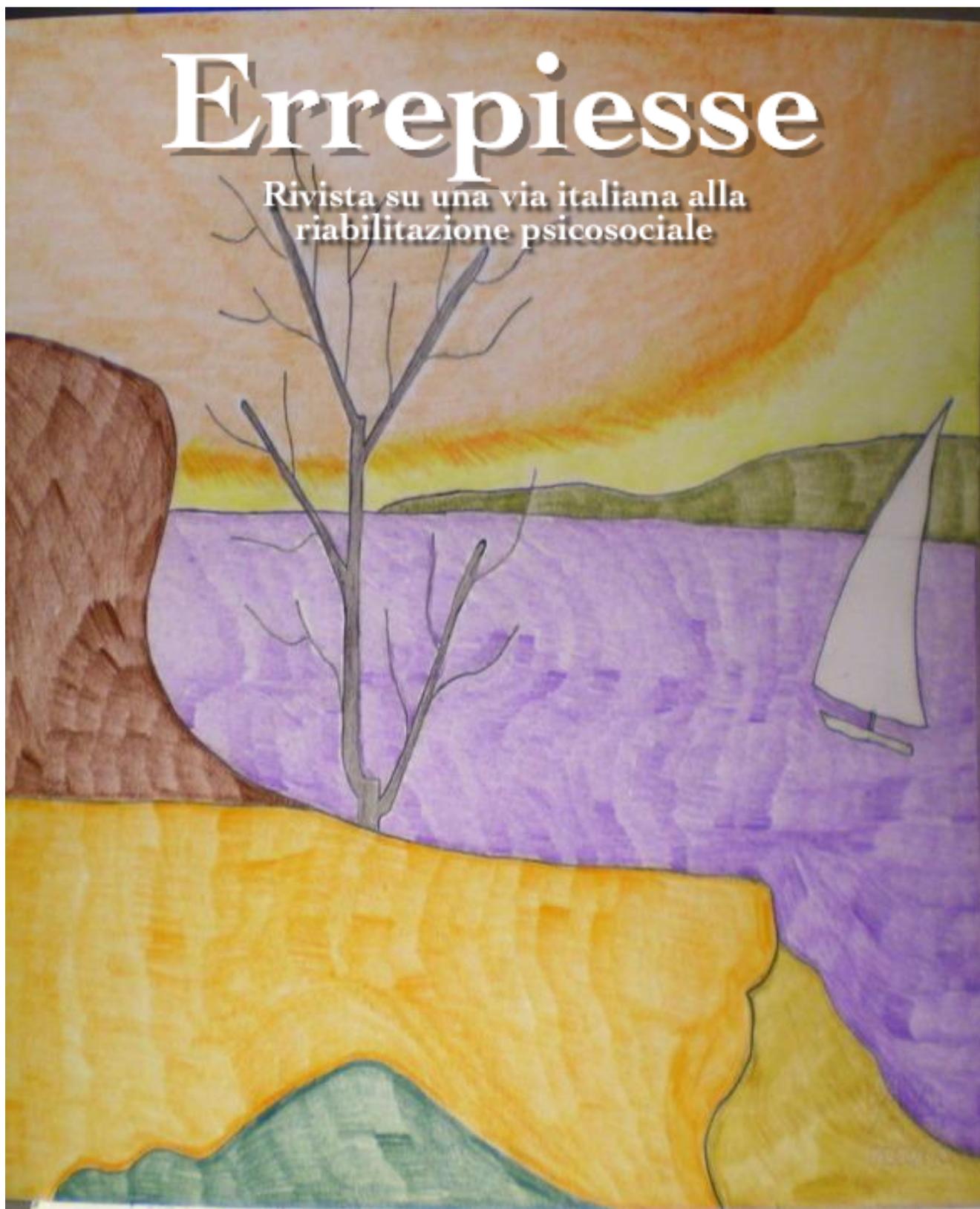


Errepiesse

Rivista su una via italiana alla
riabilitazione psicosociale



QUADRIMESTRALE

ANNO III - N°3 - DICEMBRE 2009

Sommario



- Prefazione di Luigi Ferrannini
- Introduzione di Giuseppe Saccotelli
- Introduzione di José Mannu
- Nota del direttore

CARCERE, OPG E RIABILITAZIONE

- OPG Quale futuro di Franco Scarpa
- Progetto di intervento presso la Casa di Reclusione di Rebibbia sezione minorati psichici di José Mannu (contributi di Agnese Chialastri, Adele Retinò, Carlo Valitutti, Michela Argenziano, Angela Falvo e Salvatore Mundanu)
- Assistenza sanitaria ai cittadini detenuti: effetti e problematiche del DPCM 1 aprile 2008 di Aldo Fierro
- L'Ospedale Psichiatrico Giudiziario (OPG) funzioni e collocazione nel sistema penale di Gianfranco Rivellini
- Lo sport in OPG di Marina Bocca
- La riabilitazione in regime carcerario e la doppia diagnosi di Paolo F. Peloso

LA RESIDENZIALITA' COME STRUMENTO RIABILITATIVO

- Modelli di Residenzialità di Massimo Rabboni
- La riabilitazione domiciliare: la casa come risorsa del trattamento del paziente non collaborativo di Maura Papi

NORME REDAZIONALI
ARCHIVIO
SCARICA LA RIVISTA

ESPERIENZE RIABILITATIVE CON LA NUOVA MARGINALITA'

- Rehabilitation and marginality in the UK CHT's innovative model for rehabilitation di John Gale and Beatriz Sánchez España
- Il suicidio: il problema e la sua prevenzione di Maurizio Pompili
- Gli ultrà di Paolo Paolotti

RIABILITAZIONE E ORGANIZZAZIONE DEL DSM

- Il DSM e la nuova marginalità di Bruno Gentile, Elena Di Bortolo
- Riabilitazione e marginalità di Sergio Lupoi
- Le appartenenze delle persone senza fissa dimora di Simone Cocciantè, Enrico Visani

PSICOPATOLOGIA, NEUROPLASTICITA' E RIABILITAZIONE

- Neuroplasticità e Riabilitazione psicosociale di Giulio Corrivetti
- Psicopatologia e Doppia Diagnosi di Gilberto Di Petta, Luciano Petrillo, Antonina Di Cintio, Andrea Valdevit, Assunta Cangiano, Teresa Pandolfi, Luigi De Gregorio

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: R. Roncone
Past President: G. Saccotelli
Presidente Onorario: L. Burti
Consiglieri Onorari: F. Pariente, M. Casacchia, G. Ba, F. De Marco, M. Rabboni, B. Carpinello
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 è stata realizzata all'interno del Centro Diurno della II Unità Operativa di Psichiatria dell'A.O. Ospedali Riuniti di Bergamo.

Prefazione

*di Luigi Ferrannini**

Questo numero della rivista, costruito partendo da un evento della Società Italiana di Riabilitazione Psichiatrica svoltosi a Roma nel Marzo di quest'anno, affronta i temi centrali di questa area disciplinare e tecnica, muovendosi da una prospettiva originale ed anche provocatoria che ci pare vada subito segnalata.

Il titolo innanzitutto lascia pensare a nuove forme di marginalità, sulle quali tra poco torneremo, quasi che queste si siano sostituite alle vecchie e "storiche" modalità di mettere ai margini della società (sottraendo diritti ed opportunità) persone e storie, come accade sempre ed ovunque. Ma sottende anche che le "marginalità", vecchie e nuove, possono trovare luoghi e strumenti di aggregazione, per esistere e per resistere.

Soffermiamoci su questo primo aspetto, che peraltro caratterizza tutto il volume e quindi lo configura come particolare e specifico rispetto ad altri contributi nell'area della riabilitazione psichiatrica, ponendoci alcune domande.

Come possiamo pensare che proprio oggi, nella fase storica, sociale e culturale che sta attraversando il nostro paese e la nostra comunità, ma non solo – dalle politiche sull'immigrazione all'intervento statale in sfere connesse alle scelte individuali e personali con il conseguente ampliamento delle aree di obbligatorietà, per esempio nei trattamenti sanitari effettuati in assenza di consenso – si possa rilanciare la sfida dell'aggregazione delle aree marginali, peraltro così diverse tra loro per cause, culture e persone?

Ed anche, nel momento in cui le tecniche in generale, ma in particolare quelle sanitarie, assumono una funzione di strumento applicativo forte delle norme come possono al contempo ri-aprire spazi di intervento per includere e non escludere, per dare senso e speranza alle persone e non per sancirne – e gestirne – i percorsi di marginalizzazione spesso nelle forme della istituzionalizzazione, dall'abbandono al controllo?

Ci può aiutare, in questa direzione, la metafora di L.Blaise sul "Soggetto che non è": "... seppellito in linguaggi ed in pratiche sempre più tecnicistiche e burocratiche ... si trova nella crisi, nell'urgenza, nei momenti esplosivi, nel caos: è la parola cruda che fa problema alla razionalità tecnocratica, una parola invalidata e resa muta dall'egemonia dei saperi specialistici. Il soggetto che non è colui di cui si parla molto, ma che non viene capito." [1]

Ecco allora la provocazione di questo numero della rivista, come rilancio e sfida delle tecniche – riabilitative psichiatriche e psicosociali in questo caso – al servizio della persona e dei suoi bisogni, e non della società e delle sue difese.

Provocazione che si sviluppa in aree e con esperienze e proposte differenti.

Dalla puntuale e coerente introduzione di Saccotelli - in qualità di Presidente della SIRP, che delinea le criticità dell'intervento riabilitativo rilanciando al contempo le nuove sfide - ai contributi di tutti gli Autori, centrati su descrizioni puntuali di esperienze e definizione di proposte tecniche appropriate, sostenibili e riproducibili: presa in carico delle persone con doppia diagnosi, della popolazione migrante, dei senza dimora senza aggettivi, delle

persone con comportamenti autolesivi, delle persone autori di reato quando affette da problematiche psicopatologiche fino agli ultrà, di cui per la prima volta si analizzano i fattori di aggregazione e la loro deriva psicopatologica ed antisociale .

Persone quindi da accogliere, ascoltare e curare, ma anche istituzioni e servizi: dal carcere all'OPG, dai servizi sanitari a bassa soglia e specialistici a quelli sociali, dai servizi psichiatrici a quelli per le dipendenze patologiche, dalle Regioni ed i Comuni alle Aziende Sanitarie ed all'Università, per la centralità della formazione in tutte le aree di intervento.

Esperienze solide e documentate e nuovi approcci scientifici si intrecciano e si potenziano, anche per la ricchezza di evidenze tecniche e per le solide basi culturali ed etiche.

Tra le prime vogliamo ricordare solo la forza ed al contempo la calviniana leggerezza del "sogno dietro le sbarre" nella esperienza di intervento con la tecnica del "social dreaming" a Rebibbia; tra i secondi, la attenta presentazione e disamina delle evidenze della ricerca neuroscientifica, oggetto del contributo di Corrivetti, per una rifondazione delle tecniche e dei trattamenti riabilitativi in grado di coniugare obbiettivi di inclusione sociale con interventi mirati di ri-abilitazione delle differenti funzioni neurocognitive.

Il lettore – operatore dei vari settori affrontati, gestore od organizzatore delle istituzioni e dei servizi coinvolti, policy makers, utente e familiare od anche solo, e ben venga che ce ne siano, cittadino interessato ed attento a quello che accade intorno a lui e che spesso viene occultato o de-formato dai media - potrà trovare nel libro molteplici spunti per capire meglio quello che si deve fare e come farlo.

Riabilitare la marginalità quindi, ed a tutto campo.

Questa è la sfida del volume, assunta con la consapevolezza e l'onestà intellettuale di tutti gli Autori, che riabilitare non vuol dire normalizzare, che l'inclusione sociale non vuol dire normalizzazione, che l'unicità della persona è un valore per tutti e che spesso la sua irriducibilità alle nostre tecniche è uno stimolo a fare meglio e di più , che l'insicurezza diffusa (ed amplificata dalle culture dominanti) non si risolve con il potenziamento degli strumenti di controllo e coercizione nel campo dell'intervento socio-sanitario.

Ma questa riflessione, ampia ed articolata come questo numero speciale della rivista propone, è utile a condizione di accettare una sfida più ampia, che è a monte dei nostri saperi e delle nostre tecniche e che è intrinsecamente connessa alla complessità del lavoro in e per la salute mentale. La capacità di non scindere le varie dimensioni dell'intervento: dimensione sociale, culturale, tecnica, organizzativa, relazionale ed etica.

In quest'ultima trova ragione e senso il ridare voce alle persone, soprattutto a quelle più sofferenti ed emarginate.

«“Io sono stato qui e nessuno racconterà la mia storia” aveva scritto una donna, forse, o un uomo. E quando? Pensava alla sua saga personale, unica ed irripetibile, o l'aveva fatto in nome di tutti coloro che non vengono mai citati nei notiziari, che non hanno biografia, ma solo un labile passaggio per le strade della vita ?» [2]

**Psichiatra, Presidente SIP, direttore DSM Genova.*

Bibliografia

[1] Blaise L. *Il soggetto che non è*, Rivista Sperimentale di Freniatria, Vol.CXXIX, suppl. n.3, 2005.

[2] Sepúlveda L. *Le rose di Atacama*, tr. di Carmignani I.,Ed. Guanda, Milano, 2000.

Introduzione

*di Giuseppe Saccotelli**

1. Parlare di nuova marginalità, inclusione, esclusione e riabilitazione psicosociale oggi significa parlare di uno degli argomenti più controversi in questi tempi difficili. Ma la scelta della nostra Società scientifica non è certo casuale e corrisponde ad un obiettivo preciso, quello di focalizzare la nostra attenzione sulle questioni più spinose e delicate che attraversano la nostra intera società.

Il valore aggiunto della SIRP è quello della integrazione dei saperi (biologici, psicologici, sociali, sociologici ed antropologici) che producono un sapere complesso che va al di là dei singoli saperi, che li contamina, che li elabora in conseguenti pratiche integrate.

Il Congresso – organizzato dal gruppo di lavoro coordinato dal dott. Mannu, a sua volta coordinatore delle Regioni - si occupa di tutto quello che in questo momento allarma, preoccupa, infastidisce la c.d. Opinione Pubblica, o comunque quella che così viene propagandata dalla rappresentazione della realtà costruita dai media.

Cosa crea maggiore insicurezza oggi se non le problematiche connesse ai fenomeni della follia, degli ammalati autori di reato, dei problemi dell'immigrazione, della microcriminalità e dei senza fissa dimora? Neanche la grande criminalità organizzata preoccupa tanto. Questi fenomeni sono strettamente connessi con i problemi della popolazione carceraria, trattandosi di situazioni che spesso hanno il carcere come luogo di transito, ma che interessano i Servizi psichiatrici e le strutture riabilitative nel momento in cui questi soggetti sono oggetto di interventi e di prese in carico psichiatriche.

2. Ma prima di entrare nel merito del Congresso, la nostra Società non può sottacere la propria posizione ufficiale sulle proposte di modifica della legge 180 portate avanti da alcuni esponenti della maggioranza politica che ci governa.

Anzitutto dobbiamo dire che queste proposte riguardanti la psichiatria e la salute mentale, rientrano in una questione più generale che vede i politici - spinti dalla litania e dalla liturgia dell'ossessione securitaria per motivi di consenso - proporre tutta una serie di soluzioni forti, definitive, visibili e semplificanti (leggi più restrittive, nuove carceri, nuove strutture psichiatriche, TSO prolungati, nuovi centri di detenzione per gli immigrati irregolari, le ronde,....) per risolvere problemi veri o virtuali che siano.

Senza parlare dei dettagli della nostra posizione sui ddl proposti, mi preme qui brevemente ribadire la nostra contrarietà a cambiamenti dell'attuale normativa poiché riteniamo che gli strumenti già previsti dalla L. 833/78, quali i TSO ed i TSV, siano sufficienti a garantire la possibilità di operare. Con chi ha in mente il modello manicomiale, c'è poco da dialogare! Non dobbiamo dare nessun alibi tecnico-scientifico. Se poi vogliono modificare la legge, lo facciano pure, hanno tutti i numeri per farlo, ma noi ne restiamo fuori!

Se le cose vanno bene o male non dipende dalla legge, ma da come lavoriamo dando continuità ai nostri interventi, da come i Servizi pubblici sono in grado di governare in modo forte e coerente una rete complessa ed integrata di servizi, da come ci

responsabilizziamo sui problemi dei pazienti gravi e difficili e da come usiamo le risorse in modo razionale (Ferrannini e Mannu).

Tutto ciò ha poco a che fare con il cambiamento della legge che non può risolvere tutti questi problemi. Forse le modifiche proposte hanno a che vedere con gli interessi dei privati che si butteranno al volo su ospedalità e residenzialità a tempo protratto se non indefinito. Le strutture all'inizio saranno di 20 posti letto, poi ci saranno problemi di sostenibilità economica e diventeranno di 50 e poi cosa ci vuole per arrivare a 100 o a 200? (Guzzanti prevede l'utilizzo dei padiglioni degli ex OP per 200 p-l).

Anche la quota percentuale del 7% di quanto destinato ai LEA da vincolare all'assistenza psichiatrica, sembra essere la classica esca per far abboccare all'amo il pesce. Sappiamo bene come il famoso vincolo del 5% previsto dal PON sia stato quasi dappertutto disatteso per una serie di motivi che qui non possiamo analizzare.

Su altre questioni, quali i modelli organizzativi, le aree di intervento, le risorse e quant'altro, siamo disponibili a dare il nostro contributo in altra sede, eventualmente in fase di elaborazione di un nuovo PON.

3. L'argomento che affrontiamo dunque non può prescindere da qualche breve cenno al tema più generale della insicurezza/sicurezza, questione che sembra vivere di vita propria, refrattaria a ogni tentativo di far luce sui problemi che ne alimentano il bisogno e la domanda. Questione da non ridicolizzare o drammatizzare, che sarà di lungo periodo (forse tanto quanto durerà la crisi economica che ci attraversa) e che in gergo pokeristico conviene "andare a vedere" senza affidarsi allo stereotipo "buonista" che il problema non è questo ma piuttosto il problema è quello dell'esclusione/inclusione sociale. Questo argomento da "intellettuali" ormai non fa più presa e ne dobbiamo ricercare degli altri più prendibili ed assumibili dalla gente comune. La rappresentazione oggi della sicurezza sociale coincide col concetto di pubblica sicurezza senza pensare che i Servizi sociali e sanitari sono nati per assicurare sicurezza sociale. Su questo argomento richiamo tutti ad uno sforzo di conoscenza e di comprensione dei fenomeni socio-culturali in atto, cercando di comprendere lo spirito del tempo in cui viviamo per collocarci nel contesto generale.

Dopo di che rifletterei in che misura questo contesto influenza il nostro modo di pensare i problemi psichiatrici e le prassi nei nostri servizi, che non sono servizi neutrali ma sono necessariamente influenzati dal contesto, o no? Se la tecnica è neutrale in sé, il suo utilizzo da parte degli uomini credete che sia neutrale?

4. Veniamo alla problematica dei Servizi.

Oggi è forte il rischio di delegittimazione dei servizi (F. Olivetti Manoukian) che la collettività non avverte come propri, vicini, esercitando il diritto-dovere della partecipazione. Servizi assenti, estranei, con cui non si riesce a costruire insieme soluzioni che tengano conto del bisogno di sicurezza di tutti: di chi teme la violenza irrazionale e di chi non può, perché malato, essere condannato a portarne sempre e in ogni caso lo stigma (Ferrannini, Peloso su Animazione sociale).

Ma c'è un problema di fondo secondo me. I Servizi hanno bene in mente le priorità di cui devono occuparsi? Hanno bene in mente il paziente grave, difficile, violento, problematico, consumatore di sostanze, marginale, ai limiti della legalità ed autore di reato? Sì o no? Perché se questo tipo di paziente non esiste nella rappresentazione dei Servizi come utente bisognoso del nostro aiuto come e più degli altri, di che cosa stiamo parlando?

Il problema di fondo è che ci dobbiamo occupare del paziente grave e marginale. Se questo paziente non è oggetto del nostro lavoro, allora stiamo aprendo le porte alla cultura manicomiale e quindi, buttiamo via la maschera e diciamo le cose come stanno.

La questione è se il problema lo vogliamo affrontare e come. Se lo vogliamo affrontare, e noi tutti siamo qui oggi perché crediamo di fare questo, senza pensarci onnipotenti, onniscenti e tuttologi, con molta umiltà, consapevolezza dei limiti del nostro sapere, dei nostri strumenti e strutture di intervento, colleghiamoci con le altre istituzioni ed agenzie che si occupano di quello che ci spaventa e spaventa di più la gente. Colleghiamoci con gli operatori della Polizia, dei Servizi sociali, degli organi giudiziari e di quanto altro serve allo scopo, cerchiamo di dialogare con loro per la costruzione di obiettivi condivisi per quanto riguarda gli aspetti più allarmanti della nostra operatività (urgenza-emergenza, TSO, ordinanze,) e per quanto riguarda la gestione dei pazienti autori di reato e le soluzioni fattibili ed alternative alla detenzione ed all'OPG.

Apriamoci al dialogo, anche pubblico, con gli amministratori, con i familiari, i vicini, le scuole, le parrocchie ed i partiti se ancora ce ne fossero. Non abbiamo niente di cui ci dobbiamo vergognare se abbiamo agito con cura, impegno, responsabilità, trasparenza ed onestà intellettuale. In questi incontri naturalmente non dobbiamo promettere ciò che non possiamo fare:

l'armonia di famiglie con pazienti psichiatrici non è cosa che possiamo garantire, come anche la guarigione definitiva da un disturbo mentale; occorre piuttosto aiutare le persone a misurarsi con l'incertezza insita nella vita in sé e che al di sotto di un certo limite non è possibile ridurre i rischi ed i pericoli legati alla convivenza sociale, che i conflitti si gestiscono - ricomponendo gli equilibri - e a volte si risolvono, e che dobbiamo far di tutto per evitare i tagli chirurgici e le esclusioni.

5. Veniamo alla questione del rapporto con gli Organi dell'ordine pubblico.

Come i servizi psichiatrici si presentano a questo incontro? Certamente non può essere un rapporto di sottomissione e subalternità, ma neanche di contrapposizione identitaria-culturale. La contrapposizione tra differenti paradigmi è la prima cosa da evitare, come anche la chiusura negli aspetti professionali che non tengano conto dell'altra faccia della medaglia: dobbiamo cioè tutelare la dignità della persona con la missione di controllo delle organizzazioni dell'ordine pubblico. La ricomposizione dei due aspetti deve derivare dalla condivisione di obiettivi che devono vedere impegnati i due interlocutori con pari dignità, utilizzando le competenze organizzative (gestione dei conflitti, costruzione di decisioni condivise,..) per presentarci preparati a questo appuntamento.

6. Entrata in carcere del S.S.N. e del Servizio di salute mentale in particolare.

La salute mentale rappresenta un nodo centrale per l'alta frequenza dei problemi psichiatrici nelle carceri, come afferma il rationale del congresso. Occorre urgentemente individuare gli strumenti finanziari-organizzativi in grado di mettere le ASL in condizione di affrontare la domanda di salute del mondo penitenziario (Ferrannini, Peloso). Necessita garantire una reale continuità della presa in carico dentro e fuori gli istituti; reperire risorse di strutture e personale e formazione per affrontare un impegno nuovo – ma anche come dicevamo carico di valenze strategiche – nel campo del delicato incrocio tra politiche socio-sanitarie e politiche della sicurezza.

Preoccupa la possibilità di trasferimento di funzioni non sanitarie al personale del S.S.N., che rischierebbe di determinare una confusione tra funzioni sanitarie e disciplinari, tra funzione clinica e psichiatrico-forense snaturando il significato del passaggio

dell'assistenza sanitaria negli istituti di pena al SSN, che dovrebbe garantire l'indipendenza (Peloso, Ferrannini) dell'intervento sanitario - che ha per obiettivo la salute e per committente la persona - da quello punitivo - che ha per obiettivo la giustizia e per committente la società nel suo complesso.

La ricomposizione dei due aspetti deve derivare dalla condivisione degli oggetti di lavoro, degli obiettivi da perseguire, dei modelli organizzativi e operativi che devono vedere impegnati i due interlocutori che devono utilizzare la negoziazione come strumento di lavoro.

Niente di più delicato, ma questa è la nostra scommessa!

7. Privacy: il problema non è il rispetto in sé della privacy (che non è obiettivo ma strumento per garantire dignità e rispetto alla persona); il problema è la finalità rispetto a due obiettivi in apparenza contrapposti: la tutela della salute e la tutela della sicurezza. Fatte salve certe informazioni "segrete" che possono non avere un riscontro pratico ed immediato sulla salute del detenuto (e che tenerle segrete serve a rafforzare il rapporto di fiducia medico-paziente), altre informazioni che possano tutelare la salute del detenuto non possono essere di esclusivo possesso del clinico. Naturalmente lo stesso vale per le informazioni di carattere penitenziario e giudiziario che devono essere comunicate al clinico per meglio trattare il detenuto. Il problema è di costruire relazioni non formali e distaccate ma di fiducia, di condivisione degli obiettivi. Evitiamo per favore il rischio di assolutizzare gli specialismi, di attaccarci a definizioni identitarie costruite sulle appartenenze scientifiche ed organizzative senza riconoscimento della cultura e del punto di vista altrui.

E' un film visto già troppe volte! Costruiamo identificazioni multiple, affrontiamo la diversità di approccio e di punti di vista con la progettazione congiunta di eventi formativi comuni agli operatori della sanità e a quelli penitenziari (senza sbandierare una egemonia culturale-scientifica da parte nostra) finalizzati a costruire rappresentazioni condivise dei problemi degli utenti in carico e dei percorsi di trattamento-sicurezza da mettere in atto per rispondere agli obiettivi misti delle due istituzioni, sanitaria e carceraria.

Stessa questione si pone per la gestione dei pazienti con "doppia diagnosi" che richiede la necessità di integrare assetti organizzativi, tecniche, trattamenti, progetti e relative risorse. L'integrazione non è un punto di partenza è un punto di arrivo che si fa percorrendo una strada a volte buia e tortuosa e a volte piacevole ed eccitante.

Per concludere rivolgo un invito a tutti i colleghi della SIRP e a tutti i convenuti a rinverdire insieme i nostri valori fondanti non a partire da ideologie astratte ma dalla costruzione di senso ai problemi che abbiamo di fronte e che dobbiamo affrontare; invito a non farci prendere dallo sconforto e dalla paura, a riprendere in mano qualche ipotesi di lavoro e qualche filo rosso per orientarci nell'azione futura; invito ad avere più umiltà nel riconoscimento delle sensibilità, competenze e saperi degli altri ed invito tutti a prendere un po' di coraggio per andare avanti su una strada comune.

**Presidente S.I.R.P.*

Introduzione

*di Josè Mannu**

Questo numero della rivista ha lo scopo di portare all'attenzione degli specialisti (e non) il problema della *nuova* marginalità. Questo tipo di utenza che si colloca ai margini delle classificazioni diagnostiche, rappresenta un'area di intervento che nel futuro assumerà sempre più importanza per l'operatività territoriale.

In particolare la "nuova marginalità" pone problemi di analisi e operativi nuovi: le problematiche psichiche connesse al fenomeno degli "ultrà", quello dei disturbi post traumatici, delle doppie diagnosi, i problemi dell'immigrazione e del senza fissa dimora. Fenomeni che sono spesso strettamente connessi con le problematiche della popolazione carceraria trattandosi di situazioni che hanno il carcere come luogo di *transito*.

Questa popolazione risente tra gli altri problemi, anche quelli connessi all'abuso di psicofarmaci per cui all'operatività riabilitativa territoriale, a quella ospedaliera e residenziale si pone il problema di una riconsiderazione dell'utilizzo degli psicofarmaci, di una maggiore attenzione alle possibilità di abuso e di una corretta assunzione degli stessi.

L'abuso di sostanze e di psicofarmaci, rappresenta uno dei problemi cui se ne aggiungono altri come quello dell'autolesionismo e del suicidio. Sono problemi spesso trascurati dallo specialista e poco indagati in ambito di raccolta anamnestica ma rappresentano un segno di disagio importante che va conosciuto nel percorso mentale di una sofferenza nascosta e spesso negata anche dall'operatore.

Alcuni dati sul disagio psichico in carcere:

Il 27% della popolazione carceraria è affetta da tossicodipendenza come disturbo primario(dato 2004). A questo dato va aggiunto il consumo abituale di sostanze senza che ci sia una diagnosi di "dipendenza da sostanze". La presenza di un fenomeno diffuso come quello dell'abuso di sostanze, pone al clinico il problema centrale delle **interazioni con altri farmaci e con sostanze stupefacenti** sia in fase di prescrizione che di mantenimento, richiedendo un attento monitoraggio per tutta la durata dell'assunzione del farmaco per la valutazione di effetti collaterali e **controllo della reale e regolare assunzione dello stesso**.

In particolare, i 2/3 dei detenuti (**38.000 su 57.000**) presenta problemi dalla tossicodipendenza ai disturbi psichici, ai problemi di abbandono sociale.

Gli **Ospedali Psichiatrici Giudiziari** (dove accedono persone che hanno una "misura di sicurezza" in quanto riconosciute "non imputabili" perché al momento in cui è stato commesso il reato erano affette da **disturbo psichico grave**) hanno una popolazione di 1274 uomini e 105 donne (da 120 a 250 internati per ciascun istituto) dato in crescita negli ultimi anni, ai quali va aggiunta una quota di 230 internati in Licenza Finale Esperimento, persone dimesse con un programma di presa in carico nei Servizi ma ancora con misura di sicurezza attiva (dati dell'Ottobre 2008).

Il **tasso di suicidi** negli Istituti di Pena registrato nel 2007 è di 10,11/10.000 (nella popolazione normale il tasso di suicidi è di 0.65/10.000) se ampliamo al tentato suicidio il tasso è di 120,5/10.000 (dato 2003) e se consideriamo gli atti di autolesionismo arriviamo a 1034,9/10.000 (dato 2003). Il problema dell'alto tasso di suicidio pone problemi al clinico soprattutto nella fase di ingresso in carcere (quando il rischio suicidarlo risulta più elevato). In particolare un'accurata valutazione dei livelli di vulnerabilità e dei fattori protettivi rappresenta un importante strumento che va inserito come procedura standard all'ingresso nell'Istituto di Pena.

Un'accurata valutazione della personalità e la presenza di disturbi psichici anche non gravi va valutata mediante una procedura standard di valutazione che consideri il **“rischio suicidario”** del detenuto e la sua compatibilità con il regime carcerario.

Di questi sono circa 10 mila negli istituti di pena italiani che hanno disturbi psichiatrici. A segnare per la prima volta in Italia la dimensione del fenomeno e' uno studio condotto in 19 penitenziari nel triennio 2001-2004. "Riteniamo enorme le dimensioni del fenomeno - ha spiegato presentando i dati preliminari dello studio Daniele Berto della Asl di Padova - rispetto al reale impegno della psichiatria in carcere". I disturbi piu' frequenti sono i comportamenti antisociali (33,9%), i borderline (26,2), le paranoie (25%), per passare alla depressione, alla schizofrenia e via a seguire. "Ma - ha tenuto a precisare il tossicologo Gilberto Gerra, del dipartimento nazionale politiche antidroga della presidenza del Consiglio dei ministri - si tratta di disturbi che non sono figli della tossicodipendenza" ma problemi, quindi, sorti spesso molto prima. (fonte: VITA.it; articolo pubblicato da Stefano Arduini, 2005).

Con l'introduzione della medicina penitenziaria nelle competenze del SSN ci troviamo oggi ancora di più di fronte a una complessità di bisogni a cui si risponde abitualmente in maniera frammentata da parte di istituzioni diverse: il Dipartimento di Salute Mentale (DSM); il Servizio per le tossicodipendenze (SERT); gli Ospedali psichiatrici giudiziari (OPG); il carcere; i servizi (per lo più volontariato di matrice religiosa) per i senza fissa dimora come la Caritas, S.Egidio, Suore di Calcutta ecc. ,i servizi sociali comunali, la Polizia Municipale (a Roma esiste un corpo di polizia municipale specializzato per i problemi dell'emarginazione sociale), la Forza Pubblica (Polizia, Carabinieri), il volontariato laico, le cooperative del privato sociale, il sistema privato convenzionato, i servizi sociali ecc.

Considerando che una gran parte della nuova utenza dei servizi ha problematiche complesse che necessitano di interventi forniti da istituzioni diverse, il percorso riabilitativo deve necessariamente collocarsi in maniera trasversale ad essi.

La riabilitazione, collocando la sua prassi in un intervento ad “ampio spettro” comprendente la persona, gli elementi di vulnerabilità, i punti di forza, il contesto di vita familiare, amicale e sociale, introduce come elemento centrale di valutazione oltre che una diagnosi psicopatologica, anche una valutazione neuropsicologica e una *diagnosi funzionale*.

La ricerca di una causa del disagio psichico è sempre stata deleteria per il semplice fatto che nel processo che porta alla sua manifestazione “clinica” intervengono fattori che non sono identificabili in un'unica causa. La prospettiva biopsicosociale che ormai da tempo è entrata nella prassi quotidiana riflette la necessità di considerare elementi diversi e quindi processi di trattamento differenziati. In altre parole noi non abbiamo una terapia efficace

una volta per tutte e non è pensabile averla per il fatto che il disagio psichico ha diverse matrici e quindi ha diversi percorsi terapeutici.

Il problema sono, allora, le priorità. La priorità è, a mio parere, l'introduzione della "cultura riabilitativa" nei percorsi di cura. Per "cultura riabilitativa" intendo la messa in campo di tutti quegli interventi che rendono un percorso terapeutico e riabilitativo possibile.

Su questo bisogna intendersi per evitare confusioni di natura linguistica. La riabilitazione nasce da un'idea di "riparazione del deficit". Questa prassi riparativa si è dovuta confrontare con la relazione tra deficit e ambiente nel senso che un ambiente adeguato fa scomparire un deficit in quanto impedimento. Questa relazione deficit/ambiente produce un punto di vista che centra l'attenzione sulle relazioni invece che sul problema isolato, cioè qualsiasi problema è tale se (e soltanto se) esiste un ambiente che ne supporta la problematicità, detto altrimenti *il problema è la relazione*.

Se la relazione è alla base della cultura riabilitativa, esistono altri elementi come il "tempo della riparazione", in altre parole, quando entra la riabilitazione? Non è una domanda oziosa dato che nella "cultura della riabilitazione" si è introdotta l'idea della "precocità" della prassi riabilitativa. Una precocità che non nasce su un'idea di riparazione precoce ma su un'idea di *modalità operativa*.

La prassi nella riabilitazione persegue il modello della relazione ma la direzione che prende può essere molto diversa: una direzione riparativa e quindi con una attenzione al deficit o una direzione volta a supportare la resilienza in un modello che si può definire "dei punti di forza".

Quest'ultimo modello della resilienza nella relazione rappresenta una importante novità nella prassi riabilitativa.

La ricerca dei punti di forza o della "parte sana" è la ricerca di una "virtualità" sana, invisibile alla stessa persona e al suo contesto di vita "intrappolati entrambi dalla malattia" (Badaracco).

La "virtualità sana" come potenziale rappresentazione emerge nella relazione. L'obiettivo della riabilitazione è quindi una "resilienza nella relazione". Essendo un obiettivo richiede percorsi adeguati in cui entrano contesti diversi.

Nella "nuova marginalità" i contesti possono essere anche contenitivi come il carcere, il problema è comprendere tutti i contesti attraversati in funzione dell'obiettivo. La resilienza può comparire in ogni momento della vita "eventi inattesi e nuove relazioni possono interrompere una catena di eventi negativi e agire da catalizzatori per una nuova evoluzione" (Walsh, 2008).

La riabilitazione richiede modelli, tecniche e di conseguenza formazione. La formazione, come la intendo qui non è identificabile con l'insegnamento ma con la costruzione di un linguaggio comune che faciliti la relazione tra istituzioni che per loro caratteristiche utilizzano modalità di intervento molto diverse.

Il momento conoscitivo che si traduce in pratica condivisa emerge come risultato di una rielaborazione di esperienze passate, delle soluzioni adottate e dei risultati ottenuti all'interno di quella organizzazione. La rielaborazione nella situazione del sistema riabilitativo avviene a partire dai confini dell'organizzazione cioè dai punti di contatto con l'esterno perché l'obiettivo di un'organizzazione che cura non può considerare esaustiva la cura al suo interno.

Detto in altre parole, la cultura della sicurezza estremamente funzionale dentro il carcere non può, nella formazione a una prassi riabilitativa, non modificarsi nella direzione di

considerare la possibilità o necessità di un passaggio in un Centro Diurno riabilitativo che ha come caratteristica la formazione-lavoro e non la sicurezza e viceversa. Oppure l'intervento di un progetto comunitario in ambiente carcerario non può non considerare l'elemento "sicurezza" del carcere nel progettare un cambiamento sul piano emotivo e cognitivo. Ovviamente sono piccoli esempi ma che indicano la necessità di considerare un'idea di sviluppo della persona oltre che quella di sostenerla qui e ora. I lavori portati al convegno sulle nuove marginalità hanno evidenziato questa necessità di cambiamento. È sicuramente una prima bozza di un percorso che tuttavia promette nuovi stimoli e idee.

**Psichiatra, Dipartimento di Salute Mentale ASL RM/B*

Bibliografia

Walsh F. *La resilienza familiare*, ed. Raffaello Cortina, Milano, 2008.

Nota del Direttore

Questo numero di “Errepiesse” esce in forma monografica, interamente dedicato alla presentazione degli Atti del Congresso della SIRP sul tema *“Le nuove marginalità tra aggregazione ed emarginazione: il ruolo della riabilitazione psichiatrica”* svoltosi a Roma il 26-27 marzo 2009.

Per questo, il lettore non troverà la consueta suddivisione tematica dell’indice, che ricalca invece le grandi aree tematiche prese in esame durante il Congresso; allo stesso modo la Redazione ha scelto di accettare i contributi così come presentati dagli Autori – anche in forma discorsiva – rinunciando alle consuete norme su abstract e bibliografia.

Con questo, la Rivista ha scelto di rappresentare e testimoniare al meglio il Congresso, in tutte le sue caratteristiche. I lettori ritroveranno il formato abituale degli articoli e dell’indice con il prossimo numero.

Buona lettura.

Massimo Rabboni

OPG Quale futuro

*di Franco Scarpa**

Nel 2008, il primo Aprile, è stato approvato un DPCM che ha reso attuabile la normativa già emanata nel 1999, cioè il D. Lgs, 230, finalizzata al riordino dell'assistenza sanitaria negli Istituti Penitenziari, norma restata inapplicata negli anni dal 2000 al 2008.

La Legge n. 244/07 art 2 comma 238-239 (Legge Finanziaria 2008) delegava infatti il Governo ad emanare uno specifico provvedimento, con Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, per definire , il transito del personale, delle strutture, delle risorse umane e finanziarie, dal Ministero della Giustizia alle Regioni.

Il DPCM rende esplicito l'obiettivo del miglioramento della qualità dell'assistenza sanitaria a favore delle persone detenute attraverso specifiche forme di:

- **Corretta armonizzazione tra le misure sanitarie e le esigenze di sicurezza;**
- **Costante collaborazione tra operatori sanitari dell'A.P. e la Magistratura;**
- **Individuazione dell'ambito territoriale come sede privilegiata per affrontare i problemi della salute della cura della riabilitazione delle persone con disturbi mentali;**
- **Sinergia con tutti i Servizi Sanitari, i Servizi Sociali, le Istituzioni, la comunità per il recupero sociale delle persone internate.**

Per quanto concerne lo specifico settore che concerne l'OPG, Istituto Penitenziario deputato all'assistenza e riabilitazione delle persone inferme di mente autori di reato e riconosciute incapaci di intendere e volere, nonché socialmente pericolosi, appare utile elencare alcune specifiche norme e pronunciamenti:

- **Le Linee di indirizzo per la salute mentale (accordo Stato/Regioni)**
- **Le sentenze della Corte Costituzionale n. 253/2003 e n. 367/2004 che eliminano l'automatismo tra misura di sicurezza ed OPG e consentono di applicarla in strutture di cura alternative all'OPG o programmi di cura;**
- **La legge 6/2004 introduce l'istituto dell'Amministratore di Sostegno;**
- **La sentenza della Cassazione n. 9163/2005 che stabilisce l'ammissibilità della categoria diagnostica dei Disturbi di Personalità, come causa di incapacità di intendere e di volere e quindi di non imputabilità.**

Rispetto agli Istituti Penitenziari, e per molti versi anche rispetto ad un organizzazione di un Servizio psichiatrico territoriale, possono essere definite alcuni aspetti che definiscono la specificità dell'intervento medico psichiatrico in Ospedale Psichiatrico Giudiziario:

- 1) la ragione dell'internamento in OPG è giuridica e non sanitaria: il provvedimento è infatti emanato da un Magistrato e pertanto il trattamento sanitario attuabile non può essere considerato né di natura volontaria né obbligatorio, come accade nel TSO,

- ma di tipo “coattivo”, ossia imposto da una ragione giuridica e non prettamente medica;
- 2) il luogo del trattamento è confinato all’interno di una struttura, l’OPG, dalle caratteristiche organizzative e strutturali, penitenziarie e non sanitarie. Di conseguenza anche gli interventi psichiatrici, e medici, sono limitati nel luogo e nelle modalità di attuazione;
 - 3) la formulazione, e l’attuazione, dei Piani Terapeutici Psichiatrici trovano evidenti limitazioni sia per le caratteristiche di funzionamento della struttura stessa, per quanto concerne i Piani terapeutici intra-istituzionali o intra moenia, sia perché essi devono essere “approvati” dal Magistrato di Sorveglianza qualora riguardino Piani Terapeutici con attività extra istituzionali o extra moenia;
 - 4) i pazienti internati provengono da tutte le ASL della Toscana (25 %) e da più Regioni italiane (prevalentemente del Centro Nord) per cui è necessario avviare ed elaborare progetti terapeutici il cui fine è il rientro sul territorio con Servizi Psichiatrici situati a distanza e con evidenti difficoltà di realizzazione;
 - 5) i pareri e le relazioni degli Psichiatri dell’OPG hanno una valenza, o comunque sono utilizzate, a scopo di valutazione psichiatrico forense (valutazione della pericolosità sociale o di altri parametri relativi all’imputabilità, alla capacità processuale etc.) e pertanto non solamente clinica. La dimissione del paziente internato avviene solo se il Magistrato dichiara, avendola accertato di fatto, la cessazione o attenuazione della pericolosità sociale.

TABELLA INTERNATI OPG MONTELUPO FIORENTINO AL 22-03-09

ABRUZZO	3
CAMPANIA	3
EMILIA ROMAGNA	1
FRIULI VENZIA GIULIA	6
LAZIO	34
LIGURIA	10
LOMBARDIA	43
MARCHE	5
PIEMONTE	15
PUGLIA	2
SARDEGNA	9
SICILIA	1
TOSCANA	48
UMBRIA	6
VAL D'AOSTA	1
VENETO	9
s.f.d.	5
	201

POSIZIONE GIURIDICA

Prosciolti in misura di sicurezza definitiva	51%
Prosciolti in casa di cura e custodia	12%
Internati con misura di sicurezza provvisoria	24%
Detenuti ricoverati per sopravvenuta infermità (art. 148)	8%
Detenuti con Minorazione psichica	3%
Detenuti in Osservazione psichiatrica (art. 112 DPR 230/00)	2%

TIPOLOGIE DI REATI

Contro la persona (di cui 2/3 autori di omicidio)	65%
Contro il patrimonio	15%
Reati sessuali	5%
Reati connessi al traffico d'armi o droga	4%
Altri reati	11%

Tasso medio di presenze:

Italia 1/45.000 abitanti con ampia variabilità tra regioni (da 1/20.000 a 1/80.000).

GRUPPO DIAGNOSTICO	Percentuale su presenti	Note
AREA PSICOSI E SCHIZOFRENIA	40 %	Prevalenti i Disturbi Schizofrenici e le forme di Psicosi deliranti croniche
AREA DISTURBI PERSONALITA'	30,5 %	Prevalenti i Disturbi di tipo Borderline, Paranoideo e Antisociale spesso in associazione
AREA DISTURBI DELL'UMORE	9,2 %	Prevalentemente Bipolari
AREA DEFICIT INTELLETTIVI	5,3 %	Prevalentemente di livello medio-grave
AREA ABUSO SOSTANZE	11,5 %	In misura paritaria alcol e sostanze psicostimolanti (cocainosimili) in associazione (doppia diagnosi) con turbe

		dell'umore e/o della personalità
--	--	----------------------------------

TABELLA PRESENZE OPG ITALIANI

OPG	totale maschi presenti 31/12/2008	totale maschi presenti 31/10/2008	modifica % presenze
Castiglione	93	120	29,0
Reggio Emilia	226	293	29,6
Montelupo	127	183	44,1
Napoli	153	121	-20,9
Aversa	213	268	25,8
Barcellona	168	270	60,7
Totale	980	1255	28,1

OPG	totale femmine presenti 31/12/2004	totale femmine presenti 31/10/2008	modifica % presenze
Castiglione	77	90	16,9

OPERATORI NEGLI OPG

- Personale sanitario di ruolo: 289 persone (di cui 169 a Castiglione delle Stiviere)
- Personale sanitario a contratto: 162 (di cui nessuno a Castiglione delle Stiviere)
- Personale di custodia: 556 (di cui nessuno a Castiglione delle Stiviere)

COSTO DEGLI OPG

OPG di Castiglione delle Stiviere riceve per la convenzione € 7.100.000,00 (2007)
il costo dell'insieme degli altri OPG si aggira su una cifra globale di € 20.000.000,00.

L'attuazione del DPCM prevede alcune distinte fasi, delineate in un allegato, annesso e parte integrante del DPCM, specifico per gli OPG (allegato C)

I FASE (COME PREVISTO DA DPCM)

A passaggio di competenze avvenuto, la responsabilità della gestione sanitaria degli OPG è assunta dalle Regioni in cui gli stessi hanno sede. Nelle Aziende Sanitarie sul cui territorio sono presenti gli Ospedali Psichiatrici Giudiziari l'indicazione è di istituire, nell'ambito del Dipartimento di Salute Mentale, idonea struttura avente autonomia organizzativa.

I Dipartimenti di Salute Mentale nel cui territorio di competenza insistono gli OPG, **con un apposito modello organizzativo specifico per gli OPG, ed in collaborazione con l'equipe responsabile della cura e del trattamento dei ricoverati dell'istituto**, provvedono alla stesura di un programma operativo che prevede:

1. dimettere gli internati che hanno concluso la misura della sicurezza, con soluzioni concordate con le Regioni interessate
2. riportare nelle carceri di provenienza i ricoverati in OPG per disturbi psichici sopravvenuti durante l'esecuzione della pena.

Fase I – PROGRAMMA RIFORMULATO in uno specifico documento elaborato da un Comitato Paritetico Interistituzionale, previsto nell'art. 5, comma 2, del DPCM ed attualmente all'attenzione della Conferenza Unificata per una definitiva condivisione ed approvazione da parte dei Ministeri e delle Regioni interessate.

I suoi compiti (definiti in sede di Conferenza Unificata, sono:

1. **Predisposizione degli indirizzi sugli adempimenti di cui all'allegato C del DPCM 1-4-08 al fine di promuovere azioni omogenee sull'intero territorio nazionale**
2. **Predisposizione degli strumenti necessari per supportare il programma di superamento graduale degli OPG e favorire le forme di collaborazione tra il Ministero della Giustizia e il Servizio Sanitario Nazionale a livello nazionale, regionale, locale.**

Il Comitato Paritetico Interistituzionale è così composto:

1 Componente per ogni Regione sede di OPG (CAMPANIA, TOSCANA, LOMBARDIA, EMILIA ROMAGNA, SICILIA)

2 componenti dell'Amministrazione Penitenziaria

1 Componente del Ministero della Salute

1 Componente Autonomie Locali ANCI

Ministero dell'Economia

Ministero dei Rapporti con le regioni

La Fase I riformulata prevede così:

3. **L'istituzione di un programma nazionale e di un comitato paritetico per il monitoraggio della sua realizzazione.**
4. **Il subentro delle regioni nella gestione sanitaria degli OPG.**
5. **Coordinamento delle regioni nella gestione de**
6. **La scelta sul livello di gestione e dei modelli organizzativi negli OPG**
7. **L'intervento delle USL e DSM nella gestione dei problemi psichiatrici nelle carceri con sezioni a custodia attenuata, reparti di osservazione per i detenuti affetti da turbe psichiche.**
8. **Definizione degli standard di sicurezza e sanitari necessari**
9. **Finanziamento programmi speciali finalizzato alla dimissione dall'OPG dei pazienti a fine misura (al fine di evitare la proroga della misura) in accordo con i DSM dei territori di residenza.**
10. **La Formazione degli operatori nei DSM**

11. La Predisposizione di programmi di presa in carico domiciliare
12. Coordinamenti ed Osservatori nelle singole Regioni
13. Utilizzazione dei finanziamenti previsti dalla Finanziaria 2008 (la Legge Finanziaria del 2008 ha previsto uno specifico stanziamento per progetti finalizzati alla dimissione dei pazienti negli OPG in proroga della misura).

Già dalla fine di Ottobre del 2008, l'attività della Regione Toscana, finalizzata all'attuazione del DPCM per quanto riguarda gli OPG, ha previsto:

- *un tavolo di coordinamento regionale per il superamento dell'OPG;*
- *incontri periodici tra l'OPG ed i Dipartimenti di Salute Mentale della regione per esaminare i casi dei pazienti sottoposti a misure penali e per definire i percorsi di uscita dall'OPG*
- *incontri con tutti i DSM per esaminare la situazione internati toscani*
- *incontri con i singoli DSM (entro il 31-1-09 con tutti i 12 della toscana) per definire le concrete possibilità di dimissione dei pazienti internati*
- *incontri con i SERT per una Valutazione, definizione interventi e la presa in carico dei pazienti a c.d. DOPPIA DIAGNOSI (previsto un protocollo di lavoro tra OPG e SERT ASL 11 Empoli Valdelsa con intervento successivo dei SERT di competenza territoriale*

II FASE: LA TERRITORIALITÀ DELLA MISURA (PREVISTA DAL DPCM)

All'Opg di Castiglione delle Stiviere, assegnare internati provenienti dal Piemonte, dalla Val d'Aosta, dalla Liguria, oltre che naturalmente dalla Lombardia (attualmente 239 internati). considerando che tale struttura è l'unica con una sezione femminile, ad essa verranno assegnate le internate provenienti da tutte le regioni.

All'Opg di Reggio Emilia, gli internati delle Regioni Veneto, Trentino-Alto Adige e Friuli V. Giulia e Marche, oltre che dall'Emilia Romagna

All'Opg di Montelupo Fiorentino, gli internati della Toscana, dell'Umbria, del Lazio e della Sardegna;

All'Opg di Aversa e all'Opg di S. Eframio di Napoli, gli internati della Campania, dell'Abruzzo, del Molise, della Basilicata e della Puglia;

All'Opg di Barcellona Pozzo di Gotto, gli internati della Sicilia e della Calabria

Fase II – regionalizzazione delle strutture penitenziarie (riformulato)

Utilizzo dell'OPG per macro-regioni (bacini di competenza dei vari OPG) attraverso un Accordo tra le regioni "consorziate"

La Condivisione con la Magistratura giudicante della regolazione dei flussi di ingresso tra OPG, carceri e misure alternative esterne

Un Accordo tra Regioni, Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria e la Magistratura sugli invii negli OPG secondo bacini di ripartizione

Una Programmazione regionale e sovra regionale di strutture alternative

L'Attivazione strutture alternative o a Custodia attenuata

**La Formazione nei DSM
Il Monitoraggio intervento ed azioni**

Tabella Regioni tutte al 31-10-2008

	UOMINI	DONNE	TOTALE
Abruzzo	36	2	38
Basilicata	7		7
Calabria	39	3	42
Campania	162	10	172
Emilia Romagna	57	5	62
Friuli V.G.	7	3	10
Lazio	132	10	142
Liguria	52	5	57
Lombardia	226	16	242
Marche	23	1	24
Molise	5	1	6
Piemonte	68	7	75
Puglia	55	1	56
Sardegna	46	3	49
Sicilia	156	10	166
Toscana	66	4	70
Trentino A.A.	13	2	15
Umbria	10	1	11
Valle d'Aosta	2		2
Veneto	61	11	72
Altri paesi	4	10	14
S.F.D.	45		45
Non nota	2		2
	1274	105	1379

Per quanto riguarda le azioni tra le Regioni è stato istituito nella regione Toscana un **TAVOLO INTER-REGIONALE** che ha svolto le seguenti azioni:

- **31-10-08 incontro con le tre regioni collegate. verifica delle presenze in tutti gli opg per regione di residenza**
- **Un accordo per successivi passi da attuare**
- **La nomina di Referenti Regionali in ogni DSM**
- **Un Calendario di incontri nelle singole regioni con i DSM (tra Febbraio e Marzo a Cagliari, Roma e Perugia) per una verifica delle azioni per intervenire sui singoli casi**

- **La Condivisioni delle azioni da intraprendere per una progressiva e graduale assegnazione dei pazienti delle regioni all'OPG di Montelupo (coordinamento con tavolo nazionale)**

Un punto di particolare importanza è rappresentato dalla necessità di definire i possibili, e più efficienti, modelli organizzativi interni per l'OPG:

1) Istituto penitenziario con reparti, o alcuni di essi, caratterizzati da una gestione interna mista tra personale sanitario e dell'Area Trattamento. In tal caso appare indispensabile definire che la competenza della elaborazione dei programmi di cura e riabilitazione a favore dei pazienti attribuita al personale sanitario dell'ASL che si farà carico, con la partecipazione integrata del personale dell'Area Trattamento Penitenziaria, dei programmi di cura e riabilitazione dei pazienti. In tal caso il GOT, ma sarebbe meglio definirlo "equipe sociosanitaria", diviene organo gestito dal Medico Psichiatra e definisce progetti individuali e mantiene i rapporti con il Magistrato. Una diversa ipotesi, con il GOT più tipicamente penitenziario a conduzione del Direttore Penitenziario, profilerebbe il paradosso per cui il personale sanitario, e l'organizzazione sanitaria, garantiscono sorveglianza e gestione mentre la componente penitenziaria assume il carico tecnico decisionale nei confronti della magistratura.

2) Istituto Penitenziario al cui interno sono organizzati reparti o unità a piena ed esclusiva gestione sanitaria con figure professionali tecniche appartenenti alle ASL. Il personale Trattamento si occupa invece di eventuali reparti a componente più penitenziaria (sezioni dove possono essere ospitati detenuti ricoverati ex art. 148 del CP, i minorati psichici, eventuali soggetti con Casa di Cure Custodia o prosciolti con posizioni giuridiche miste o con reati di elevato spessore di pericolosità criminale). La Polizia Penitenziaria agirebbe solo esternamente ai reparti anzidetti. Il modello ideale sarebbe quello di una struttura, tipo custodia attenuata, interamente gestito dal personale dell'ASL con la sorveglianza esterna affidata al personale di Polizia Penitenziaria che avrebbe in carico anche altri specifici servizi quali la Matricola e l'Ufficio traduzioni. *(modello custodia attenuata) Il Costo di una tale struttura è ripartito tra Amministrazione Penitenziaria, per quanto concerne la sorveglianza e la gestione della struttura, e l'USL per quanto riguarda l'attuazione degli interventi di cura e riabilitazione.*

3) Istituto o struttura interamente sanitaria, convenzionata con il Ministero della Giustizia, dove la sorveglianza, sia interna che esterna, è garantita da personale a carico ASL e non del Ministero della Giustizia, del modello di Castiglione delle Stiviere. **La gestione della struttura è pienamente orientata ad un modello di "cura" (ospedaliera quale l'OPG di Castiglione delle Stiviere) o a carattere terapeutico residenziale (Comunità Terapeutica dedicata). In questo caso i Costi della struttura e dell'assistenza sanitaria sono totalmente a carico del SSN.**

Le competenze da mettere in atto per la realizzazione dei progetti di cura e riabilitazione dei pazienti internati, tenuto conto della finalizzazione dei progetti al rientro sul territorio ed alla presa in carico da parte dei servizi psichiatrici esterni.

TRATTAMENTI TERAPEUTICO RIABILITATIVI VERSUS TRATTAMENTI RIEDUCATIVI PENITENZIARI

L'obiettivo non è quello di realizzare un trattamento rieducativo, previsto dell'Ordinamento Penitenziario, ma quello, ben diverso, della realizzazione delle attività di cura e di riabilitazione di persone mentalmente disturbate ai fini di seguire la evoluzione della loro

pericolosità sociale e orientare le decisioni che saranno prese dalla magistratura di sorveglianza. Tale funzione è il cuore della gestione sanitaria e l'attività della coordinazione del gruppo degli operatori non può che appartenere al responsabile di quella gestione.

La funzione del GOT, finalizzata alla elaborazione di proposte al Magistrato di Sorveglianza per la applicazione di benefici dell'Ordinamento Penitenziario, è esercitata in relazione a persone internate per infermità di mente nei cui confronti, e con la loro diretta ed attiva partecipazione, deve essere organizzato e condotto un intervento di cura psichiatrica e di riabilitazione psicosociale il cui significato è prettamente e sostanzialmente tecnico sanitario e non solo educativo-trattamentale.

All'attività dell'equipe sanitaria possono partecipare, con finalità integrate e di collaborazione, anche il gruppo degli operatori trattamenti penitenziari, il direttore amministrativo e gli operatori da sempre partecipanti: educatori, psicologi, se presenti, e assistenti sociali UEPE.

I rapporti con gli Enti Locali (Comune, Aziende Sanitarie, Regione, Provincia, Associazioni del Terzo Settore etc.), quando riguardano l'attivazione di risorse e di interventi che coinvolgono i pazienti, devono essere di diretta competenza del Dirigente Medico Psichiatra, **Responsabile dei Servizi di Cura e Riabilitazione**, in quanto l'introduzione all'interno dei reparti, fatte salve verifiche di sicurezza, e nell'Istituto di attività che intervengono nei processi di cura e riabilitazione deve essere concordata con il responsabile dei servizi di cura.

La scelta e gestione del volontariato è un elemento di collaborazione importante, e spesso essenziale, nella gestione sanitaria riabilitativa indicata (provvede ad accompagnare, quando occorra, gli internati in licenza o permesso, ad esempio) e deve essere disponibile e specifica risorsa per il responsabile sanitario.

L'attivazione del Consiglio Disciplina, la cui gestione è di competenza del Dirigente Penitenziario, deve essere subordinata al parere del **Responsabile dei Servizi di Cura e Riabilitazione**.

I rapporti con la Magistratura devono essere tenuti non tramite relazioni di sintesi del Gruppo di Osservazione e Trattamento Penitenziario, che ha un "taglio" ed un "ottica" pedagogico-educativa, e presieduto dal Direttore Penitenziario, ma con relazioni sanitarie formulate sulla scorta di un Piano o Progetto terapeutico e riabilitativo individualizzato, con centralità e gestione dello Psichiatra.

La gestione infine delle politiche di progettazione e di realizzazione delle attività nell'Istituto, ed all'esterno organizzate secondo i principi di un organizzazione psichiatrico sociale (selezione dei volontari, del personale addetto, delle attività interne).

Nella regione Toscana saranno previste, secondo progetto, strutture strutture residenziali gestite dal dsm senza presenza di personale di polizia penitenziaria (1 per area vasta, ossia per aggregati di più Aziende sanitarie) dedicate ai pazienti in uscita dall'opg o in alternativa all'internamento. Nella regione Toscana sono previste n. 3 Aree Vaste.

Tale struttura è destinata ad accogliere pazienti alla dimissione o meglio prima della misura di sicurezza per evitare l'invio in OPG (applicare così in concreto le sentenze 253/03 e 367/04).

TERZA FASE

A distanza di due anni, si prevede la restituzione ad ogni Regione italiana della quota di internati in OPG di provenienza dai propri territori e dell'assunzione della responsabilità per la presa in carico, attraverso programmi terapeutici e riabilitativi da attuarsi all'interno della struttura, anche in preparazione alla dimissione e all'inserimento nel contesto sociale di appartenenza, dando così piena attuazione al disposto dell'art. 115 c. 1 D.P.R. 230/2000. Le soluzioni possibili, compatibilmente con le risorse finanziarie, vanno dalle strutture OPG che devono essere caratterizzati da un regime di custodia attenuata a strutture di accoglienza e all'affido ai servizi psichiatrici e sociali territoriali, sempre e comunque sotto la responsabilità assistenziale del Dipartimento di Salute Mentale della Azienda Sanitaria dove la struttura o il servizio è ubicato.

Le funzioni di sicurezza devono essere limitate, per quanto possibile, ai presidi di sicurezza e vigilanza “perimetrali o esterni ai reparti” e alle modalità di intervento in casi di necessità ed urgenza (modello di Castiglione delle Stiviere).

Quest'ultima fase, da raggiungere secondo il DPCM entro due anni dalla sua definitiva applicazione, rappresenta un obiettivo finale del superamento del sistema degli OPG e dipendente dalla rapidità con la quale si attueranno le fasi descritte, dalle risorse impegnate, in specifico dalle regioni che attualmente non sono sede di Ospedale Psichiatrico Giudiziario rispetto al proprio impegno di definire adeguate forme di accoglienza e gestione dei pazienti sottoposti a misura di sicurezza.

**Dirigente Psichiatra Azienda USL 11 di Empoli, Coordinatore Servizi Sanitari OPG Montelupo Fiorentino.*

Progetto di intervento presso la Casa di Reclusione di Rebibbia sezione minorati psichici

di Josè Mannu (contributi di Agnese Chialastri**, Adele Retinò***, Carlo Valitutti****, Michela Argenziano*****, Angela Falvo *****e Salvatore Mundanu***)*

INTRODUZIONE

Il progetto “minorati” nella Casa di Reclusione di Rebibbia si è sviluppato nell’arco di quattro anni dal 2003 al 2007. Lo staff era composto da due psichiatri (Josè Mannu, Responsabile del progetto e Carlo Valitutti), una psicologa (Adele Retinò), una educatrice di comunità (Agnese Chialastri), un’assistente sociale (Michela Argenziano). A queste figure si è aggiunto Salvatore Mundanu (psicologo) come conduttore del gruppo di “social dreaming”.

L'ipotesi alla base di questo progetto concerneva la possibilità di attivare delle pratiche terapeutiche e riabilitative nei confronti di persone affette da disturbo psichico autori di reato riconosciuti colpevoli alla fine dell’iter giudiziario e riconosciuti non infermi di mente al momento in cui avevano commesso il reato ma che nel corso della detenzione avevano avuto una crisi psicotica o che comunque avevano manifestato un disturbo grave di personalità.

Lo scopo di tali pratiche è stato quello di introdurre dei cambiamenti nella sfera ambientale tali da consentire un adeguato intervento di cura, un programma *trattamentale* personalizzato e migliore qualità di vita riducendo il rischio di atti aggressivi auto ed etero-diretti all'interno dell'ambiente carcerario e la recidiva di comportamenti violenti durante il primo anno dopo la scarcerazione.

In letteratura è riportato, infatti, come l’80% delle recidive di reato avvenga nel primo anno dopo la fine del periodo detentivo (De Leon, 1997)

Nella letteratura internazionale sono riportate evidenze concernenti la presenza di disturbi nella sfera cognitiva ed emotiva in persone che hanno commesso atti violenti. Tali disturbi prevalentemente comprendono: comportamenti impulsivi, assenza di riflessioni sulle conseguenze delle proprie azioni, incapacità di pianificare, pensiero rigido, incapacità di risolvere i problemi, incapacità di percepire il punto di vista degli altri (assenza di una Teoria della Mente).

Negli ultimi dieci anni le principali ricerche in questo settore provengono da studi fatti negli Stati Uniti, in Inghilterra, in Canada e in alcuni paesi europei (Germania).

Dalla letteratura prodotta in questi paesi rileviamo che programmi modificati di intervento con il metodo comunitario producono una riduzione significativa nelle recidive del comportamento criminale e nell'uso di sostanze.

Tale riduzione risulta ancor più significativa se sono presenti programmi di supporto territoriale per un proseguimento dei trattamenti.

Il progetto "Amity" presso la prigione di Donovan in California ha implicato una popolazione di 200 carcerati. Partendo da dati nazionali degli Stati Uniti in cui tra la popolazione carceraria durante il primo anno dopo la fine della pena avviene l'80% dei rientri in carcere per le situazioni senza assistenza, viene riportato come i detenuti che dopo la fine della detenzione impostata in senso comunitario hanno seguito un ulteriore periodo di supporto territoriale hanno avuto una recidiva nel primo anno del 20% e i detenuti che hanno seguito solo il programma comunitario all'interno del carcere hanno avuto una recidiva del 61%, dati statisticamente significativi a dimostrazione dell'efficacia dell'intervento.

Un progetto di intervento comunitario nell'Istituto di Delaware negli USA del 1997 mostra come la riduzione delle recidive per quanto riguarda il comportamento criminale e l'abuso di sostanze sia significativamente ridotta: nei primi 18 mesi la percentuale di ex detenuti che non hanno subito nuovi arresti va dal 46% nel gruppo di controllo al 77% nel gruppo che ha seguito un programma comunitario dentro il carcere e fuori a fine pena. Altro importante esperimento è stato quello condotto presso la Prigione di Dauphin County, tutti esempi indicanti l'utilità e l'efficacia di un approccio diverso alle problematiche del detenuto in particolare per quanto riguarda l'effetto sul comportamento criminale recidivante.

Tale riduzione, come si vede, risulta ancor più significativa se l'insieme delle azioni previste viene supportato da programmi di assistenza nel territorio che consentano un proseguimento dei trattamenti.

Esistono, in diversi paesi, esperienze che cercano di affrontare le problematiche dei cittadini in stato di detenzione sulla base di un progetto riabilitativo oltre che contenitivo.

In particolare in Inghilterra la prigione di Grendon si presenta come primo esperimento in Europa in tal senso, essendo stata attivata nel 1962.

Si tratta di un intervento sperimentale che nel '62 fu proposto in una situazione carceraria di circa 200 detenuti che vennero divisi in moduli di 40 con uno staff apposito di intervento. L'obiettivo era quello di ridurre le recidive del comportamento criminale attraverso un lavoro volto ad aumentare sentimenti di autostima ed il senso di valore personale (Morris). Altre esperienze si sono sviluppate in Germania in circa 15 Istituzioni carcerarie che si sono assunte finalità socio-terapeutiche destinate ad una ristrutturazione della personalità attraverso una ricerca destinata ad evolvere e massimizzare un'alleanza terapeutica tra staff e detenuti.

Tali studi dimostrano che interventi riabilitativi, condotti con persone che hanno commesso crimini, hanno prodotto una riduzione delle recidive del comportamento violento nell'ordine del 5-18%; il che vuol dire che se il livello di recidiva del comportamento violento in un gruppo di carcerati è del 50%, dopo un trattamento riabilitativo diventa del 32-45%.

Studi più specifici riguardanti la popolazione carceraria affetta da disturbi psichici sono stati condotti in Canada e dimostrano una riduzione delle recidive in oltre il 50% a condizione che vengano attivati interventi appropriati anche territoriali.

Per “interventi appropriati” si intendono interventi caratterizzati da alcuni principi di base:

- 1) la selezione delle persone che andranno a partecipare al programma riabilitativo;
- 2) la motivazione delle persone a partecipare;
- 3) la capacità del programma ad adattarsi ai bisogni delle persone.

Progetto di intervento

Il progetto di intervento ha riguardato una sezione sperimentale presente all'interno della Casa di Reclusione Penale Uomini del Carcere di Rebibbia. Tale sezione è caratterizzata dalla presenza di "detenuti minorati psichici" (termine improprio che indica detenuti affetti da disturbi psichici gravi con sintomi di tipo psicotico o da disturbi di personalità di tipo antisociale o borderline).

Il progetto è consistito nello strutturare un approccio utilizzando il metodo comunitario caratterizzato dalla presenza di un intervento di cura strutturato su livelli diversi di tipo terapeutico, riabilitativo-trattamentale, psicosociale e comunitario.

Si tratta di una modalità operativa "complessa" che implica la partecipazione di soggetti diversi sia all'interno della sezione sia nel territorio.

Programma di intervento

Il programma di intervento è stato suddiviso in tre parti:

- 1) Formazione del personale che lavora nella sezione (agenti che turnano nella sezione, medico della sezione, educatori dell'area tratta mentale, infermieri);
- 2) Intervento interno alla sezione caratterizzato da un approccio comunitario;
- 3) Intervento esterno attraverso un programma riabilitativo di formazione lavoro e di risocializzazione in funzione della fine della pena.

1) Formazione dello staff;

L'intervento formativo ha l'obiettivo di far entrare il personale nell'ottica di un lavoro volto ad un cambiamento delle persone detenute, portarli a ragionare per obiettivi ed abituarli ad osservare i comportamenti disfunzionali in relazione ad un loro cambiamento; introdurli alla "cultura della riflessione" aspetto caratterizzante il lavoro comunitario che spinge i membri dello staff a riflettere non tanto sugli eventi ma sul loro significato all'interno delle relazioni che si instaurano.

Gli argomenti trattati sono stati inizialmente: *Nozioni di psicopatologia, Le Comunità Terapeutiche: storia e caratteristiche terapeutico-riabilitative; il Diario di Bordo; Nozioni di riabilitazione; Utilizzo di strumenti di valutazione; Analisi della comunicazione; Introduzione agli interventi di gruppo; L'area trattamentale, La diagnosi funzionale.*

L'obiettivo era quello di migliorare la conoscenza, sviluppare una capacità di intervento adeguata, costruire un'omogeneità di stili lavorativi, formare uno staff addestrato al lavoro di gruppo.

Gli elementi di criticità sono stati principalmente connessi al fatto che la formazione era rivolta a personale (agenti) le cui mansioni erano di sorveglianza e non di cura.

Il bisogno formativo era cioè richiesto su come comportarsi di fronte a una persona che delirava o aveva allucinazioni uditive sul piano della sicurezza e del controllo. Mentre i formatori ponevano l'intervento sul piano della cura.

Per fare un esempio al personale di custodia interessava non tanto la comprensione della sofferenza psichica ma come prevenire comportamenti suicidari o come evitare di essere colpiti improvvisamente dal detenuto.

Nel corso del progetto sono emersi con chiarezza questi bisogni formativi per cui è stato progettato un modulo formativo che assumesse come prioritarie le richieste degli agenti all'interno di una riproposta di un percorso formativo sulla salute mentale.

Sulla valutazione dei bisogni è stata progettata una formazione di tre mesi sulla comunicazione, gestione dei conflitti, gestione delle crisi, *addestramento all'osservazione dei "punti di forza" della persona in relazione al contesto.*

2) Approccio comunitario

Da un punto di vista operativo potremmo descrivere l'esperienza di riabilitazione comunitaria tracciando una suddivisione dell'operatività in:

- 1) Intervento riabilitativo sulla disabilità sociale
- 2) Intervento riabilitativo sulla resilienza
- 3) Reinserimento lavorativo

La suddivisione così formulata ci sembra più adeguata rispetto alla suddivisione in riabilitazione ambientale e lavorativa perché centra più l'attenzione sui programmi di lavoro piuttosto che sulle strutture entro cui questi programmi si articolano.

Il problema della disabilità sociale è connesso alla capacità di costruire rapporti significativi con l'altro che richiede un processo che "passa" attraverso il miglioramento della metacognizione intesa come capacità di riflettere sui propri pensieri e sulle proprie azioni e comportamenti.

Le nostre osservazioni, insieme al supporto della letteratura sull'argomento, ci portano a considerare le problematiche psichiche emergenti nell'ambito della detenzione, come caratterizzate da difficoltà a riflettere sulle proprie problematiche impedendo lo sviluppo dell'insight inteso come consapevolezza della malattia e necessità della cura.

D'altra parte le ricerche effettuate nelle comunità terapeutiche hanno evidenziato come il miglioramento dell'insight accompagni un miglioramento nella capacità di socializzazione e questa un miglioramento delle disabilità cognitive con un conseguente miglioramento della capacità di confrontarsi con i propri problemi e di risolverli.

L'intervento comunitario ha infatti, come fondamento, la possibilità di proporre diverse modalità di relazione dentro i vari gruppi ognuno dei quali si caratterizza per una o più modalità di interazione principali. Per esempio, tra i vari gruppi comunitari, il "gruppo calcio" si caratterizza per il confronto sul piano agonistico, il "gruppo mattina" (condotto da un detenuto a rotazione avente come tema centrale il programma individuale della giornata) per la capacità organizzativa, il "gruppo maschere" (condotto da un esperto nella costruzione di maschere "veneziane") per la collaborazione nel fare ecc. Ogni persona trova nei singoli gruppi situazioni relazionali che gli creano uno stato emotivo che può diventare problematico sul piano relazionale come per esempio un eccesso di aggressività durante il gioco del calcio.

Il lavoro comunitario consente di riprendere ed elaborare l'emotività disfunzionale, comparsa in un gruppo (come nell'esempio del gruppo calcio), riprendendola ed elaborandola all'interno di una situazione grupitale dove la persona si trova più a suo agio (per esempio nel gruppo mattina).

Questa modalità operativa è caratterizzante il lavoro comunitario così come lo abbiamo inteso nel progetto.

2a) Intervento sulla disabilità sociale

Una descrizione particolareggiata di intervento sulla disabilità sociale è riportata nel lavoro di Agnese Chialastri, educatrice di comunità che ha fatto parte del team che si è occupato della sezione “minorati psichici”:

Dal gruppo “ascolto storie” al lavoro di rete di Agnese Chialastri

Entrare in carcere significa entrare nel mondo del non detto. Entrare nella sezione destinata a detenuti con problemi psichici significa entrare in una zona di confine ancor più caratterizzata da atti che si sostituiscono alle parole, da segni che parlano al posto delle persone, da fatti che accadono piuttosto che da bisogni che vengono espressi.

A fronte di tante richieste che riguardano il percorso giuridico (domandine, lettere, istanze,...) il percorso di vita di ciascuno quasi mai trova una via per essere comunicato, raccontato, se non in forme epistolari rivolte a familiari, attori a loro volta di trame complicate e situazioni intrecciate le une alle altre, oppure in forme poetiche che conservano la modalità criptica di un vissuto che rimane stato d'animo ...

O ancora di segni tatuati, di tagli inferti sul proprio corpo come supporto improprio per esternare tracce di sé in forma impulsiva, stereotipata e indiretta.

Su queste premesse nasce l'idea di proporre nella sezione un gruppo basato sull'approccio autobiografico come possibilità per infrangere un presente ridotto ad istante, slegato dalle dimensioni di passato e futuro, destoricizzato e reificato, all'interno del quale poter collocare un hic et nunc narratologico.

Consapevoli che per rompere il muro del silenzio, delle “misure di sicurezza” (per utilizzare un linguaggio dell'Istituzione) che il detenuto pone al suo interlocutore bisognasse passare attraverso la progressiva costruzione di un terreno di fiducia ed un clima dove lo scambio potesse rendersi possibile, si sono inizialmente proposte attività dove la sensazione di esporsi potesse essere meno bloccante e favorire l'insinuarsi di un'idea di gruppo.

Il calcio, attività conosciuta e riconosciuta da tutti, è stato lo strumento attraverso il quale abbiamo cercato di tradurre in parole ansie, difficoltà, bisogni in direzione di una cultura di gruppo che riconoscesse l'unicità di ognuno.

Da mera attività ludico-ricreativa, la partita, giocata da squadre miste (detenuti comuni e “minorati”), ha rappresentato un vero e proprio spazio transizionale all'interno del quale incrementare la circolazione di informazioni, acquisire strategie di problem solving, sviluppare capacità di empowerment.

Create le fondamenta, abbiamo iniziato a costruire: la proposta comunitaria attivata nella sezione, nella mente dei suoi promotori, si muoveva nella direzione di una visione complessiva dell'individuo che permettesse di individuare i problemi pre e post delinquenziali in una duplice prospettiva trattamentale:

- Rilevare i processi modificativi della personalità onde favorire il cambiamento di alcune strategie comportamentali oltre che sintomatologiche;
- Poter programmare l'uscita, sia che questa corrispondesse al fine pena, sia che fosse solo un pezzo del percorso di cura da proseguire altrove, in altre strutture.

Il gruppo “ascolto storie”, fondato sulla pratica autobiografica come una delle tecnologie della cura di sé possibile, ci ha consentito la messa in rete di domini differenti della vita dei detenuti come possibilità dalla quale partire per ri-costruire un contesto frammentato e opacizzato.

Lo spostamento dell’attenzione sull’*Io tessitore* (Duccio Demetrio, 1994) piuttosto che solo su fonti indirette di informazione sui detenuti, ha contribuito a rimettere insieme i pezzi di un puzzle spesso troppo fondato su aspetti disfunzionali piuttosto che sul recupero di quelli funzionali.

Continui trasferimenti da un istituto di pena ad un altro, verbali redatti da agenti in occasione di comportamenti di protesta del detenuto ma poco eloquenti rispetto ai vissuti scatenanti gli episodi descritti, rendevano la stessa cartella clinica personale un contenitore la cui fruibilità e possibilità di utilizzo erano spesso difficili.

Un quadro organico e unitario dell’individuo nella sua peculiarità risultava deficitario. Citando Cosimo Schinaia, psicanalista, si potrebbe dire che la stessa anamnesi contenuta nelle cartelle è stata utilizzata come una sorta di canovaccio della commedia dell’arte, un testo insaturo da rivisitare e completare all’interno della relazione terapeutica.

Grazie alla graduale riappropriazione di una storia, non più incentrata solo sulle vicende giuridiche e detentive, ma anche sul racconto del proprio contesto affettivo e sociale, sull’attribuzione di senso ad episodi isolati che venivano reintrodotti in un continuum esistenziale con un suo ritmo, si è assistito ad un graduale miglioramento dell’insight come consapevolezza della malattia e introduzione del bisogno di cura.

L’autobiografia, per dirla con Lejeune (1986) è stata utilizzata come strumento di costruzione di un’alleanza relazionale, “*il racconto retrospettivo in prosa che un individuo reale fa della propria esistenza quando mette l’accento sulla sua vita individuale, in particolare sulla storia della propria personalità*”.

Un primo livello di rete è stato, quindi, inizialmente rivolto all’interno del gruppo: la relazione e la condivisione in alternativa all’iniziale isolamento e chiusura.

Gli elementi emergenti all’interno dello spazio ascolto storie sono stati utili all’équipe anche come materiale per il lavoro integrato con l’Area trattamentale dell’Istituto (altro livello di lavoro di rete): un confronto continuo ha reso possibile la ricomposizione in termini cronologici e complessi dei dati, al fine di individuare risorse interne ed esterne sulle quali incentrare il progetto riabilitativo e/o di reinserimento.

I contatti con gli altri soggetti operanti all’interno dell’istituto (scuola, servizi sociali, area sanitaria, polizia penitenziaria, volontariato, associazioni sportive e culturali), piuttosto che con la rete naturale composta da altri detenuti comuni lavoratori come piantoni o vicini ai detenuti, hanno contribuito all’emergere di informazioni utili a fini di individuare strade percorribili dal punto di vista trattamentale.

La sinergia di più fonti, ma soprattutto la possibilità di rileggere e problematizzare i personali vissuti, hanno, quindi favorito l’inizio di un lavoro che si è aperto anche verso l’esterno del carcere, sul contesto di provenienza e sul territorio di riferimento.

Lavorando sulla tensione esistente tra identità autopercepita e identità attribuita socialmente, si è cercato di offrire risorse per “reggere” questa tensione, per non rinunciare, per non identificarsi con ruoli monolitici (il malato, il detenuto) ma per tentare di riappropriarsi del progetto esistenziale che ogni uomo ha il diritto e il dovere di inseguire.

Utilizzando la stessa metodologia “narrativa”, abbiamo realizzato una scheda informativa, illustrante sinteticamente il progetto attivato presso la Casa di Reclusione e divisa per aree

che abbiamo inviato via fax ai servizi di salute mentale di competenza, affinché potessero restituircela compilata e ricomporre storie di interventi precedenti l'ingresso in carcere.

Abbiamo cercato di creare anche noi una nostra "biografia", approntando una Cartella Storia Interventi (che abbiamo chiamato Car. S.In.) al fine di non perdere le tracce di un lavoro quotidiano svolto alla luce di un obiettivo finale: migliorare la qualità di vita all'interno dell'istituto per ipotizzare un reinserimento nel tessuto sociale.

Abbiamo creato contatti telefonici con i familiari e li abbiamo incontrati laddove possibile; abbiamo coinvolto il Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria (DAP) su una riflessione di tipo clinico oltre che giuridica, richiedendo formalmente di regolamentare le assegnazioni (contrattazione dei criteri di selezione e possibilità di usufruire di un mese di osservazione al termine del quale decidere l'idoneità del trattamento proposto), consapevoli di imbarcarci su un terreno molto controverso e dibattuto, quello relativo al concetto di pericolosità sociale, ma sostenuti da numerose ricerche che subordinano tale concetto alla reale possibilità di effettuare o meno un piano di trattamento risocializzante e alla valutazione prospettica della sua efficacia.

Uno dei padri fondatori delle Comunità terapeutiche, Bruno Bettelheim, aveva coniato il termine di "terapia ambientale": le vicende personali (si trovò a trascorrere circa un anno della propria esistenza nel 1938-39 a Dachau e Buchenwald) lo convinsero che come si può costruire un'organizzazione sociale per demolire gli uomini sul piano personale e, infine, fisico, al contrario, si può costruire un'organizzazione sociale per supportarne lo sviluppo e il progresso.

Grazie al lavoro sulla rete interna (in senso intrapsichico e in quello relazionale), su quella esterna e al contatto tra gli intersistemi, abbiamo potuto, laddove programmabile, organizzare l'uscita dal carcere per l'applicazione della misura dell'indulto di alcuni detenuti, spesso dovendo "inventare" un progetto di dimissioni a partire dalle esigue risorse concrete a disposizione (accompagnamento alla stazione piuttosto che a destinazione, acquisto del biglietto, trasporto degli effetti personali), svolgendo una funzione di "ponte" tra il carcere e il territorio.

Un "ponte" reale considerando che l'Istituto cessa ogni responsabilità nei confronti della persona al momento della scarcerazione e un "ponte" ideale che è iniziato in sezione con la ricostruzione del proprio passato affinché potesse ricongiungersi ad un presente verso un possibile futuro (sono stati mantenuti contatti telefonici ed epistolari con le persone uscite dall'istituto e anche con i detenuti trasferiti in altre carceri).

L'approccio comunitario sperimentato, alla luce di quanto rilevato, ha suggerito agli attori della proposta quanto Maxwell Jones anni prima aveva scritto:

"Le comunità non sono programmi di trattamento statici, ma organizzazioni o elementi di organizzazioni che hanno un continuo processo di adattamento in risposta alle circostanze interne ed esterne".

Nel programma riabilitativo della sezione, uno spazio per la sperimentazione è stato introdotto. In particolare è stato attivato un gruppo sperimentale di "social dreaming":

Social Dreaming

di Mundanu S. D., Falvo A., J.Mannu

Sogno, carcere, salute mentale

Questo contributo vuole tentare di descrivere l'applicazione della tecnica del "Social Dreaming" all'interno di una Istituzione totale quale è il carcere. In particolare, si cercherà

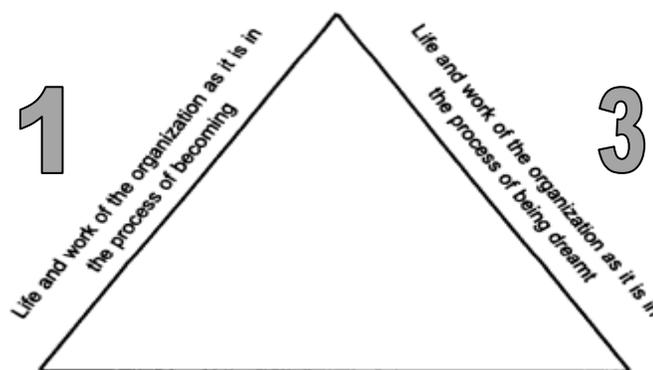
di parlarne inquadrando questo lavoro esplorativo nell'ottica della ricerca-intervento all'interno di un'Istituzione molto particolare – il carcere appunto – e nella quale i diversi operatori della salute mentale sono chiamati ad operare in senso multiprofessionale. La novità di questo lavoro sta nel fatto che, allo stato attuale, non si ha notizia di lavori simili all'interno di altre case di reclusione. Si comprende immediatamente come questo fatto abbia portato già di per sé un problema. Gli Autori del presente articolo hanno infatti dovuto confrontarsi con la scarsità di letteratura in questo ambito ponendosi in un'ottica principalmente esplorativa. Mentre esistono altri lavori, seppure ancora non numerosi, che descrivono l'utilizzo del Social Dreaming in contesti anche molto diversi tra loro, sembra che allo stato attuale l'ambito carcerario non sia stato ancora preso nella giusta considerazione, per quanto riguarda l'impiego di questa tecnica in termini di promozione della salute mentale. Questo fatto, crediamo, è dipendente dalla questione oramai atavica che la possibilità di accesso all'interno delle reclusioni è estremamente difficile, rendendo molto complessa l'implementazione di qualsiasi tipo d'intervento. Si tenga inoltre presente che non solo gli utenti con cui si è lavorato attraverso il Social Dreaming erano dei "reclusi", ma reclusi con un alto ed altissimo livello di psicopatologia associata ad un elevato rischio di suicidio, con tutto ciò che ne può conseguire. Utilizzare il sogno ed il metodo della condivisione del sogno con una utenza così problematica ed in un luogo dove la paranoia e la morte sono pervasivi e condizionanti il modo di lavorare degli operatori, rappresenta davvero una sfida creativa che coinvolge la politica, le organizzazioni, gli operatori. In linea di massima, potremmo dire che promuovere la salute mentale nel carcere lavorando con i sogni significa non solo "aprire una porta" all'interno di un luogo separato dalla società, ma anche aprire una porta verso, come dice Lawrence, il "mondo del possibile". Una porta, quindi, che si apre su due realtà parallele: quella del "dentro" e quella del "verso".

La tecnica del social dreaming

Il social dreaming, tecnica scoperta da Gordon Lawrence nei primi anni 80 al Tavistock Institute of Human Relations di Londra, può essere descritto in sintesi come un metodo di lavoro centrato sulla condivisione dei sogni all'interno di un gruppo di persone. A differenza dell'approccio psicanalitico classico, i sogni non vengono interpretati dal conduttore, ma utilizzati come una scintilla per accendere l'abilità associativa di tutti i partecipanti. Quello che si produce, quindi, sono sogni ed associazioni sui sogni. Il ruolo del conduttore è quello di favorire questa catena associativa ed eventualmente, anche in base al suo personale stile di conduzione del gruppo, fare in modo di amplificare e connettere tra loro i temi emersi. Una delle applicazioni a nostro avviso più interessanti della tecnica del social dreaming è che essa permette, attraverso l'analisi e la discussione del materiale prodotto in ogni sessione di lavoro (come direbbe Gordon Lawrence, in ogni "matrice") di studiare anche il rapporto individuo-organizzazione in base alle seguenti tre dimensioni che lui stesso aveva individuato nel noto lavoro "Social Dreaming@Work" (1998, p.7) e che insieme delineano il contesto organizzativo:

Fig. 1

Applicazione del Social Dreaming all'Organizzazione (trad. it.)



2

Più nello specifico, secondo l'Autore le organizzazioni vengono sempre studiate dal punto di vista delle prime due dimensioni, tralasciando invece la terza ("La vita ed il lavoro dell'organizzazione nel processo di essere sognata"). Sarebbe proprio questa dimensione che invece permetterebbe di comprendere a fondo alcuni fenomeni organizzativi, fornendo maggiore significato alla relazione individuo-organizzazione in termini di ruolo.

Come è nata l'idea

L'idea di utilizzare il sogno per effettuare una ricerca-intervento nell'ambito della promozione della salute mentale nel carcere, ed al tempo stesso studiare il contesto alla luce del rapporto individuo-organizzazione, è emersa proprio leggendo il testo di Lawrence, "Social dreaming@work". A pagina 4 si legge infatti [grassetto nostro]:

An "organization" refers to any institution such as a company, a religious order, a hospital, a **prison**, an army and so forth.

Come già detto, la difficoltà più grande è stata quella di doversi confrontare con la questione che la letteratura sulla tecnica del social dreaming applicata nel contesto carcerario era davvero scarsa. Inoltre, il gruppo di lavoro si è posto un'altra domanda: sarebbe stato possibile utilizzare in modo efficace questa metodologia di lavoro con i reclusi della sezione "minorati"? E successivamente, i dati rilevati avrebbero confermato l'efficacia del social dreaming nel far emergere alcuni aspetti dell'organizzazione suscettibili di miglioramento, così come era accaduto in altri contesti organizzativi documentati nella letteratura?

Il gruppo di lavoro, costituito da uno psicologo della salute (il conduttore del gruppo), una psicologa volontaria (con funzione di recorder¹), ed uno psichiatra (responsabile del progetto comunitario e supervisore di tutte le attività) ha quindi identificato la struttura che poteva essere data all'intervento, descritta di seguito in tab. 1

Tab. 1

Struttura dell'intervento

- ✘ **Schema temporale:** n. 1 sessione a settimana

- ✘ **N° incontri previsti:** 8

- ✘ **Durata di ogni sessione:** 1h e 15m circa

- ✘ **N° reclusi:** 15 (in media)

¹ Durante le sessioni di lavoro, la sua funzione era quella di osservare il processo ed annotare il materiale prodotto.

Punti di criticità

Molto presto, il gruppo di lavoro si è dovuto confrontare con alcune criticità che hanno messo in gioco le possibilità di adattamento della tecnica e degli operatori al particolare contesto. Il primo nodo è stata la presenza, nelle sessioni di lavoro, di una *recorder* di sesso femminile. Questo si pensa che abbia influenzato in una certa misura la produzione dei sogni, tenendo presente che la reclusione era quella maschile. Nella sezione riguardante la discussione dei dati questi aspetti verranno maggiormente approfonditi. Alcuni detenuti, poi, non hanno potuto completare tutto il percorso poiché trasferiti in altre carceri. Da tenere presente che su 15 detenuti presenti nella sezione, il numero di partecipanti è stato in media di 6. Un altro aspetto critico che è stato rilevato è il fatto che, nelle fasi iniziali, i detenuti erano diffidenti verso questo tipo di lavoro, dove non veniva restituita loro nessuna interpretazione di ogni sogno portato. Gli interrogativi che sembravano essere sempre presenti erano: *“tutto ciò che dirò potrà essere usato contro di me? Posso dire qualcosa per fare buona impressione oppure per ottenere qualche vantaggio?”*. In altre parole era come se l'assenza del giudizio e di risposte sul loro modo di essere o sul perché avessero commesso determinati crimini, fosse destabilizzante. C'è da dire che la paranoia, già di per sé presente in modo evidente e strutturata a qualsiasi livello dell'organizzazione carceraria, veniva alimentata dalla presenza – seppure non costante – degli agenti nel setting di lavoro, per controllo (controllare costantemente i detenuti fa parte del loro lavoro) o anche semplice curiosità. Tuttavia, anche questa situazione non sembra aver influenzato molto il processo, proprio perché si parlava di sogni, cioè di questioni non reali. Parlare di cose assurde, in carcere, permette una libertà di espressione sicuramente maggiore del solito.

Aree di forza

Tutte le aree di forza di seguito menzionate, in realtà dipendono dalle caratteristiche intrinseche dell'elemento alla base di tutta la ricerca-intervento: il sogno. La prima e più importante caratteristica è il fatto che il sogno, dai non addetti ai lavori, venga solitamente percepito come un prodotto della psiche “assurdo” e difficile da interpretare. E qualora venga interpretato, rimane sempre ... un sogno. Sfruttare questo fatto, ha permesso al conduttore di aggirare le potenziali resistenze a condividere contenuti (a causa della paranoia di cui abbiamo parlato in precedenza) e creare un'atmosfera di non giudizio che favorisse ulteriormente un clima – oniroide – di condivisione e produzione di associazioni. Esprimere i sogni ha suscitato quindi una certa curiosità non solo nei confronti dei propri sogni, ma anche e soprattutto nei confronti dei sogni degli altri. Una curiosità che, seppure confinata nello spazio dell'intrapsichico, si pensa sia sintomo del desiderio terapeutico di “guardare oltre” superando le barriere fisiche dello spazio e del tempo, incoraggiando anche una visione del proprio futuro come “desiderio”.

Risultati

La prima fase dell'analisi dei dati è stata dedicata all'identificazione delle fasi attraverso le quali il gruppo è passato. Ne sono state individuate 8, evidenziate in tabella 2. È comunque importante ricordare che tutti gli elementi di seguito evidenziati sono stati riscontrati in tutti gli incontri; quelli riportati sono quelli prevalenti.

Tab. 2

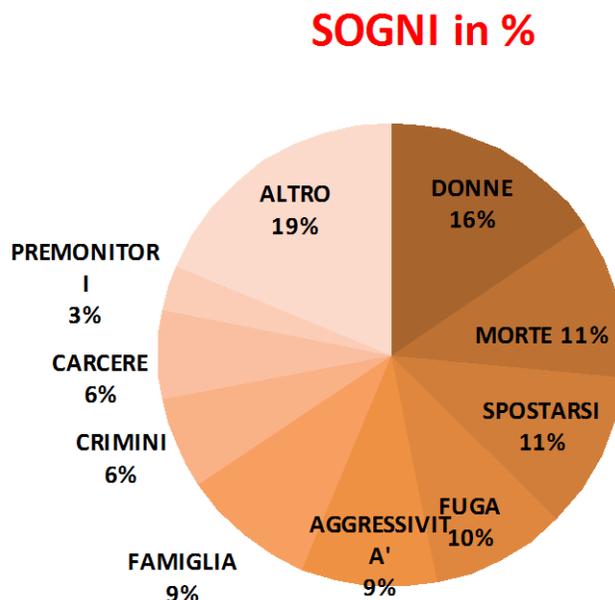
Le fasi del gruppo

- (Incontro 1) Curiosità
- (Incontro 2) Frustrazione (desiderio di feedback: i miei sogni che significano?) associata a paranoia (qualsiasi cosa dirò potrà essere usata contro di me, quindi devo fare buona impressione).
- (Incontro 4) Atmosfera “confidenziale” (vengono riportati stralci della vita personale)
- (Incontro 7) Distacco e futuro (associazioni sulla nostalgia dei propri cari; associazioni sui bambini)
- (Incontro 8) Restituzione (e abbandono)

Nella fase di restituzione, è stato consegnato ad ogni detenuto un cartaceo contenente tutti i sogni prodotti negli otto incontri.

Dopo aver individuato le fasi attraverso le quali il gruppo è passato, è stata effettuata una suddivisione categoriale di tutti i sogni riportati, visibile in figura 2. Per ogni categoria è stato riportato anche un sogno a titolo esemplificativo.

Fig. 2
Categorie dei sogni



N = 64 (sogni)

- × **Donne:** C'era una ragazza, però non riuscivo a vedere il suo volto.
- × **Morte:** Avevo un tumore, avevo tutte metastasi e non c'era più nulla da fare.
- × **Spostarsi:** giravo con il motorino in zona mia.
- × **Fuga:** la macchina con cui scappavo non frenava.
- × **Aggressività:** eravamo una cifra di ragazzi per una spedizione punitiva. Siamo andati a litigare. Dentro di me pensavo: "Ma che siamo?"
- × **Famiglia:** mio padre mi diceva di non preoccuparmi che stava bene.
- × **Crimini:** facevo una rapina dentro un supermercato e ho preso due casse con tutti i soldi; sono scappato e mi hanno rincorso due macchine dei carabinieri. Noi eravamo in tre: a me mi hanno mandato via e gli altri li hanno presi.
- × **Carcere:** mi ritrovavo al carcere di Forlì con un altro ragazzo. Andiamo a parlare con l'ispettore che ci riceveva nel letto. Io allora gli chiedo: "Ma che ci riceve dentro il letto?" e lui risponde: "Ho freddo".
- × **Premonitori:** prendevo otto anni e otto mesi ad un processo.
- × **Altro:** Stavo facendo una gara, c'era molto pubblico e chi vinceva prendeva la sciarpa di Sandokan.

Sarebbe interessante ed anche fruttuoso discutere approfonditamente di ciascuna singola categoria emersa, tuttavia si pensa che sia più utile rimandare questa attività ad altra sede in quanto richiederebbe molto spazio. In questo caso vorremmo soffermarci ad un livello più generale, partendo dalle cornici teoriche sottostanti all'intervento. Come sappiamo, Freud concentrò la sua attenzione sul sogno in termini di contenuto, asserendo che i sogni sono un appagamento di desiderio (Freud, 1899). Lawrence, più di recente, si è invece focalizzato sul sogno in termini di processo (vedi Fig. 1), asserendo che gli stessi contengono importanti informazioni sulla realtà sociale dei quali i sognatori fanno parte. Tenendo presente ciò, nella fase di analisi delle categorie, abbiamo rilevato che alcune tipologie di sogno – in relazione a tutta la catena associativa generata ed alla vita quotidiana che i detenuti svolgevano nella reclusione – non sono emerse. Queste sono le categorie "cibo", "lavoro" ed "altri detenuti". Il cibo, come sappiamo, soddisfa un bisogno primario. L'ipotesi è, partendo dalla teoria del sogno come appagamento di desiderio, che l'Istituzione effettivamente si occupa ineccepibilmente della soddisfazione dei bisogni primari, per cui non si ha la necessità di sognare una loro soddisfazione. Come invece si nota dal diagramma, la categoria "donne" è quella più presente, proprio in quanto le possibilità di entrare in contatto con l'altro sesso sono davvero scarse. Come dicevamo in precedenza, è anche probabile che questo dato sia divenuto così rilevante in conseguenza

della partecipazione ai gruppi di una *recorder* di sesso femminile, che può aver attivato fantasie sessuali specifiche all'interno del gruppo.

Vediamo la categoria "lavoro". Il lavoro è spesso presente nella catena associativa e percepito come importante per la vita di ogni detenuto. Il fatto che non sia presente nel materiale onirico è stato ipotizzato dipendere dall'Istituzione che accentua l'importanza della separazione e dell'isolamento del detenuto rispetto a situazioni di reinserimento e collaborazione caratterizzanti il lavoro.

Un'altra domanda che ci si è posti è come mai nessuno ha mai raccontato un sogno sugli altri detenuti. Questo rimanda alle abilità di strutturare relazioni significative con altre persone ed alla possibilità di innescare un transfert verso di loro.

Ipotesi di sviluppo

Lavorare in senso esplorativo (senza però ricadere nello sperimentalismo estremo derivato dalla possibilità del poter effettuare un intervento strutturalmente diverso da quelli più conosciuti), come si comprende, non è ovviamente una cosa facile da fare; soprattutto quando si lavora all'interno di un'Istituzione così poco aperta – per mandato sociale – agli scambi esterni come può essere il luogo del carcere. Un luogo fisico dove la difficoltà a generare ed esprimere liberamente desideri, ad entrare in relazione con l'altro e ad aprire una porta "interna" che si affacci sul mondo del possibile e del futuro è realmente complesso. Un luogo, come ci sentiamo di affermare, che "tutti sanno dove si trova ma nessuno vorrebbe sapere dov'è". In generale, possiamo affermare che la nostra esperienza attraverso il social dreaming è stata positiva ed anche fruttuosa sul piano della generazione di ipotesi migliorative d'intervento all'interno del contesto oggetto di studio. In questa specifica sede, si è cercato di fornire esclusivamente una panoramica globale su ciò che questa tecnica potrebbe permettere in termini di promozione della salute mentale ed organizzativa. A differenza infatti dell'approccio quantitativo classico, la discussione dei dati che si sono rilevati con la metodologia qualitativa impiegata (l'analisi categoriale) richiederebbe uno spazio riflessivo di gran lunga maggiore. Ciò che interessa porre qui in particolare evidenza, è che – almeno sul piano ipotetico – il lavoro con il social dreaming potrebbe fornire preziose informazioni agli operatori per quanto riguarda la probabilità di commettere ulteriori crimini al termine della pena. Si pensi quindi alle potenzialità intrinseche a questa metodologia, che se non altro può essere di grande supporto ad altri metodi di valutazione già consolidati. Gli autori sono attualmente impegnati nello sviluppo di questa interessantissima ipotesi di lavoro (impiegare la tecnica del social dreaming per stimare la probabilità delle recidive), soprattutto perché – come affermato più volte in questo articolo – lavorare attraverso il materiale onirico permette di aggirare molte delle resistenze di tipo cognitivo ed emotivo che solitamente si attivano nei processi di valutazione maggiormente utilizzati in questo ambito. Per concludere, crediamo inoltre che questo tipo di approccio non sia sconnesso dalla visione che gli autori hanno del carcere: un luogo di riabilitazione e di "seconda occasione". Non solo per comprendere certi perché o in modo più semplicistico restituire alla società il debito accumulato; ma soprattutto per avere una nuova opportunità di sognare e sognarsi, proiettandosi nel mondo del "verso" in senso salutare. Il carcere che si trasforma quindi in un luogo dove è ancora possibile – se non altro – sognare.

IL SISTEMA DI VALUTAZIONE

Il lavoro dentro la sezione comprende un costante monitoraggio dell'andamento del programma terapeutico-riabilitativo. Il programma di valutazione è stato costruito dalla dottoressa Retinò di cui riportiamo il contributo.

Il contributo è in lingua inglese perché si tratta di una parte di un report sul progetto portato come contributo in una conferenza sulla salute mentale in carcere svoltosi a Londra.

La valutazione neuropsicologica nella sezione “minorati” del carcere di Rebibbia di Adele Retinò

The psycho-diagnostic model

The project aimed towards ‘Serious Psychiatric Handicapped’ proposes also a model of ‘psycho-diagnostic evaluation’ where all the professionals who interact with the inmates within the section represent a resource for defining the level of malaise of the inmate.

The model we refer, when possible, requires:

- ❖ The use of the clinical session as fundamental part of the relationship with the patient
- ❖ The use of the HoNos tool, adapted to prisons
- ❖ the use of a series of level, screening and graphical psycho-diagnostic testing in the following order:
 1. graphical tests (tree, human shape, family and Wartegg)
 2. Rorschach’s test, according to Klopfer’s methodology
 3. Wais-R
 4. return of the psycho-diagnostic job

To talk about a *model* does not mean to think to a job strictly attached to a theory and to a methodology defined a priori, but it helps to define the edges of a competence though which giving back to the inmate and to the institution the sense of psycho-physical malaise felt by the inmate beyond the psychopathologic terms already numerous within the prison.

The observation is a fundamental prerequisite in the first stage of the contact with the inmate, in this regard it should be considered not as an evaluation but as getting acquainted. It finds the right direction in the psycho-diagnostic path, helping to define **when and how** to propose the testing to the inmates.

The observation is built within formal and informal spaces:

- ❖ Through the exchange with the inmates during the morning groups
- ❖ Through the informal exchange with the prison policemen
- ❖ Through the weekly meetings with the operators of the social and health area and those within the institution
- ❖ Through the exchange with the charities
- ❖ Through the monthly meetings with all the operators and the director of the institution.

The evaluation becomes meaningful only after, within the relationship built with the inmate.

After the observation, the job continues with one or more interviews.

Starting from this reference model, the reality of the prison *context* brought us gradually towards the building of a different model, which characterized itself starting from the analysis of the limitations of the system but also from the resources at our disposal.

The graphical tests:

The drawing shows to the outside, in a 'free space' represented by the white sheet, the most immediate image of our selves.

Starting from this idea of 'free space', that is, from the possibility to express ourselves, we have thought to test the use of graphical testing instead of the self-describing questionnaire MMPI-2.

The possibility to use 'open' tools in a paradoxically closed system represented by stereotypes and clichés motivated us to test and integrate less standardized tools.

Though in terms of its validity the MMPI-2 is a practical and efficient tool and though it helps to diagnose how serious is the noticed psychopathologic malaise, the productive aspect related to the relation with the tester is less important with respect to the graphical testing. It could be furthermore useful to stress that these tests are simple to use and are well-accepted by the patients.

The choice of screening tests, based on drawings, brought us to later choose three special tests to associate during evaluation to the WAIS-R scale (we refer briefly to the model described previously, Saraceni 1988):

1. the tree test
2. the human shape test
3. the family test
4. the test of the drawings by Wartegg

The level tests: the WAIS-R

The WAIS scale, besides giving a reliable level of general intelligence, allows the evaluation of numerous psychiatric processes related to the working of thinking (concrete, abstract), of memory, of the examination of the reality, of the capability to project and anticipate, of the attention and concentration. The analysis of the 11 sub-tests allows the evaluation of the worsening and of the internal variability, that is, the working more or less harmonic of the human mind. This allows in turn excluding rather serious problems, related to organic damages or worsened psychotic problems.

The elaboration of the information and the return of the diagnosis

At the end of the testing, the evaluation process is finished and it is necessary to elaborate the data to understand the malaise of the residents, make the diagnosis and define a rehabilitative action.

A good diagnosis should bring us to know:

- ❖ the internal resources of the inmate and the way he/she uses them
- ❖ the good parts with whom make alliances to motivate the residents towards a specific treatment: insight capability, interests, values, capabilities
- ❖ internal possibility to deal with or understand own suffering, own regret, the capability to elaborate own frustrations and depressions
- ❖ the strength of Inner self and most common defense mechanisms (negation, division, cancellation, projection)
- ❖ the motivation i.e. the need for understanding own suffering and own malaise

The diagnosis will give us in this way all the information necessary to define a rehabilitative project for the resident, where we should consider all the resources within

the institution to favor the coming back of the inmate to the social life at the end of the punishment.

As briefly said before, the diagnosis is given back both to the residents and to the institution.

In this way the resident will be able to reconstruct his/her own life track, often fragmented and characterized by more than one imprisonment, giving in this way a meaning to his/her often confused, overlapped and/or removed life experiences. The resident becomes in this way an active and not passive part of the action itself.

The institution, on the other hand, will get a picture of the resident characterized not only by clichés which empty the meaning of individuals and the personal identity of each story, but also by contents, relational styles, fears, resources which give a dignity to the imprisonment of individuals with 'special needs'.

Progetti di intervento di lavoro "esterno:

Particolare cura andrebbe rivolta all'elaborazione di procedure per gli interventi di risocializzazione da progettarsi all'esterno.

Per esterno intendiamo sia l'esterno della Sezione, ovvero il rapporto con gli altri detenuti, sia l'esterno in senso proprio ovvero la famiglia e il territorio.

Questa parte del programma è stata realizzata solo in parte.

Riportiamo due "case report" esemplificativi di un lavoro che ha trovato la possibilità di avere una sua evoluzione positiva dalla collaborazione con i servizi territoriali. La costruzione di legami con il territorio è la premessa di un buon esito di un intervento con situazioni così gravi sia da un punto di vista psicopatologico che funzionale.

I casi sono anch'essi parte della relazione presentata dal nostro gruppo al congresso di Londra.

Two clinical case

(C. Valitutti; M. Argenziano)

Mr. HF was born in Germany from parents not suitable to perform their parent purpose.

The father is a heavy drinker and the mother a prostitute, currently in the care of a psychiatric hospital in Merano (Sudtirolo). H. Tells us that the mother 'did not love him and often beat him'. At the age of 6, H. is put in the hands of a family in Bolzano. H. attends the compulsory school until the end. As a teen-ager H. hangs out at discos and bars. H. starts to work as carpenter but after two years he gets fired since, as H. tells, 'he did not work properly' and therefore 'they cast him out'. The job as carpenter is considered anyway by H. as an activity in which he identifies and through which he defines himself. The crime is perpetrated by the young H. against the step father through a stab since the step father wanted to take his scooter away (the scooter he used to go to discos). H. is caught by the police in 2001. H. is recognized as mentally ill and then accepted at several judicial psychiatric hospitals and eventually H. ends up in 2002 on probation in a community in Umbria. In 2004 H. puts this community on fire, because 'he was bored'. This fact changes his punishment and he is sent to our section in Rebibbia.

In the relationship with other inmates, H. seems who could be easily played along. He takes no action to fix problems and takes little care of himself.

During his stay in our section, H. has been stimulated and supported to work with the institution's carpenter aiming to build some furniture for the section. H. also participated to the meetings where he was supported by other inmates and one of them also offered to translate H.'s German to Italian to be able to understand each other.

In the meanwhile we contacted the Mental Health Center in Bolzano to prepare a project for after the end of H.'s punishment. A Supported House is activated in Bolzano and a Day center found where we could work with H. The family of H. is notified, but they refuse to take back H.

H. gets a reduction of his punishment and in 2005 is out of prison.

At the exit of the prison, a volunteer takes H. to the station and then takes him to Bolzano, where the local operators take him and bring him in a supported house.

After two years H. is working as a carpenter, has not met again the family and has not perpetrated any crime.

Clinical Case 2

S is a man, 35 years old, who was sentenced to ten years imprisonment owing to several and definite judgements. Crimes are not so grave (such as burglary) but they seem to be the neat consequence to his difficult home and social life along with a clear psychiatric pathology which easily fostered his exploitation and relation with cunning and skilled criminals around him. In other words, S shows off emotional and relational problems, concerning power-relations beyond comparison with the world around him.

Public Mental Health Office has been caring of him for a long time, in order to put him in a protected psychiatric hospital such as a therapeutic community.

The prison now represents a sad and painful rift in such a tiring therapeutic route. He is in a prison common department, with no psychiatric care, where he quickly feels ill at ease with the other prisoners: he is struck down by violent anxiety and sense of harm and warning not able to manage, becoming aloof, psychotic and depressed.

The risk of his clinic and behavioural deterioration is almost serious, therefore we have requested his move into the prison psychiatric community we are working on the community treatment project. In the beginning S looks quite retiring, indifferent, almost passive, even if he shows great relief to be moved from the "common" departments (sections) where he found himself in trouble. He gradually manage to be into different mutual activities instead, and he becomes more confident of his future and his abilities consciously admitting his limits and psychic suffering.

We get in touch with colleagues of mental health centre who have known S for long time and with others colleagues belonging to external therapeutic community and we arrange meetings in prison, in order to come straight to a double-point:

1. To avoid a dangerous stop to S's therapeutic route;
2. To make effective the settling in at external psychiatric clinic as alternative detention measure.

S slowly becomes calm and quiet and trusts helping people near him; without anguish he accepts the fact that his relatives cannot take care of him anymore and because of that he seems to share more actively the community treatment project.

He becomes more assertive and proposing up to enterprising in crowded situations or even staging a protest or a claim. Once legal time will let him benefit by an alternative measure to detention, in agreement with external clinic colleagues, we ask the pertaining judge for

S's transfer to an external therapeutic community, that's to say a psychiatric clinic suitable to the treatment requested.

It's a month since S was out of prison and now he settles in a therapeutic community where he is going on with his rehabilitation.

CONCLUSIONI

I risultati ottenuti sono sicuramente molto promettenti. Il nostro è stato un intervento "clinico" e non di ricerca volto ad affrontare problematiche che sempre di più si presentano ai servizi di salute mentale. Situazioni che mettono in scacco istituzioni che non sono state pensate per affrontare la complessità di un disagio psichico così come sta emergendo. Oggi occorre ripensare tutta un'operatività che era stata costruita per percorsi riabilitativi rivolti a persone che avevano trascorso la maggior parte della loro vita in manicomio.

Oggi pensare a un dipartimento in grado di affrontare situazioni così complesse e difficilmente definibili all'interno di categorie diagnostiche è semplicatorio rispetto alla complessità della persona e del suo disagio. La gestione della complessità implica la costruzione di canali comunicativi tra istituzioni specialistiche e "generaliste" diverse. Nella nostra esperienza questo è avvenuto esclusivamente sulla base di conoscenze personali e non sulla base di una programmazione istituzionale.

In un periodo dove si propongono riforme legislative come soluzione a problemi di questo tipo, la nostra esperienza pone con forza la necessità di ripensare la questione "organizzativa" finora trascurata e d'altra parte neanche richiesta a chi di questo si deve occupare.

I risultati sono purtroppo desolanti rispetto alle potenzialità operative dei servizi territoriali. La fine del progetto Rebibbia (di cui non è responsabile nessuno) sta ad indicare come un progetto fatto con poche risorse (un Responsabile di progetto che era anche responsabile di altra UOS, uno psichiatra e uno psicologo a 10 ore settimanali, un educatore e un assistente sociale a 6 ore settimanali, uno psicologo volontario, volontari non professionali) ma con molta motivazione, è in grado di produrre risultati buoni anche in situazioni di elevata difficoltà ambientale.

In un avviso pubblico per dirigente di unità complessa è stato chiesto al candidato che motivazione aveva a fare quella prova.

Io credo che la motivazione, più che dal desiderio di avere un nuovo incarico istituzionale, venga da nuove idee, da un'organizzazione che sia in grado di produrle e di accoglierle, che valorizzi il lavoro e i sogni delle persone, che sia in grado di costruire cooperazione e soprattutto che renda consapevole ciascuno dell'importanza del proprio ruolo.

Credo che tutto questo sia stato trascurato nei nostri servizi a vantaggio di una motivazione all'incarico migliore ...

**Psichiatra, Dipartimento di Salute Mentale ASL RM/B*

Educatrice di comunità, ***Psicologo, *Psichiatra, ***** Assistente sociale, *****Psicologa volontaria – carcere di Rebibbia, Roma*

Bibliografia

- [1] DeLeon G. *Community as Method*, ed. Praeger, London, 1997.
- [2] Demetrio D. *Raccontarsi. L'autobiografia come cura di sé*, Raffaello Cortina, Milano, 1994.
- [3] Garofano N., *Social Dreaming*, Formazione e Cambiamento, webmagazine sulla formazione, anno IV, (25), 2004.
- [4] Lawrence Gordon W. (a cura di), *Esperienze nel Social Dreaming*. Borla, Roma, 2004.
- [5] Lawrence Gordon W. *Social Dreaming. La funzione sociale del sogno*. Borla, Roma, 2001.
- [6] Lawrence Gordon W. *Social Dreaming: offrire un ambiente alla creatività emergente nei sistemi*. Formazione e Cambiamento, webmagazine sulla formazione, anno VII, (46), nuova serie, 2007.
- [7] Lejeune *Il patto autobiografico*, Il Mulino, Bologna, 1986.

ALLEGATO1:

Vengono, in allegato 1, riportati i risultati della HoNOS-MDO (Health of the nation outcome scales), nella versione italiana per persone con disturbi mentali che hanno commesso reati, somministrata a intervalli di tempo regolari (all'ingresso, a tre e a sei mesi), nell'arco temporale di un anno (aprile 2005/aprile 2006) su un numero complessivo di 26 detenuti. Il miglioramento rilevato negli items 1 e 2, in linea con gli obiettivi dei firmatari del protocollo d'intesa (ASL RM/B, Direzione della Casa di Reclusione di Rebibbia e Assessorato alle Politiche Sociali del Comune di Roma) corrispondono visibilmente ad un miglioramento nei restanti items (vedi soprattutto 4 e 9), in linea con le intenzioni dei promotori del Progetto di proposta comunitaria all'interno della sezione.

PRIMA SOMMINISTRAZIONE

ITEMS	0 Nessun Problema	1 Problemi minori	2 Gravità lieve	3 Gravità moderata	4 Gravi o molto gravi	9 Non noto
1. Comportamenti iperattivi, aggressivi, distruttivi o agitati			50%			
2. Comportamenti deliberatamente autolesivi			20%			
3. Comportamenti legati all'assunzione di alcool o droghe	0%					
4. Problemi cognitivi			25%			
5. Problemi di malattia somatica o disabilità fisica	0%					
6. Problemi legati ad allucinazioni o deliri			50%			
7. Problemi legati all'umore depresso			80%			
8. Altri problemi psichici o comportamentali			80%			
9. Problemi relazionali				60%		
10. Problemi nelle attività della vita quotidiana			60%			
11. Problemi nelle condizioni di vita			100%			
12. Problemi nella disponibilità di risorse per attività lavorative e ricreative			100%			

TERZA SOMMINISTRAZIONE

SECONDA SOMMINISTRAZIONE

ITEMS	0 Nessun Problema	1 Problemi minori	2 Gravità lieve	3 Gravità moderata	4 Gravi o molto gravi	9 Non noto
1. Comportamenti iperattivi, aggressivi, distruttivi o agitati	0%					
2. Comportamenti deliberatamente autolesivi	0%					
3. Comportamenti legati all'assunzione di alcool o droghe	0%					
4. Problemi cognitivi		25%				
5. Problemi di malattia somatica o disabilità fisica	0%					
6. Problemi legati ad allucinazioni o deliri			25%			
7. Problemi legati all'umore depresso			50%			
8. Altri problemi psichici o comportamentali			40%			
9. Problemi relazionali		10%				
10. Problemi nelle attività della vita quotidiana		10%				
11. Problemi nelle condizioni di vita	30%					
12. Problemi nella disponibilità di risorse per attività lavorative e ricreative		50%				

Assistenza sanitaria ai cittadini detenuti: effetti e problematiche del DPCM 1 aprile 2008

*di Aldo Fierro**

Dal 14 giugno u.s., a seguito del DPCM 1 aprile 2008, l'assistenza sanitaria all'interno degli istituti di pena è passata dalla gestione del Ministero della Giustizia a quella delle ASL, in applicazione del DPR 230 del 22.6.1999.

Dal 1 Ottobre le Aziende USL, nei cui territori di pertinenza sono ubicati gli Istituti penitenziari e gli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG), si stanno facendo carico di tutti i bisogni e di tutte le incombenze organizzative e amministrative del personale transitato.

La legge prevede la totale equiparazione della popolazione detenuta a quella generale nel rispetto dei LEA (livelli essenziali di assistenza), garantiti costituzionalmente a tutti i cittadini. Detta equiparazione, quindi, tende ad assicurare ai detenuti le stesse prestazioni sanitarie di tutti i cittadini, negli stessi tempi e, possibilmente, con la stessa facilità di accesso.

L'enunciato precedente fa intravedere già un problema, che risulta essere quello che maggiormente ostacola la sua realizzazione. Il cittadino detenuto, a differenza di quello libero, non ha diritto né alla libertà di movimento né a quella di scegliere il medico o la struttura di cui ha più fiducia. Si trova virtualmente nelle condizioni di un minorenne, senza capacità giuridica se non quella di rifiutare la prestazione sanitaria e con un'esigenza di sicurezza che impone di regolare le uscite dal carcere per motivi sanitari secondo protocolli che prevedono la presenza di una scorta, non sempre né immediatamente disponibile, fatta eccezione per le situazioni di emergenza-urgenza.

Inoltre, la popolazione che transita nei penitenziari è, per larga parte, a maggior rischio di salute rispetto a quella libera. Infatti, la tossicodipendenza diffusa a quasi la metà dei detenuti, lo stile di vita, il livello sociale e quello di istruzione costituiscono fattori di rischio sanitario indipendenti, che si evidenziano con la precocità della comparsa delle malattie degenerative e con la larga diffusione di patologie infettive acute e croniche (malattie cardiovascolari, epatiti virali, AIDS e tubercolosi tra le più frequenti). Questo significa che i bisogni di salute di questi cittadini, in quanto popolazione selezionata, è notevolmente maggiore rispetto alla popolazione normale. Di conseguenza bisogna

prevedere e attuare misure di assistenza estremamente più aggressive, ma significa anche dover implementare l'attività di prevenzione che, notoriamente, ha costi importanti.

Le strutture sanitarie degli Istituti Penitenziari fino al 30 Settembre u.s. sono state organizzate, con personale medico e infermieristico, secondo uno schema che prevede la figura di un dirigente sanitario con funzioni di coordinamento delle attività sanitarie interne all'Istituto, di Medici Incaricati assimilabili a quelli di Medicina Generale sul territorio, di medici di guardia che visitano i "nuovi giunti" e coprono le emergenze nell'arco delle 24 ore e di specialisti nelle varie discipline; tutti, finora, sottoposti all'autorità del direttore dell'istituto di pena. Il medico dirigente e i medici incaricati prestano la propria opera per tre ore al giorno e per sei giorni a settimana. Tranne rare eccezioni, tutte le figure professionali dedicate all'attività sanitaria hanno rapporti di lavoro non subordinato con l'Amministrazione Penitenziaria ma governato ex legge 740/1970.

Nel rispetto di questo schema comune, ogni Istituto ha avuto, fino al recente passaggio, la più ampia libertà di organizzazione interna, a discrezione dei direttori d'istituto e a seconda delle disponibilità economiche, dovendo tener conto solo di generiche linee guida ministeriali: ciò ha portato a differenze anche notevoli nei livelli di assistenza dei diversi istituti penitenziari, alcuni dei quali sono forniti di strutture sanitarie efficienti sul piano della diagnostica e della terapia, altri meno e, soprattutto, ha fatto sì che ogni istituto sia stato, dal punto di vista sanitario, un'isola di autonomia quasi assoluta.

Questa parcellizzazione ha inoltre comportato una utilizzazione delle risorse scarsamente efficace, con aggravii economici non proporzionati al livello di assistenza: per esempio, il polo penitenziario di Rebibbia, per parlare di una realtà romana, in un chilometro quadrato circa, comprende quattro Istituti di pena assolutamente autonomi, con quattro dirigenti sanitari e quattro organici sanitari diversi, ognuno completamente impermeabile rispetto agli altri e con strutture diagnostiche e terapeutiche autonome e non scambievolmente fruibili.

In queste condizioni, le ASL si trovano a dover operare un'integrazione con le strutture sanitarie proprie ed una razionalizzazione organizzativa che consenta loro di assicurare i LEA a tutti i detenuti contenendo nel contempo i costi entro limiti sostenibili, tenendo conto delle scarse risorse a disposizione. Nell'ambito di questa riorganizzazione, le realtà locali sono, a volte, molto critiche specialmente per quanto attiene alle dotazioni tecnologiche disponibili. Il parco tecnologico non sempre ha seguito il rinnovamento e l'adeguamento agli standards qualitativi del SSN. L'adeguamento o il rinnovo di tale parco è un costo aggiuntivo che ricade sulle ASL, che già sono in sofferenza, del quale non si è tenuto nessun conto né nella legge finanziaria e neppure nel DPCM. Il problema, almeno per gli Istituti Penitenziari di minore rilevanza numerica, potrebbe essere gestito nelle strutture territoriali già esistenti, se non cozzasse con le problematiche inerenti le imprescindibili esigenze di sicurezza associate allo stato di detenzione e con il protocollo di invio all'esterno di un detenuto non per motivi di giustizia, che spesso richiede tempi e modalità incerte.

Le priorità quindi, nel periodo iniziale della nuova gestione, sono quelle di mettere le ASL in condizione di ottimizzare le risorse economiche (che, peraltro, ancora non sono transitate alle Regioni e da queste ridistribuite alle ASL competenti per territorio), assicurando un'efficiente e rapida comunicazione tra le strutture territoriali e gli Istituti Penitenziari e tra gli Istituti stessi, riducendo gli sprechi e le ridondanze, uniformando la gestione dell'utente detenuto a quella in atto nelle strutture sanitarie pubbliche.

Non ci si può nascondere, inoltre, che una tale ristrutturazione deve tenere conto delle inevitabili resistenze a modificare consolidate abitudini sia del personale sanitario transitato alle dipendenze delle ASL che del personale di custodia, nonostante la grande disponibilità da noi rilevata da parte degli organismi regionali del Ministero di Giustizia (PRAP) e dei direttori degli Istituti di Pena per assicurare un passaggio di competenze il più possibile indolore. Nella nostra Azienda sono in corso di attuazione una serie di eventi formativi che coinvolgono tutto il personale sanitario e il personale di custodia dedicato all'area sanitaria, allo scopo di integrare queste figure professionali e cercare il modo migliore per poter collaborare facendo conoscere e partecipando a tutti gli operatori della salute i criteri di indirizzo e le specificità procedurali applicate nel SSN.

Questo cambiamento, che rivoluziona la gestione della salute in carcere, porterà a grandi benefici in termine di salute solo se tutti gli operatori coinvolti prenderanno in considerazione l'utente con attenzione particolare: sempre nel rispetto delle esigenze di sicurezza, egli dovrà essere visto prima di tutto come cittadino, poi come paziente e solo in ultimo come detenuto.

**Direttore UOC Medicina Penitenziaria Ospedale S. Pertini, Coordinatore Aziendale ASL Roma B per le attività sanitarie del Polo Penitenziario di Rebibbia*

L'Ospedale Psichiatrico Giudiziario (OPG) funzioni e collocazione nel sistema penale

*di Gianfranco Rivellini**

L'Ospedale Psichiatrico Giudiziario (OPG) è un istituto penale. Svolge le sue funzioni per l'esecuzione della misura di sicurezza. La misura di sicurezza non è una pena. Si applica in seguito a sentenza del tribunale, quando il giudice, accertata la responsabilità fattuale del reato, decide della irresponsabilità penale del reo, sulla base del grave disturbo mentale che ha alimentato il reato stesso.

Dunque la misura di sicurezza in OPG si applica a malati mentali autori di reato. Il ricovero in OPG, dura tutto il tempo necessario affinché la persona abbia raggiunto un miglioramento clinico ed una stabilità tale che lo restituisca quale soggetto in grado di interagire consapevolmente con il corpo sociale.

In Italia detenuti ed internati in OPG sono soggetti allo stesso corpo di leggi ordinarie e regolamentative degli istituti penali.

Lo sport, l'esercizio dello sport in ambito penale è considerato uno strumento del trattamento. Nel linguaggio tecnico proprio della cultura carceraria con il termine trattamento si intende il complesso delle iniziative volte alla riabilitazione e rieducazione della persona ristretta.

Lo sport è sicuramente un valido elemento del trattamento; rientra, infatti, nelle previsioni generali dell'articolo 15 della legge penitenziaria che indica nelle attività sportive una delle componenti fondamentali del trattamento rieducativo del condannato, finalizzato alla sua risocializzazione. Ciò in adempimento del dettato costituzionale (art. 27, 2° c.) che sancisce il principio in base al quale la pena deve tendere alla rieducazione del condannato. Negli istituti di pena, la pratica sportiva assume la connotazione di un efficace strumento di prevenzione e recupero, non solo in quanto occasione di svago, aggregazione e di alternativa all'ozio, ma anche perché realizza un sano sviluppo delle energie fisiche e del loro controllo. Inoltre, origina un eccezionale processo di formazione complessiva, fisica, psichica, culturale, che influisce sulla personalità e sul comportamento del soggetto detenuto (in particolare, mediante lo sviluppo del senso di responsabilità e del rispetto delle regole). Le attività sportive consentite ai detenuti sono molteplici, a seconda degli spazi

esistenti nei singoli istituti. L'OPG di Castiglione delle Stiviere gode del particolare privilegio di essere dotato di struttura polivalente per sport quali Volley, Tennis, Calcetto. Nel periodo estivo è in funzione una piscina, che funge in parte da luogo di svago e socializzazione ed in parte quale strumento per lo sviluppo di attività motoria in acqua. Esiste infine una palestra attrezzata per lo sviluppo di "trials psicomotori".

BISOGNI SPECIFICI PER I MALATI MENTALI AUTORI DI REATO

Se è vero che il malato mentale ristretto in OPG non gode di uno statuto regolamentativi diverso dal carcerato, che è invece soggetto penalmente responsabile, è anche vero che l'internato esprime necessariamente bisogni diversi ed aggiuntivi rispetto al detenuto. Se non altro perché oltre alla restrizione di libertà personale questo è malato con un tasso variabile di disabilità psichica e sociale. In altri termini lo sport assume un significato ad alto valore aggiunto anche ai fini della terapia del disturbo psichico e non solo quale strumento educativo. Il malato mentale, in generale ogni malato mentale a prescindere che abbia o meno commesso reati, assume psicofarmaci. Questi sono principi attivi che si caratterizzano per una ricca sequela di disturbi collaterali:

- ✓ Obesità
- ✓ Rigidità muscolare
- ✓ Ottundimento parziale del sensorio

Inoltre la malattia mentale insorge spesso precocemente, già prima dei 20 anni. Va detto che la popolazione ristretta negli OPG ha un età media di circa 35 anni. Da ciò se ne deduce che vuoi per uno stile di vita "alterato" (fumo, tossicodipendenza, iperalimentazione, sedentarietà) vuoi per l'assunzione cronica di psicofarmaci, dalla combinazione di entrambi i fattori, in psichiatria oggi si parla di una vera e propria sindrome metabolica, quale condizione coincidente con il disturbo mentale.

Pertanto ecco come lo sport, al di là e prima della sua fondamentale capacità di agire sul versante riabilitativo, trattamentale, educativo, agisce anche quale ingrediente terapeutico specifico.

**Responsabile Area del Trattamento OPG*

Lo sport in OPG

*di Marina Bocca**

Nell’Ospedale Psichiatrico Giudiziario, il lavoro quotidiano dell’Area Sport si realizza attraverso la conduzione, gestione e valutazione di attività motorie individuali e di gruppo, con finalità educative, ludico-ricreativo, sportive. Il tutto è mirato alla cura ed il mantenimento del benessere, mediante la promozione di stili di vita attivi e positivi. Il movimento e il gioco, momenti essenziali dell’attività motoria e dello sport, rispondono, a mio parere, ad un bisogno primario della personalità umana e, attraverso una corretta azione interdisciplinare, contribuiscono al suo armonico sviluppo.

Le attività motorie e sportive promuovono, inoltre, la cultura del rispetto delle regole, sono veicolo di inclusione sociale e di contrasto alle problematiche legate al disagio giovanile.

Come già detto, lo stile di vita “alterato” (fumo, tossicodipendenza, iperalimentazione, sedentarietà) vissuto dai nostri pazienti fino al loro arrivo in OPG li ha portati a sviluppare una vera e propria sindrome metabolica, che finisce per sovrapporsi ed alimentare il disturbo mentale stesso. Si tratta di individui “socialmente disarmonici”, socialmente emarginati e, alla fine, dopo il reato, socialmente temibili.

L’Area Sport dell’OPG per cercare di superare queste problematiche lavora seguendo finalità specifiche che sono:

- valorizzare il gioco come momento educativo di apprendimento, di socializzazione e di integrazione;
- promuovere l’acquisizione di corretti stili di vita;
- educare ad una competizione sana nel rispetto del compagno/avversario;
- stimolare il contatto con la natura;
- incoraggiare la partecipazione alle attività sportive da parte di quei pazienti particolarmente sedentari, un po’ restii alla pratica motoria;
- sviluppare e diffondere la cultura del “sapere motorio” utile per la costruzione di una personale condotta di vita e per il proprio ben-essere.

Per fare tutto ciò utilizziamo le strutture polivalenti interne (palestra, piscina e campo da gioco), avendo cura, specie negli ultimi anni, di favorire momenti di incontro sportivo nelle due direzioni : fuori dentro – dentro fuori. Grazie alla sensibilità dei dirigenti della SterilGarda di CastelGoffredo siamo andati nei mesi scorsi nel loro palazzetto, dove la

società ci ha messo a disposizione un allenatore per addestrare alcuni nostri pazienti sui principi basilari del ping pong e far apprendere loro alcune tecniche di allenamento.

Inoltre nella stagione 2008/2009 abbiamo avuto la possibilità di organizzare un progetto con l'allenatore della Gabeca volley, Mauro Berruto con il quale una volta alla settimana abbiamo allenato alcuni ragazzi dell'OPG sui fondamentali della pallavolo, sulle regole che vigono all'interno di una buona squadra, sul corretto comportamento da mantenere in campo e fuori campo... Questa esperienza ha permesso ai ragazzi di diventare una vera squadra vincendo anche il torneo che si è giocato a fine progetto con le scuole locali. Il contatto con questi campioni dello sport porta i pazienti a rimanere aggrappati alla realtà positiva che c'è fuori dal pianeta carcerario e che deve un po' essere d'esempio per affrontare meglio il futuro.

Il contatto con queste realtà ha fatto in modo che lo sport in OPG è diventato anche strumento di promozione sociale innalzando il livello di autostima e rafforzando il senso di autoefficacia.

Inoltre da anni, ormai, siamo in contatto con la Casa Circondariale di Mantova con la quale abbiamo organizzato più quadrangolari di pallavolo insieme a due istituti superiori della città e le iniziative sono sempre risultate molto positive per i nostri pazienti, ma anche per i ragazzi delle scuole che hanno avuto la possibilità di conoscere un'altra realtà, magari fino ad allora ignorata.

Riuscire a far entrare "l'esterno" in OPG e a far uscire l'OPG all'esterno è importante per tener "legati" i nostri pazienti alla realtà positiva che c'è fuori dal loro attuale mondo.

E' anche per questo che, in genere al termine di un progetto, proponiamo delle uscite "mirate" attraverso l'utilizzo di piani di trattamento concordati all'inizio delle attività con il magistrato di sorveglianza che spesso concede, a fini terapeutici, il permesso.

Dunque corsi ed iniziative, non ultimo con il coinvolgimento degli studenti delle scuole secondarie superiori della provincia, vengono proposti oltre che per uno scopo psico educativo anche per compensare gli inevitabili effetti collaterali degli psico-farmaci, che portano i pazienti a serie conseguenze metaboliche quali obesità associata spesso ad ipertensione arteriosa, ipercolesterolemia, diabete mellito.

Durante l'estate, oltre ad attività ricreative e di socializzazione proponiamo corsi di acquagym all'interno della piscina dell'istituto. In inverno la proposta viene spostata nell'impianto di Montichiari.

Recentemente stiamo sviluppando un progetto, chiamato "progetto benessere" con cui cerchiamo di abbinare l'attività motoria (che si esplica nello specifico con l'attività di cammino strutturato su tempi e velocità diverse) all'alimentazione attraverso nozioni sul corretto utilizzo dei cibi e sul loro beneficio.

In sintesi, questo è il lavoro, lo spirito e le direttrici che informano il gruppo di operatori che si occupano della promozione dello sport nel nostro istituto. E' un lavoro duro, ma anche carico di soddisfazioni. Non dimentichiamoci infatti che se il paziente psichiatrico autore di reato è il beneficiario ultimo degli sforzi dell'area sport, gli operatori sono anche costantemente impegnati, diciamo sul fronte interno, vale a dire il quotidiano lavoro d'equipe, di confronto tra operatori specializzati, provenienti da discipline culturali e professionali non sempre riconducibili a medesimi percorsi formativi: lo psichiatra, lo psicologo, l'educatore professionale, l'infermiere. E' dunque necessario un instancabile lavoro di confronto per coordinare ed omologare linguaggi e prassi operative, che risultino alla fine efficaci ed al tempo stesso diversificate, comunque sempre mirate a soddisfare

bisogni diversi, espressi da soggetti di età diverse, contesti culturali diversi, patologie mentali diverse, storie di vita diverse.

**Specializzata in attività motorie preventive e adattate, Coordinatrice Area Motoria OPG*

LO SPORT IN OPG: UN PROGETTO COMUNE TRA MONTELUPO FIORENTINO, REGGIO EMILIA E CASTIGLIONE DELLE STIVIERE

**UN PRIMO INCONTRO TRA OPG MONTELUPO FIORENTINO E CASTIGLIONE DELLE STIVIERE
MARZO 2007**

NELL'AMBITO DI UN CONVEGNO SU SPORT E ISTITUZIONI PENALI UN TORNEO DI PALLAVOLO TRA

- 1. LA POLISPORTIVA "I LUPI DEL MONTE" DELL'OPG DI MONTELUPO**
- 2. LA SQUADRA DI PALLAVOLO DELL'OPG DI CASTIGLIONE DELLE STIVIERE**
- 3. I RAGAZZI DI UN ISTITUTO SUPERIORE DI CASTIGLIONE**

INTERVENGONO

Roberto Savazza	Direttore Generale Azienda Ospedaliera di Mantova
Fabrizio Paganella	Sindaco di Castiglione delle Stiviere
Franco Schenimanico Gaetano Nicotro	Presidente Federazione Italiana Tennis Tavolo Amministratore Delegato Ospedale Civile San Pellegrino
Luigi Fasanello	Magistrato di Sorveglianza Mantova
Luigi Pagano	Provveditore Regione Lombardia del Dipartimento Amm. Penitenziaria
Marina Accini	Magistrato di Sorveglianza Mantova
Marcello Gabana	Presidente Gabeca Volley - Montichiari (BS)
Julio Miseco	Allenatore Gabeca Volley - Montichiari (BS)
Elia Macchi	Presidente Stesigarda Tennis Tavolo
Franco Scarpa	Direttore Ospedale Psichiatrico Giudiziario di Montelupo Fiorentino
Enrico Benetello	Direttore Casa Circondariale di Mantova
Vincenzo Russo	Presidente Polisportiva "Lupi del monte" di Montelupo Fiorentino

CONCLUDE

Antonino Calogero
Direttore Ospedale Psichiatrico Giudiziario di Castiglione delle Stiviere



*Si ringraziano
le Associazioni di Volontariato ONLUS
attive presso l'Ospedale Psichiatrico Giudiziario
di Castiglione delle Stiviere e i pazienti che hanno
realizzato l'innalzare di sfondo*



**OSPEDALE PSICHIATRICO GIUDIZIARIO
AZIENDA OSPEDALIERA C. POMA**

in collaborazione con
**CITTA' di
CASTIGLIONE delle STIVIERE**
ASSISTORATO alla FAMIGLIA e alle POLITICHE SOCIALI

OSPEDALE SAN PELLEGRINO
di Castiglione delle Stiviere S.r.l.

APPUNTAMENTO CON
I CITTADINI SUL TEMA

**"Sport ed Istituzioni Penali:
il dialogo possibile"**

**VENERDI' 23 MARZO 2007
ORE 10.00 - SALA CONSILIARE
COMUNE DI
CASTIGLIONE DELLE STIVIERE**

CONDUCE CHIARA GIALONARDO
GIORNALISTA RAI



GIUGNO 2008

**INCONTRO ALL'INTERNO DELL'OPG DI REGGIO EMILIA
TORNEO TRIANGOLARE DI PALLAVOLO**

- 1. LA SQUADRA DELL'OPG DI REGGIO EMILIA**
- 2. LA SQUADRA DELL'OPG DI CASTIGLIONE DELLE STIVIERE**
- 3. LA POLISPORTIVA "I LUPI DEL MONTE" DELL'OPG DI MONTELUPO
FIORENTINO**

SI ATTIVA DA ALLORA UNO SCAMBIO DI ESPERIENZE NELL'AMBITO DI UN CORSO DI FORMAZIONE PER VOLONTARI NELL'ATTIVITA' SPORTIVA NEL CAMPO DEL DISAGIO PSICHICO ORGANIZZATO E GESTITO DALL'SSOCIAZIONE SPORTIVA E DI VOLONTARIATO "I LUPI DEL MONTE" CHE OPERA CON L'OPG DI MONTELUPO FIORENTINO

ALLENATORI VOLONTARI

Corso di formazione al volontariato sportivo in OPG

PROGRAMMA

Incontri teorici presso il Comune di Montelupo F.no, Viale Centofiori 34

Sabato 29 marzo 9,30-12,30

Lo sport nella detenzione quali caratteristiche

Luigi Pagano- *PROVVEDITORE REGIONALE MMINISTRAZIONE*

PENITENZIARIA LOMBARDIA

Sabato 5 aprile 2008 9,30-12,30

La relazione d'aiuto nello sport con i detenuti psichiatrici

Antonio Turco- *A.I.C.S. associazione italiana cultura e sport del Carcere Rebibbia*

Sabato 12 aprile 2008 9,30-12,30

Il riscaldamento come training educativo

Marina Bocca- *operatrice OPG Castiglione delle Stiviere (MN)*

Incontri pratici presso l'Ospedale Psichiatrico Giudiziario, Viale Umberto I°, 64

Venerdì 18 aprile 2008 14,30-17,30

Il gioco del calcio: dalla teoria alla pratica Jonathan Paoli- *Operatore sociale*

Venerdì 9 maggio 2008 14,30-17,30

Il gioco del calcio: dalla teoria alla pratica Jonathan Paoli- *Operatore sociale*

Venerdì 23 maggio 2008 14,30-17,30

Il gioco del calcio: dalla teoria alla pratica Jonathan Paoli- *Operatore sociale*

Venerdì 30 maggio 2008 14,30-17,30

La pallavolo: dalla teoria alla pratica Elena Paoli- *Operatore sociale*

Venerdì 6 giugno 2008 14,30-17,30

La pallavolo: dalla teoria alla pratica Elena Paoli- *Operatore sociale*

Venerdì 13 giugno 2008 14,30-17,30

La pallavolo: dalla teoria alla pratica Elena Paoli- *Operatore sociale*

Sabato 14 giugno 2008 17,00-23,00

17,00-20,00 Conclusioni presso il Comune di Montelupo F.no

20,00-23,00 Partita finale come esercitazione di valutazione presso il campo sportivo

Jonathan Paoli- *Operatore sociale*

Elena Paoli- *Operatore sociale*

III Edizione del torneo

“Lo sport rende liberi”

A.s.Lupi del Monte

Operatori Polizia Penitenziaria

Dipendenti Comune di Montespertoli

Operatori Co&So (Consorzio Cooperative Sociali)

II CORSO PER OPERATORI VOLONTARI NELLO SPORT: LA RELAZIONE D'AIUTO NELLO SPORT PER IL DISAGIO PSICHICO

<i>TITOLO INCONTRO</i>	<i>RELATORE</i>	<i>DATA</i>
1) Il gruppo e la relazione d'aiuto nell'attività sportiva	D.ssa Federica Leoni Psicologa	21 Marzo 2009 *
2) L'idoneità all'attività sportiva	Dr. Antonio Parri Medicina dello sport	28 Marzo 2009
3) Il calcio: illustrazione metodica dell'attività sportiva	Jonathan Paoli Operatore Sportivo	4 Aprile 2009 *
4) Il podismo: illustrazione metodica dell'attività sportiva	Marco Cannizzaro Presidente Ultra Runners Capraia	18 Aprile 2009 *
5) La pallavolo: illustrazione metodica dell'attività sportiva	Elena Paoli Operatore Sportivo	09 maggio 2009
6) L'esperienza in OPG: un progetto comune ML, RE, CdS	D.Ssa Marina Bocca Operatore Attività motoria OPG Castiglione	16 Maggio 2009
7) L'applicazione pratica nel gruppo e conclusioni	D.ssa Federica Leoni Psicologa	23 Maggio 2009
8) Seminario finale (torneo esibizione)	Micro tornei di calcio, pallavolo e corsa podistica in OPG	Giugno 2009

17 GIUGNO 2009

Montelupo Fiorentino

TORNEO TRA GLI OPG DI REGGIO EMILIA, MONTELUPO FIORENTINO E
CASTIGLIONE DELLE STIVIERE A CONCLUSIONE DEL CORSO DI
FORMAZIONE PER OPERATORI VOLONTARI NEL DISAGIO PSICHICO

La riabilitazione in regime carcerario e la doppia diagnosi

*di Paolo F. Peloso**

1. IL COSTRUTTO DI DOPPIA DIAGNOSI E LE SUE IMPLICAZIONI SU DECORSO E PRESA IN CARICO

Il costrutto teorico di doppia diagnosi è sorto per rispondere all'esigenza di definire una condizione che si è andata diffondendo in rapporto a due fenomeni: da una parte le frequenti conseguenze di carattere psicopatologico dell'utilizzo a scopo voluttuario, specie nel medio-lungo periodo, di sostanze psicoattive; e dall'altra la diffusione dell'uso voluttuario di sostanze psicoattive tra i pazienti sofferenti di disturbi psichiatrici gravi, sia come sintomi del disturbo stesso (p. es. nel Disturbo borderline di personalità), che come tentativo di autoterapia (p. es. nei Disturbi dell'umore e in certe forme di Disturbi schizofrenici) che, infine, come elemento di partecipazione a un fatto generale di costume o come tentativo di raggiungere forme marginali, e quindi più accessibili, di socialità in rapporto anche con il successo di interventi a carattere terapeutico-riabilitativo (Peloso e coll., 1999). Rappresenta un fenomeno da più parti approfondito in questi anni anche nel nostro Paese (Clerici 1993; Clerici e Sacchetti, 2000; Pancheri 2002; Fioritti e Solomon, 2002; Clerici e Mostri, 2003; Chianura e coll., 2005; Di Giannantonio, 2008), e non è certo possibile in questa premessa affrontarne in modo esaustivo i molteplici aspetti.

Ci limitiamo a osservare che si tratta di un fenomeno complesso, al quale la Società Italiana di Psichiatria ha dedicato la sua prima Consensus Conference "*Percorsi di cura e riabilitazione di pazienti con patologia delle dipendenze ed altri problemi psichiatrici gravi*" promossa dalla sezione regionale del Piemonte e Val d'Aosta, conclusasi a Torino nel 2003. In tale occasione è stato possibile, dopo un lungo lavoro di revisione della letteratura e di costruzione di un consenso tra gli esperti, pervenire alla seguente definizione del fenomeno, che mi pare possa essere utilmente adottata come punto di partenza: "*In questo documento faremo riferimento al termine Doppia Diagnosi in senso più che altro operativo legato alla pratica clinica, per identificare l'area patologica che definisce la compresenza di disturbi psichici e abuso o dipendenza da sostanze. Lo utilizzeremo indifferentemente per due o più disturbi di Asse I oppure uno di Asse I con un disturbo di personalità in Asse II, riferendoci in particolare alla compresenza di un disturbo psichico di una certa gravità psicopatologica (Asse I o Asse II) con un disturbo da dipendenza o abuso medio-grave di sostanze (criterio della durata, più è continuativo più è*

grave). Il criterio comune che useremo, quindi, è la gravità intesa come compromissione del funzionamento globale”.

Già da questa definizione, tuttavia, emerge quello che è, credo nell’esperienza di noi tutti, il problema centrale del costrutto di Doppia diagnosi, e cioè la definizione della doppia soglia sopra la quale è possibile cominciare a parlare di Doppia diagnosi, e si cessa di parlare di fenomeni di abuso saltuario, e poco rilevante nel quadro complessivo, in corso di disturbi psichiatrici di altro genere; o, all’opposto, di fenomeni psicopatologici di ampia diffusione (Disturbi d’ansia, Disturbi non psicotici dell’umore, Disordini della personalità ecc.) che sono spesso associati come concause alla tossicodipendenza o rappresentano sintomi, o conseguenze di un suo protrarsi nel tempo. Proprio la diversa sensibilità che gli specialisti spesso manifestano nella definizione di queste due soglie è all’origine da una parte della estrema variabilità riscontrata nella frequenza del fenomeno nelle varie statistiche; e dall’altra dei principali conflitti di attribuzione di competenze tra mondo della psichiatria e mondo della cura delle dipendenze, che si riscontrano sostanzialmente uguali nel mondo esterno e negli istituti di pena. Occorre poi considerare anche il fatto che tanto la soglia della tossicodipendenza (compreso il delicato problema di “quando” un soggetto cessa di dover essere considerato un tossicodipendente, il che è ancora più complesso da stabilire nella situazione artificiale rappresentata dalla forzata astinenza propria della situazione detentiva) che quella degli altri disturbi psicopatologici, non possono essere definiti una volta per tutte, ma devono essere riviste nel tempo.

Oltre a problemi nella definizione delle soglie, tendono a complicare la comprensione e collaborazione tra il mondo delle dipendenze e quello del SerT anche importanti differenze di carattere culturale. Forse peccando di qualche eccesso di schematismo, è stato osservato ad esempio che il lavoro nei servizi psichiatrici consiste spesso nell’individuare e comprenderne disturbi e problemi, nel proporre e far accettare un programma complesso di intervento, nel dare un forte supporto al paziente, con l’operatore fortemente responsabilizzato sul caso e quindi in prese in carico che tendono a spostare fortemente la responsabilità sul servizio; mentre nel mondo della cura della tossicodipendenza la tendenza è invece generalmente (sia pure con grandi variazioni a seconda dei sistemi di trattamento) nel tentativo di aiutare il soggetto a “motivarsi” al cambiamento, a responsabilizzarsi sul processo di recupero, a sopportare le inevitabili sofferenze intrinseche al distacco dalla droga. Mi pare che almeno nel campo della riabilitazione, tuttavia, i due modelli d’intervento tendano ad avvicinarsi, perché il lavoro *riabilitativo* con un paziente psichiatrico rappresenta (o almeno dovrebbe rappresentare) l’area della presa in carico psichiatrica meno orientata alla tutela e alla protezione e più attenta alla responsabilizzazione.

Devo osservare che in Liguria, peraltro, abbiamo sotto il profilo della definizione delle soglie e della diversa formazione e cultura degli operatori dei due versanti una situazione particolare, data dalla tardiva gemmazione dei SerT dai Centri di Salute Mentale (a metà dagli anni ’90) e dal fatto che gli organici dei SerT, essendo gemmati dal mondo della psichiatria, sono in gran parte costituiti da psichiatri e da operatori con precedente esperienza psichiatrica; il che consente ai SerT di trovare al proprio interno, almeno finché non si pongono problemi di budget residenziale, la soluzione per quadri psicopatologici intercorrenti nel percorso di trattamento di quadri di tossicodipendenza. E il recente indirizzo regionale a una fusione tra Dipartimenti di Salute Mentale e Dipartimento delle

Dipendenze, peraltro da tempo già adottata da altre regioni, come l'Emilia Romagna, promette di agevolare ulteriormente la gestione dei casi di doppia diagnosi.

Sul piano della relazione tra i due fenomeni, poi, possiamo distinguere diverse situazioni, come ad esempio: quella in cui un Disturbo psichiatrico importante è *primario* rispetto all'uso di sostanze (che può avere significato sintomatico o autoterapico); quella in cui il Disturbo da uso di sostanze è *primario* rispetto al disturbo psichiatrico, che può quindi rappresentare un sintomo dell'intossicazione o dell'astinenza o una conseguenza legata anche alla vita spesso altamente stressante del tossicodipendente); quella in cui Disturbo da uso di sostanze e disturbo psichiatrico paiono indipendenti uno dall'altro e reciprocamente si influenzano; oltre a situazioni particolari, come quella in cui un Disturbo da uso di sostanze può (ri)emergere durante la riabilitazione di un quadro psicotico come forma di adattamento sociale o di socialità devianti o quella in cui, ad esempio con la detenzione, la brusca interruzione dell'uso abituale di sostanze può slatentizzare un disturbo psicopatologico prima latente. Occorre tuttavia ricordare che, talvolta, come Meyer (1986) osserva, la domanda se sia nata prima la tossicodipendenza o un altro disturbo mentale concomitante è destinata a portare a un'impasse, come nell'esempio "dell'uovo e della gallina".

In ogni caso, l'associazione tra disturbo da uso di sostanze e altri disturbi psicopatologici e agisce inoltre come potente disorganizzatore nosografico, alterando il decorso dei disturbi mentali classicamente descritto in termini di acuzie, cronicità, ciclicità, remissione (Malagamba, 2009).

E ha spesso, rispetto al decorso dei quadri psicopatologici senza uso di sostanze, numerose implicazioni negative, quali maggiore frequenza di ricadute e riospedalizzazioni; più alti tassi di depressione (come sintomo) e di suicidio; maggiore produzione di comportamenti violenti e trasgressivi; forte contributo all'aumento di soggetti senza dimora (Drake e coll., 1991); esasperazione dei problemi di compliance per gli psicofarmaci prescritti; aumentato carico pratico ed emozionale per le famiglie; aumento dell'utilizzo dei servizi e dei costi sociali; e, rispetto ai tossicodipendenti senza altri disturbi psicopatologici significativi, aumentata vulnerabilità per l'HIV e altre infezioni sierotrasmesse (Mueser e coll., 1997). La doppia diagnosi, pertanto, altera e complica il decorso tanto della tossicodipendenza che degli altri disturbi psicopatologici, ed è un tema particolarmente rilevante per la psichiatria in ambiente penitenziario perché porta con maggiore frequenza il soggetto a impattare nel circuito giudiziario-penitenziario, rendendone inoltre più complessa la gestione in quel contesto.

Molto si è scritto a proposito del trattamento della doppia diagnosi e dell'organizzazione dei servizi ad esso preposti (p. es. Milesi e Clerici, 2000; Maremmani e coll., 2002), e anche in questo caso non è possibile che accennare alla complessità del problema. Un appunto vorrei dedicare, tuttavia, ai modelli di trattamento della doppia diagnosi, ricordando in proposito la possibilità di un modello *caotico*, in cui tutto è lasciato al caso e alla scelta, o alla fortuna, del paziente; uno *Sequenziale o seriale*, che prevede il trattamento in fasi successive dei due disturbi, il che è possibile quando la priorità di un disturbo sull'altro è facilmente identificabile ma è stato in passato, almeno nella nostra esperienza, spesso oggetto di rigidità di carattere ideologico (per cui solo una volta mondato della plebea e criminogena tossicodipendenza il soggetto poteva accedere al piano nobile del trattamento psichiatrico); uno *Parallelo* che prevede la contemporaneità degli interventi, in genere con definizione di uno dei due servizi come referente principale, ed è

indicato nelle forme stabilizzate di doppia diagnosi, dove entrambi i disturbi sono sufficientemente compensati e quando è possibile modulare l'intensità dei due impegni terapeutici, individuandone uno primario ed uno secondario; uno *Integrato* che prevede che i servizi psichiatrici e quelli per le tossicodipendenze costituiscono un unico sistema terapeutico flessibile in relazione ai problemi presentati dal paziente, con varie possibilità di soluzioni operative (Guelfi, 2009). Dobbiamo tuttavia osservare, con Ley e coll. (2002) che non esistono al momento evidenze del migliore funzionamento di uno di questi modelli rispetto agli altri; mentre secondo Johnson (1997) nei paesi con un forte servizio sanitario pubblico il lavoro volto ad integrare i servizi esistenti potrebbe essere più utile della creazione di nuovi servizi specifici per questo problema. Va da sé, in ogni caso, che se i sistemi di cura per la salute mentale e la tossicodipendenza sono separati tra loro, il paziente deve assumersi la responsabilità di mantenere i contatti tra loro, con il risultato che ci sono molti punti in cui può essere perso da uno o da entrambi i sistemi (Drake e Osher, 1997).

Quanto al trattamento residenziale e semiresidenziale della doppia diagnosi, possiamo descrivere in genere, a seconda della priorità di uno dell'altro disturbo (ma anche della disponibilità di posti letto), la garanzia di trattamenti psichiatrici in strutture per tossicodipendenti; la garanzia di interventi specialistici sulla dipendenza in strutture psichiatriche; e per i casi nei quali tanto il disturbo da dipendenza che gli altri disturbi psichiatrici sono particolarmente gravi, l'esigenza di strutture specifiche per la doppia diagnosi.

In un interessante contributo, Blankertz e coll. (1998) si sono soffermati sul ruolo del lavoro nella riabilitazione nei quadri a doppia diagnosi individuando tra i vantaggi il fatto che il lavoro offre un modo alternativo di impiego del tempo; offre opportunità di contatto con soggetti non tossicodipendenti; migliora il funzionamento in molte aree, come livelli d'attività, autostima e socializzazione; costituisce qualcosa che può essere perso in caso di ricaduta nella psicosi o nell'assunzione di sostanze, e quindi può motivare alla cura; può ridurre i sintomi psicotici e competere nell'utilizzo del tempo con l'uso di sostanze. E gli svantaggi nel fatto che il lavoro può esporre al contatto con altri tossicodipendenti; può fornire il denaro per procurarsi sostanze; può esporre a frustrazione in caso di fallimento. E concludono che: *«Il lavoro può essere utilizzato come un intervento efficace nella riabilitazione degli individui con la doppia diagnosi. Il lavoro svolge varie funzioni nella vita degli individui. Struttura il tempo, offre degli obiettivi, e dà un senso di autostima e status sociale. Fornisce anche denaro per perseguire obiettivi diversi dalle sostanze e migliora la qualità della vita complessiva (...). Il processo di lavorare o cercare lavoro è un compito impegnativo, e può essere utilizzato per persuadere un individuo a iniziare il trattamento, può essere utilizzato nel contratto terapeutico, ed è un mezzo per strutturare uno stile di vita non tossicomane. Ma gli operatori devono considerarlo una possibilità in rapporto all'autocontrollo della persona, il livello di gravità dei problemi e le caratteristiche dell'ambiente lavorativo».*

In ogni caso, comunque, la doppia diagnosi non rappresenta un disturbo intermedio tra la tossicodipendenza e i disturbi psichiatrici gravi, non è cioè una diagnosi di mezzo; è un quadro, invece, in cui i due disturbi presenti si complicano e si potenziano in modo reciproco. Doppia diagnosi equivale, cioè, se ciascuna delle due diagnosi è ragionevolmente sopra soglia, a somma di due diagnosi, o meglio forse loro moltiplicazione attraverso un meccanismo di potenziamento reciproco, e non diagnosi

intermedia: e questo dovrebbe essere tenuto presente anche ai fini della definizione delle risorse attribuite per il trattamento di questi quadri.

2. 1999-2008: IL SISTEMA SANITARIO NAZIONALE ENTRA NEL MONDO PENITENZIARIO

Gli ultimi dieci anni hanno visto il Sistema Sanitario Nazionale entrare, attraverso due passi tra loro separati da quasi un decennio, negli istituti di pena, realizzando così un passo avanti che credo innegabile nella realizzazione di quel mandato di equità e universalismo che rappresenta la filosofia portante della legge 833/78 e compiendo così quel salutare passo avanti in termini di civiltà nel compiere il quale altri paesi di antica civiltà giuridica, a partire dalla Francia, lo avevano preceduto. Questa scelta è carica di straordinarie potenzialità sotto il profilo della tutela della salute del detenuto se sarà accompagnata dai necessari investimenti di carattere finanziario e culturale, se è vero, come scrive Jean Louis Senon (1998) sulla base dell'esperienza francese che: *«In realtà, la prigione ha bisogno di un contributo del dipartimento e della sua rete e non di un'équipe superspecializzata isolata e distante dalle evoluzioni etiche e strutturali delle pratiche sanitarie. La prigione ha bisogno di un'équipe di psichiatria dipartimentale, e non di personale sanitario divenuto "penitenziario" nel corso degli anni».*

Due passi verso il carcere, dicevamo, da parte del SSN, e tra di essi un lungo decennio di rimozione. Il primo è stato rappresentato dal Decreto Legislativo 230/99), emanato dal primo governo Prodi, con il quale si è stabilito di *garantire alla popolazione detenuta la stessa tutela della salute garantita al cittadino libero*. In concreto ciò ha determinato il passaggio al SSN della prevenzione e del trattamento dei tossicodipendenti, con l'ingresso, o il rafforzamento nelle situazioni in cui già era presente in forma embrionale, del Dipartimento delle Dipendenze. Il resto avrebbe dovuto seguire, ma invece si è bloccato per quasi dieci anni nei quali i problemi sono rimasti uguali o si sono complicati (Ferrannini e Peloso, 2007; Oggioni e coll., 2008); il secondo passaggio è stato rappresentato, con il secondo governo Prodi, dalla legge finanziaria 2008 che agli art. 283 e 284 prevedeva di: *"dare completa attuazione al riordino della medicina penitenziaria di cui al decreto legislativo 22 giugno 1999, n. 230, e successive modificazioni, comprensivo dell'assistenza sanitaria negli istituti penali minorili, nei centri di prima accoglienza, nelle comunità e negli ospedali psichiatrici giudiziari, con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri da adottare entro tre mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge"*. Faceva seguito puntualmente il DPCM 1 aprile 2008, accompagnato dalle *Linee di indirizzo sulla salute in carcere*, con le quali il resto del SSN, Dipartimento di Salute Mentale compreso, entrava a sua volta negli istituti di pena.

A questo delicato passaggio non scevro di problemi e interrogativi sul futuro (Peloso e Tatarek, in stampa), la Società Italiana di Psichiatria dedicava la sua terza Consensus Conference, tenutasi a Perugia il 12 e 13 marzo 2008, dalla quale emergeva un quadro nazionale piuttosto variegato. A Torino, in questi dieci anni è maturata un'esperienza di estremo interesse, comprensiva di un'area carceraria direttamente gestita con stile comunitario dal Dipartimento di Salute Mentale. In altri casi, come quello genovese di Marassi, il Dipartimento di Salute Mentale ha maturato un'esperienza ormai decennale di consulenza, certo insufficiente a rispondere ai bisogni presenti, ma già utile a maturare esperienza, formulare ragionamenti, disegnare progetti (...). In altri ancora, nessun passo

era stato ancora compiuto da parte del Dipartimento di Salute Mentale verso l'applicazione del 230/99.

Nella maggioranza dei casi, comunque, Dipartimento delle Dipendenze e Dipartimento di Salute Mentale si presentano in condizioni molto diverse all'appuntamento con il mondo penitenziario. Se consideriamo la situazione all'interno degli istituti, nel nostro caso, ad esempio, ma crediamo che la situazione possa essere simile almeno nei grandi istituti, il primo è presente sette giorni la settimana con un'équipe multiprofessionale, eroga i propri trattamenti, gestisce un'area penitenziaria a custodia attenuata come area di osservazione per il passaggio alla comunità terapeutica, eroga trattamenti a carattere riabilitativo/ricreativo in sezioni dove prevalente è la presenza di tossicodipendenti, come le aree destinate al trattamento dei malati di AIDS. Il secondo invece è presente a orario, solo nei giorni feriali, e le prestazioni sono limitate alla consulenza diagnostica e per le prescrizioni farmacologiche, anche nelle sezioni dove maggiore è la concentrazione di pazienti con malattia mentale grave e/o a rischio suicidario (Peloso, 2007). Dipartimento di Salute Mentale e Dipartimento delle Dipendenze all'interno del carcere rappresentano quindi un tavolo zoppo: perché il SerT è presente nel carcere con risorse, organizzazione, esperienza, e il tema della detenzione rappresenta una realtà che tutti gli operatori, anche non direttamente coinvolti, sono abituati a tenere presente; mentre il DSM si è, nella maggioranza dei casi, finora soltanto avvicinato al circuito della pena senza prendere concretamente in carico i bisogni di salute in esso sequestrati, e la storia dei DSM in questi trent'anni è stata una storia di rimozione dei problemi psichiatrici dei detenuti e dei pazienti internati in OPG, *révenants* dei quali oggi si fatica ad accettare il ritorno (Ferrannini e coll., 2003). Al di fuori degli istituti, poi, il Dipartimento delle Dipendenze ha maturato in questi anni una marcata dimestichezza nell'interazione con il sistema giudiziario/penitenziario e con la gestione dei problemi amministrativi e penali dei propri assistiti, che rappresenta uno degli aspetti centrali della propria organizzazione. Mentre invece il Dipartimento di Salute Mentale intercetta solo saltuariamente, e in genere sempre con un certo imbarazzo e fastidio, i problemi posti dal mondo giudiziario e penale, e il paziente detenuto è poco gradito nei reparti e nei servizi extraospedalieri, con l'eccezione di alcune realtà residenziali che tendono a concentrare quei pazienti e specializzarsi in quel settore, e anche l'attività in carcere, per le responsabilità che comporta, i problemi di interazione e lo scarso prestigio di cui gode, è poco gradita ai professionisti, pur a fronte di un'enfasi sulla problematica medico-legale, a significato per lo più difensivo. I Servizi di Salute Mentale sono andati incontro in questi anni a un mutamento di identità, dopo l'uscita dei tossicodipendenti ineleganti sotto il profilo psicodinamico e psicopatologico, spesso noiosi o addirittura pericolosi, a volte anche pericolosamente infettivi, al punto che viene da chiedersi se oggi il Centro di Salute Mentale possa essere considerato ancora un servizio a bassa soglia. E una generale difficoltà a erogare interventi ad alta integrazione sociosanitaria, o ad assumere nuovi impegni in una situazione di obiettiva contrazione delle risorse e la preoccupazione di vedere aggravarsi la già scarsa fluidità del circuito residenzialità /territorio, contribuiscono a loro volta a fare avvertire il contatto col mondo carcerario come un pericolo, e fare nel vissuto di molti dei protagonisti l'attività in carcere come lo strano ghiribizzo o la mania di qualcuno.

Queste radicali differenze certo non favoriscono l'integrazione tra i due servizi, e la presenza di competenze psichiatriche nel personale del Dipartimento delle Dipendenze può per alcuni aspetti essere fonte di confusione e sovrapposizioni. Pure, l'integrazione tra i due

dipartimenti è resa necessaria da molteplici ragioni; e ciò è particolarmente vero per la realtà carceraria, che si presenta quindi come un possibile laboratorio in questa direzione (Ferannini e coll., 2004). La mente, infatti, è una, e in essa si confondono il generico disagio sociale, il carattere afflittivo specifico della pena, quello aggiuntivo legato alle modalità concrete della sua esecuzione, la patologia da dipendenza, le altre malattie mentali, ma poi esistono anche sovrapposizioni e problemi di diagnosi differenziale tra sintomi astinenziali e disturbi ansiosi, sono particolarmente frequenti i casi di doppia diagnosi, in rapporto anche con sintomi psicotici, depressivi e disturbi del controllo degli impulsi come conseguenza dell'abuso cronico, o del venir meno della funzione autoterapica delle sostanze d'abuso. L'assunzione di psicofarmaci, sostanze d'abuso, sostitutivi può dar luogo a interazioni importanti che vanno da alterazioni delle concentrazioni plasmatiche e alterazioni complessive del metabolismo anche per fenomeni di competizione nell'uso di particolari sistemi enzimatici, o rischi cardiologici o ai danni di altri apparati (Malagamba, 2009). E occorre ricordare infine il possibile (ma certo da non generalizzare) rischio di un uso tossicofilo degli psicofarmaci e degli anticolinergici nei tossicodipendenti, una esigenza di coerenza psicofarmacoterapica, e il problema dei possibili effetti indesiderati psicopatologici di farmaci il cui uso può essere più frequente nei tossico e alcool dipendenti, come l'interferone.

3. LA RIABILITAZIONE DEI PAZIENTI A DOPPIA DIAGNOSI DENTRO E DOPO IL CARCERE.

La riabilitazione psichiatrica e quella relativa alla salute mentale in carcere devono prevedere un'offerta riabilitativa variegata, in grado di rispondere a bisogni e perseguire obiettivi diversi, che vanno dalla necessità di un miglioramento, nell'hic et nunc, della qualità della vita, comune a tossicodipendenti, pazienti con altri disturbi mentali, pazienti a doppia diagnosi, alla costruzione dei presupposti necessari per percorsi di riabilitazione di più lungo periodo, che nascono dentro il carcere per proiettarsi, poi, all'esterno. Occorre, allora, definire:

1. *Livello ricreativo, dell'intrattenimento* (interventi fondati su risorse prevalentemente proprie, mirati alla socialità, al "fare gruppo" e al miglioramento della qualità della vita, a carattere ludico-ricreativo: animazione, cineforum, laboratori di giornalismo, di musica, di poesia).
2. *Livello riabilitativo a mediazione concreta* (inserimento individuale o in piccoli gruppi in attività proprie dell'offerta interna dell'istituzione, quali scuola, cultura, sport, formazione lavorativa, lavoro interno).
3. *Livello riabilitativo a mediazione simbolica* (gruppi di discussione a carattere più o meno auto o eterodiretto, dal gruppo di autoaiuto al gruppo psicoterapeutico, per detenuti omogenei per determinate caratteristiche).
4. *Livello riabilitativo fondato su interventi specifici per la cura della tossicodipendenza* (es. interventi a carattere motivazionale, mirati all'abilità alla relazione, interventi psicoeducativi).
5. *Livello riabilitativo fondato su interventi specifici per la promozione della salute mentale* (es. interventi di riabilitazione cognitiva per soggetti psicotici mirati al sostegno di specifiche funzioni, dell'abilità alla relazione, interventi psicoeducativi).
6. *Livello riabilitativo comunitario per la salute mentale a carattere diurno o sulle 24 ore* (si basa sulla possibilità di disporre di un'area interna all'istituto dove poter

realizzare un'esperienza di carattere comunitario, che veda coinvolto un gruppo di pazienti, di operatori sanitari e, in qualche misura, un gruppo costante di operatori e agenti penitenziari).

7. *Oltre il muro: livello riabilitativo interno/esterno* (si basa sulla possibilità di costruire, in un regime di continuità, all'interno dell'istituto le radici di interventi riabilitativi destinati a una proiezione esterna in occasione della liberazione, della semilibertà, dell'affidamento ai servizi: la presa in carico da parte del CSM e/o del SerT; la partecipazione a realtà dell'autoaiuto, del volontariato, dell'associazionismo; l'ingresso nel centro diurno o nella struttura comunitaria residenziale; la prosecuzione della scuola, di attività culturali o sportive, o dell'attività di lavoro).

Via via che si procede in questi livelli, gli interventi riabilitativi per i tossicodipendenti e i pazienti affetti da altri disturbi psicopatologici tendono a differenziarsi; i detenuti a doppia diagnosi possono beneficiare degli uni e degli altri e, nelle realtà in cui siano più numerosi, anche di interventi integrati pensati in modo specifico per loro. Due diagnosi, quindi, ma una sola persona: per questo la riabilitazione con il paziente a doppia diagnosi ci pare un percorso da costruire a quattro mani, contemporaneamente e insieme tra due servizi che possono trovarvi anche un'occasione per superare reciproche diffidenze e sperimentare opportunità di dialogo, di collaborazione e integrazione; speriamo che l'esposizione di questo caso clinico che sta procedendo, partendo da enormi difficoltà, bene, possa incoraggiarle.

Mario, 35 anni, schizofrenico e tossicodipendente da eroina, vive da molti anni il carcere in una condizione sostanzialmente autistica nella quale viene lasciato solo in cella a vivere nel disordine e nella più completa bizzarria il proprio mondo delirante e allucinato. L'ultima esperienza detentiva rappresenta l'occasione dell'incontro con il DSM e con il SerT. All'uscita:

- * questa volta Mario sa a chi rivolgersi, i servizi lavorano a impostare una terapia a base di metadone e neurolettici depot, e a sostenere la madre nel prendersi cura di lui;
- * con i servizi, Mario matura la decisione di entrare in una comunità per la doppia diagnosi, dove resterà sette anni;
- * durante la permanenza in comunità, Mario continua a frequentare i servizi e comincia a usufruire di borse lavoro, di volta in volta destinate a ex detenuti, a tossicodipendenti e a pazienti psichiatrici, trasformando il proprio triplice problema in una triplice possibilità di attingere a risorse;
- * grazie a questa vita più ordinata, Mario ottiene la pensione di invalidità e partecipa al bando per l'assegnazione di una casa popolare, dove potrà trasferirsi al termine dell'esperienza comunitaria;
- * Mario ha fallito il passaggio dalla comunità alla casa popolare, per la sua difficoltà a vivere solo, ma grazie a una permuta ha potuto ottenere una casa più grande, dove è tornato, dopo vent'anni, ad abitare con la madre;
- * Mario ha fallito l'obiettivo di un pieno inserimento nel lavoro, ma può continuare, se gliene sarà data la possibilità, a svolgere un lavoro protetto e non competitivo, che è quello che la sua salute gli permette di svolgere e gli garantisce soddisfazione, impiego del tempo, reddito, autostima, ruolo sociale;
- * Mario non è, a rigore, neppure uscito del tutto dalla comunità, dove continua a frequentare due volte la settimana il gruppo di discussione;

Se pensiamo alla storia di Mario, che ha incontrato in carcere l'occasione di cambiare un

destino che sembrava segnato, ci rendiamo conto che non può essere considerata un successo, rispetto al raggiungimento del livello di autonomia che rappresenta l'obiettivo astratto e generale di un percorso di riabilitazione; ma se guardiamo il punto da dove è partito e la strada che ha faticosamente percorso, ci pare di poter essere soddisfatti, e che anche lui possa sentirsi soddisfatto di se stesso. Se pensiamo alla storia di Mario, ci rendiamo conto che rispetto a oltre 50.000 persone che erano detenute in quel momento con lui, la sua storia rappresenta una goccia nel mare; ma ci rendiamo anche conto del fatto che, se operatori appartenenti a istituzioni diverse si piegano insieme, ciascuno per la dimensione che deve e può affrontare, a raccoglierne la sofferenza e il destino, molte persone come lui possono essere sottratte a una spirale fatta di malattia mentale, di eroina, di miseria e solitudine, di sbarre e porte blindate, e per questo vale la pena di impegnarci.

**Consigliere nazionale Società Italiana di Psichiatria, Direttore U.O. Salute Mentale Distretto 9 – DSM dell'ASL 3 Genovese*

Bibliografia

- Blankertz L., McKay C. Robinson S. *Work as a rehabilitative tool for individuals with dual diagnosis*, Journal of Vocational rehabilitation, 11, 113-123, 1998.
- Chianura P., Balzotti A, Chianura L. *Comorbilità psichiatrica ed abuso di sostanze. Inquadramento clinico di pazienti in doppia diagnosi*, Milano, Franco Angeli, (2005).
- Clerici M. *Tossicodipendenza e Psicopatologia*, Milano, Franco Angeli, 1993.
- Clerici M., Sacchetti M. (a cura di) *Doppia diagnosi. Disturbi correlati a sostanze e comorbilità psichiatrica*, Noos. Aggiornamenti in psichiatria, 6, 2, 2000.
- Clerici M., Mostri A. *Lungo il confine. Tossicodipendenza e comorbilità*, Milano, Franco Angeli, 2003.
- Di Giannantonio M. (a cura di): *La doppia faccia della doppia diagnosi*, Milano, Franco Angeli, 2008.
- Drake R.E., Osher F.C., Wallach M.A. *Homelessness and Dual Diagnosis*, American Psychologist, November 1991, 46, 1149-1158, 1991.
- Drake R.E., Osher F.C. *Treating Substance abuse in patients with severe mental illness*, in: Henggeler SW and Santos AB (a cura di): *Innovative approaches for difficult to treat populations*, . Washington. American Psychiatric Press, 191-209, 1997.
- Drake R.E., Mueser K.T. *Psychosocial approaches to dual diagnosis*, Schizophrenia Bulletin, 26, 105-118, 2000.
- Ferrannini L., Peloso P.F. Cechini M. *Les revenants: esperienze, progetti e criticità dell'intervento psichiatrico nelle istituzioni di pena e di custodia*, in: AA. VV.: *Carcere e territorio*, Milano, Giuffré, 247-266, 2003.
- Ferrannini L., Peloso P.F. Cechini M., Strata P. *Salute mentale, abuso di sostanze e detenzione: profili e problematiche del trattamento*, in: AA. VV.: *Abuso di sostanze e condotte criminali*, Milano, Giuffré, 453-465, 2004.
- Ferrannini L., Peloso P.F. *Questioni attuali nel rapporto tra Dipartimento di Salute Mentale e circuito penitenziario: complessità dei problemi e ipotesi di intervento*, Rassegna italiana di criminologia, 1, 1, 160-179 e 35-36, 2007.
- Fioritti A., Solomon J. *Doppia diagnosi. Epidemiologia, clinica e trattamento*, Milano, Franco Angeli, 2002.
- Guelfi G.P. *Disturbi da uso di sostanze e disturbi psicopatologici*, relazione al convegno

della Sezione regionale ligure SIP "Psicopatologia e abuso di sostanze", Genova, 28 aprile 2009.

Johnson S. *Dual diagnosis of severe mental illness and substance misuse: a case for specialist services?*, British Journal of Psychiatry, 171, 205-208, 1997.

Ley A., Jeffery D.P., McLaren S., Siegfried N. *Treatment programmes for people with both severe mental illness and substance abuse*, The Cochrane library, 2002.

Malagamba D. *Terapie psicofarmacologiche e doppie diagnosi*, relazione al convegno della Sezione regionale ligure SIP "Psicopatologia e abuso di sostanze", Genova, 28 aprile 2009.

Maremmani I., Lubrano S., Pacini M. *Principi generali di terapia*, in: Pancheri P., 581-619, 2002.

Meyer R.E. *Psychopathology and Addictive Disorders*, New York, Guilford Press, 1986.

Milesi A., Clerici M. *Il paziente in "Doppi diagnosi". Linee guida per l'intervento e la gestione assistenziale*, in Clerici e Sacchetti, pp. 179-185, (2000).

Mueser K.T., Noordsy D.L., Drake R.E., Fox L. *Integrated treatment for dual disorders. A guide to effective practice*, New York, Guilford Press, 1997.

Oggioni D., Peloso P.F., Ferrannini L. *Sistema sanitario e circuito penitenziario*, Psichiatri oggi, 10, 4, 1-6, 2008.

Pancheri P. (a cura di): *Il punto su: la Doppia Diagnosi. Disturbi Psichiatrici e dipendenza da sostanze*, Firenze, Scientific Press, 2002.

Peloso P.F., Giribone A., Sira V. *Uso di sostanze in giovani psicotici. Relazioni con aspetti biografico-sociali e col decorso clinico*, Il Vaso di Pandora. Dialoghi in psichiatria e scienze umane, 7, 3, 31-49, 1999.

Peloso P.F. *Dal Centro diurno: idee per l'intervento del DSM in carcere*, relazione al VII Congresso SIRPS "La sfida della riabilitazione psicosociale in una società che cambia ed evolve", Fiuggi, 4-9 novembre 2002.

Peloso P.F. *Curare nella pena. Appunti di psicopatologia e clinica*, Il vaso di Pandora. Dialoghi in psichiatria e scienze umane, 15, 3, 53-93, 2007.

Peloso P.F., Tatarek R. (in stampa): *Psichiatria e medicina in mezzo al guado. Il passaggio della sanità penitenziaria al Sistema Sanitario Regionale*, Atti del III Congresso regionale ligure SIPC, Imperia, 7-8 novembre 2008.

Senon J.L. (1998): *Salute mentale in carcere. Psichiatria di collegamento in ambiente penitenziario* (ed. it. a cura di L. Ferrannini e P.F. Peloso), Torino, Centro Scientifico Editore, 2006.

Modelli di Residenzialità

*di Massimo Rabboni**

La residenzialità terapeutica non nasce in tempi moderni, e nemmeno deve attendere tempi moderni per essere teorizzata. Non nasce, d'altronde - né del resto è pensabile a tutt'oggi - come spazio e strumento unico per la cura e la vita del malato, ma sempre come spazio alternativo, parallelo e oscillante; area di sosta da visitare come in un percorso di riorientamento che porterà, alla fine, agli spazi ordinari dell'abitare. Nasce anche intorno ad un'idea antica: *abitare, habitus, abito*, pensiero intorno alla persistenza, od al ritrovamento, di *modi stabili nel tempo* dell'essere e del vivere.

Così, quindi, l'idea di un "abitare per la cura" si troverà costantemente a contemperare altre due polarità forti: quella della necessità che i malati avessero un luogo per vivere, nelle modalità ordinate ed ordinarie della vita quotidiana, in forme che, senza essere nocive per loro, ne garantissero tuttavia una adeguata lontananza/separazione/segregazione dagli spazi della πόλις, della collettività sociale dei normali[1]; quella invece che l'abitare in un luogo specifico, connotato da caratteristiche pensate come specifiche, più o meno istituzionale, più o meno domestico, costrittivo o creativo, urbano o rurale, ecc., fosse comunque parte necessaria della cura della malattia mentale, che sarebbe stata riavvicinata alla normalità dei più dall'esperienza di un abitare così preordinato, ordinato e pensato.

Questa oscillazione tra polarità contrapposte, ma anche costantemente copresenti è del resto centrale, oggi, nel dibattito relativo alla definizione stessa di "comunità terapeutica", ma soprattutto in quello relativo all'effettivo ed univoco sovrapporsi dell'idea di comunità a quella, sentita da molti come assai più ampia, di un "abitare terapeutico"[2], ossia di un possibile uso terapeutico e riabilitativo della residenzialità non necessariamente correlato ai canoni classici di Jones e Rapoport, ma, per esempio, orientato in un'ottica educativa, secondo il modello interazionista/costruttivista, di matrice vigotzkiana [3] o secondo il modello della rinegoziazione della latenza.

In sintesi, i modelli di residenzialità riabilitativa storicamente e concettualmente definibili appaiono essere quattro:

- quello di tipo custodialistico, segnato da un'idea di permanenza molto prolungata o indefinita, caratterizzato dalla mancanza di evolutività, nonché da una grande distanza e differenza dai luoghi del vivere sociale ordinario; si tratta di un modello che oggi trova una sua nuova proposizione, ma che è certamente da respingere;
- quello di tipo “politico”, di matrice rapoportiana, affermatosi nel nostro paese sulla necessità di determinare la dissoluzione del sistema manicomiale, fondato sull'idea della comunità come luogo di elaborazione sociale, che appare oggi molto datato e di difficile riproposizione;
- quello del luogo contenitore, in cui lo sfondo dell'abitare riveste una importanza marginale, rispetto a tutte le attività riabilitative strutturate, in massima parte gruppali, che nel suo interno si svolgono; si tratta tipicamente di strutture fondate su un modello di tipo cognitivo-comportamentale;
- quello, infine, dell'“abitare per la cura”, in cui il fatto stesso di abitare un luogo, all'interno di una cornice accuratamente presidiata, esplica una funzione riabilitativa, fondata sul concetto di quotidianità strutturante.

Esistono, ovviamente, altri modelli concettuali di organizzazione di una struttura comunitaria – solo per esempio, tutti quelli riconducibili alla psicodinamica psicoanalitica; si tratta però di modelli che non verranno qui trattati, in quanto orientati molto più verso la cura – gestione del verbale e del simbolico – che non verso la riabilitazione – gestione del reale, e quindi del fare. Rispetto però al rapporto tra riabilitazione e cura, vorrei ricordare quanto dice Winnicott, “... per lo psicotico, lo scioglimento di una situazione di scacco può essere raggiunto, più che con la cura psicoanalitica, con i fatti curativi della vita ordinaria: le amicizie, le cure nei periodi di malattia, la poesia, ecc...”; ed anche ricordare, accanto agli scritti sulla schizofrenia di Searles, a tutti noti un suo meno noto lavoro sulla prossemica, cioè sul valore emotivo e terapeutico degli spazi.

Sul primo modello, riproposto da un recente progetto di legge di riforma della 180 con il nome di “residenze psichiatriche umanizzate”, eufemismo per manicomio, non vale la pena di spendere molto tempo.

Il secondo si rifà fondamentalmente ai due paradigmatici saggi del 1952 e del 1960 di Maxwell Jones [4], che teorizzano la funzione delle residenze psichiatriche, fondate sul concetto di apprendimento sociale (“*learning living situation* e *sensitive training*”) come fonte dei processi di cambiamento generati dalla comunità e, in essa, da ciascuno dei suoi membri (“*self-making*”).

Nella concezione di Jones, e poi di Rapoport [5], cui ancora si informano in parte alcune comunità terapeutiche, questa pratica si appoggia sulla collegialità delle decisioni, sulla riunione di reparto/gruppo, sull'utilizzo di gruppi di lavoro strutturati, sulla condivisione delle esperienze, sulla assunzione di responsabilità reciproche...: come si nota, tutte strutture del con-venire e del con-stare; figure di corrispondenza, connettivo, idea di *connettersi* a qualcuno; senza dimenticare che comunità e comunicazione hanno a che vedere sia con l'avere in comune, sia (*co-munus*) con il portare un peso insieme: quello dell'intendersi, quello dell'accordarsi, quello del condividere spazi, tempi e pratiche quotidiane, e quello della cura.

Il vincolo di tale concezione è quello di considerare la residenzialità riabilitativa comunitaria essenzialmente come partecipazione ad un gruppo terapeutico permanente; valorizzando quindi in massimo grado le relazioni dei pazienti tra loro e con i membri dello staff (ed anche di questi ultimi tra loro), ma sottovalutando tutta quella dimensione

riabilitante propria della potenzialità implicita in una pedagogia della quotidianità, del vivere e dell'abitare all'interno di una cornice non più diretta, ma presidiata ed intenzionata a fondare una rinnovata esperienza del reale.

Loro limite la natura appunto permanente del gruppo che, nell'atto stesso di volersi differenziare dall'istituzione totale, di cui ha comunque costituito il superamento, rischia di evocare possibili percorsi di permanenza indefinita.

Il modello su cui desideriamo invece soffermarci è quello dell'"abitare per la cura": lontano da ogni idea di permanenza e di assistenza, e fortemente orientato, invece, all'idea di cambiamento terapeutico, sul limite tra riabilitazione e cura.

Primo tema caratterizzante questo ambito di residenzialità riabilitativa è quindi – dicevamo – quello dell'esplicitazione del valore prossemico, e cioè dei significati comunicativi, simbolici e antropologici, degli spazi, come luoghi del farsi del lavoro: luoghi di transito, incontro e impegno, resi significanti da una "prossemica delle emozioni" o da un'architettura delle diverse "distanze" possibili tra utenti e operatori, e quindi degli stili delle relazioni di cura.

E perchè il luogo implichi un abitare, e non una stabilità stanziale, neghittosa e parassitaria (è la possibilità di andare, che stabilisce un luogo!), è necessario che esso sia attraversato dalla dimensione del transito: il transito è ciò che pone i luoghi in rapporto tra loro, ma anche li fa esistere, come luoghi da attraversare per andare da qualche parte, ed insieme come luoghi di sosta, di riposo ma non di impaludamento, né certo di permanenza indeterminata. Neanche, però, di un ritorno impossibile o penalizzante; attributo del modello di residenzialità che andiamo delineando è infatti la *reversibilità*, la possibilità costante di percorsi di andata e ritorno liberamente affrontabili e determinabili sulla base di eventi esterni ed interni che li rendano necessari od opportuni.

Esempio significativo di questa concezione di una residenzialità riabilitativa – e non "abitativa" – è quello proposto dal modello lombardo [6], che prevede un limite massimo di permanenza nella strutture, di durata inversamente proporzionale all'intensità dell'intervento previsto per quella specifica tipologia di residenza. Questo fa sì, non certo che vi sia una sorta di obbligo di guarigione, ma che venga impedita quella stanzialità, più volte rilevata dagli studi epidemiologici [7], e che, nella persistenza del vecchio modello ad orientamento più socioassistenziale che autenticamente riabilitativo, confondeva l'esigenza di riabilitare i pazienti con quella di dare una casa a cittadini in difficoltà: perpetuando, di fatto, una sorta di manicomio diffuso.

Elemento fondante questa nuova residenzialità riabilitativa, post-comunitaria, è la *vita quotidiana* come dispositivo, esperienza fatta ogni momento nello spazio/tempo storico in cui ci è dato vivere che è possibilità di riappropriazione di tutte le capacità fondamentali, degli affetti e dei modi di comportamento di fondo, all'interno della quale prendono particolare significato e valore terapeutico tre elementi:

- 1) la spazialità, di cui abbiamo in parte già detto, per l'opportunità che essa offre ai pazienti di avere un luogo di movimenti affettivi e di una possibile riacquisizione del valore simbolico, emotivo e relazionale dell'esperienza dell'abitare, così come teorizzata dalla psicologia ecologica;
- 2) la temporalità e le sue scansioni, che restituiscono al paziente la padronanza cognitiva, operativa ed esistenziale dello stare nel tempo;
- 3) le attività di vita pratica e la loro necessaria iterazione in ordine alla riconquista della gestione e percezione della propria corporeità funzionale.

Due sono poi gli attributi generali e necessari della quotidianità esperita nelle strutture residenziali.

Primo, il “clima affettivo”, come esperienza di sfondo alle attività riabilitative, fatto di relazioni empatiche, autorevoli, diffuse, peculiarmente fondante la riacquisizione non delle abilità, ma della motivazione ad esercitarle, verificabile come tale solo in un contesto residenziale ed inclusivo dell’esperienza della condivisione di un con-stare con altri - operatori ed utilizzatori - in una dimensione emotiva successivamente elaborabile.

Secondo, la “domesticità”, che rappresenta per noi la caratteristica fondamentale di una struttura residenziale ed è essenziale per consentire la riappropriazione, da parte del paziente, dello spazio e del tempo vissuti, la cui interazione, operata fondamentalmente a livello affettivo, permette al malato di recuperare non solo l’identità, ma anche l’unità del proprio Io, ridisegnandone i confini e scandendone il divenire nella propria interiorità. Il lavoro che giorno dopo giorno viene portato avanti dagli operatori insieme ai pazienti, in una dimensione che allude quella della casa, dando alla residenzialità una connotazione schiettamente domestica, e quindi emotivamente pregnante, contribuisce a ricomporre e riaggregare lo spazio vissuto, sconvolto dall’esperienza psicotica. La limitazione in estensione e in numero di utenti, che è propria di una struttura comunitaria, impedisce quella dispersione nello spazio e nel tempo dei propri vissuti interni, tipica conseguenza dell’internamento manicomiale a lungo termine, e concorre allo stabilirsi di rapporti interpersonali connotati da una progressiva acquisizione o recupero di modelli comportamentali adattivi, nella misura in cui, evitando la massificazione, si fa appello alla propria individuale responsabilizzazione.

In tema di quotidianità e domesticità, dobbiamo in particolare ad Ágnes Heller [8] uno dei primi studi ed analisi di come: “...*tutte le capacità fondamentali, gli affetti ed i modi di comportamento di fondo con cui trascendo il mio ambiente e che io riferisco al mondo “intero” da me raggiungibile e che in questo io oggettivo, in realtà me li sono appropriati nel corso della vita quotidiana*”. Noi assumiamo come sufficientemente vero quello che afferma Á. Heller: sufficientemente vero perchè l’affermazione di “fondante pervasività” delle strutture della vita quotidiana ai fini dell’emersione dell’individuo nella sua pienezza storico culturale sembra comprendere in sé appunto tutti i momenti fondamentali (dal modo in cui viene messo al mondo un individuo, alle cure ricevute, alle relazioni quotidiane richieste e dispiegate per crescerlo come soggetto con una sua identità...) perchè avvenga questa emersione al mondo della persona; emersione che porta con sé la costruzione e la definizione di un Sé individuale, culturalmente specificato.

Nella nostra ipotesi di struttura residenziale di riabilitazione psichiatrica, definiamo come *domesticità* la possibilità di una sufficientemente tranquilla vita quotidiana, nonostante la psicosi: esperienza del vivere in un luogo riscoprendo soprattutto la dimensione degli atti, dei gesti, degli avvenimenti e delle emozioni della vita di tutti i giorni, attraverso negoziazioni, dinieghi, assenze, convivenze, contrarietà, condivisioni con gli altri ospiti e con gli operatori, con il supporto di un contenitore, che a tutto questo conferisca, attraverso i percorsi della interpretazione e della significazione, una intenzionalità riparativa.

Così, in questa stessa dimensione della “domesticità”, si dà luogo alla riproposizione di funzioni e codici di comunicazione familiare, che possono poi, al termine dell’esperienza comunitaria, essere esportati nel microcosmo della famiglia originaria.

Le strutture della quotidianità, pensate in questi termini, non sono allora solo regola e sequenza espositiva del nostro pensiero: divengono anche cornici possibili al disordine

della follia e del suo indeterminato dispiegarsi, giacchè le abilità, i modi di conoscere il mondo e di interessare relazioni sociali ed affettive, in definitiva la nostra “mente” nel suo significato più pregnante, sono radicate e conformate nel corso della silenziosa riproduzione della cultura che si dispiega ed intesse giornalmente.

IMPEGNI QUOTIDIANI

Allora le comunità istituite in questi anni alludono costantemente alla famiglia sia psicoanaliticamente pensata, per quella persistenza e pervasività fondante del romanzo familiare che mai ci abbandona, sia sociologicamente pensabile per quella tessitura di compiti, ruoli, collocazioni e vissuti che prevede e permette nell'ottusa quotidianità di andare avanti. È l'ottusa quotidianità che la famiglia tramanda e in questa essa si sostiene; tramanda conservandola e conservandosi, tramanda utilizzando azioni ripetitive e ripetute, a volte standardizzate, ma mai davvero uguali – oh, infinite tonalità per apparecchiare un tavolo!! [9]

Tutto questo è fare cultura; è in nome di questa pelle – la cultura appunto – a volte avvertita come copertura percepibile altre come aderente mantello impercettibile che la famiglia dipana i suoi giorni; tutto questo è permettere, nella condivisione del conforto, lo sviluppo della socialità dei suoi soggetti riaperti al mondo e la loro socializzazione ai codici culturali.

Tutto questo stare insieme e in comune, questa comunità richiede, come l'etimo dice, il portare pesi insieme e l'averne insieme il compenso: allora stare in comunità vuol dire dovere comunicare, intendersi e convenire – triade di base della stessa possibilità della coppia – per costituirsi, per istituire un contesto che contiene e tiene e avviluppa senza soffocare.

Sono la capacità, fatta di persistenza e fiducia, e il modo con il quale si declina questa capacità di parlare di, su e per cose ovvie e banali che permettono di sedimentare storie e biografie con una loro specificità. "Chi fa i piatti?" "Chi porta i bambini a scuola?" "Chi fa i letti?" "Chi la spesa?" e poi ancora "Quanto tempo ci metti a prepararti!!" "A che ora usciamo?" "Quanto tempo stai al gabinetto!!!": evidenze, queste domande che costellano lo stare con qualcuno, degli impegni – come non pensare a un pegno portato a qualcuno per stare in relazione? – dei pesi che si devono e si possono portare se ci si intende e si negozia e si contratta tutti i giorni, se ci si parla. È nella famiglia che si cresce, e si acquistano le competenze e le capacità prima per stare da soli, poi per rifondare legami, questa volta liberamente scelti, e generare nuove convivenze, dove scoprire e mettere alla prova se stessi, le proprie abilità, capacità, desideri e tensioni: ognuno fa qualcosa per quello che sa fare, vuole fare e concede all'altro di fare... piccoli continui riaggiustamenti e patteggiamenti quotidiani, prolungati esercizi di un ascolto che non finisce mai, occupano le ore della quotidianità.

"Ma io volevo dire, ma io avrei voluto fare..."; importanza capitale dei modi con i quali sbrigare le piccole faccende quotidiane!! Nodi e luoghi, i tempi e i modi della vita quotidiana, per una microfisica della politica, dell'etica e ovviamente dell'idea e delle pratiche del potere; anche di questo sono costellate le biografie dei nostri pazienti, del non aver avuto ragione di nessuno e di niente.

Quanto sia politico e quanto sia attraversato da questioni e opzioni etiche, a volte rigide e intransigenti, il vivere quotidiano in convivenza ce lo dicono la divisione dei compiti e le risposte a queste domande: le risposte e i comportamenti dei conviventi e dei contendenti

sono radicalmente e originariamente ascrivibili a un codice etico, alla questione di ciò che è buono e giusto, tant'è che nei conflitti emerge chiaramente che le piccole cose ci dicono del significato che ognuno degli interessati – quale altra parola usare – dà alla vita, al vivere. Allora, residenzialità riabilitativa vuol dire potersi vedere, potersi accorgere dell'altro, ora limite, ora risorsa, ora aiuto e sostegno per sopportare il peso della quotidianità e dei suoi giorni; vuol dire un lavoro paziente e prudente, ma anche vigile e attivo, per costituire e conservare un luogo dove si può ricominciare a parlare e ad essere ascoltati è un lavoro intorno al buono, al giusto, al bello, al meglio... per sé e per gli altri.

* *Psichiatra, Direttore USC Psichiatria 2 Ospedali Riuniti di Bergamo*

Bibliografia

- [1] Verga A. *Lontan dai matti*, Gazzetta medica italiana – Lombardia, Appendice psichiatrica, 1854
- [2] Rabboni M. *Dalla semplificazione anetica, all'etica della complessità*. In: M. Rabboni (a cura di) *Etica della riabilitazione psichiatrica. Tensioni e prospettive nelle strategie di intervento*. Franco Angeli. Milano 1997
- [3] Caggio F. *Una tensione educativa*. In: M. Rabboni (a cura di) *Etica della riabilitazione psichiatrica. Tensioni e prospettive nelle strategie di intervento*. Franco Angeli. Milano 1997
- [4] Jones M. *Ideologia e pratica della psichiatria sociale*, trad. it. Etas, Milano, 1970
- [5] Rapoport R. N. *Community as a Doctor*, in *New Perspectives on a Therapeutic Community*, Tavistock Publications, London, 1960, pp. 51-64
- [6] Regione Lombardia. *Piano Regionale Salute Mentale*. Milano, 2004
- [7] Giovanni de Girolamo, Angelo Picardi, Pierluigi Morosini e il Gruppo nazionale PROGRES *Strutture residenziali psichiatriche in Italia. Risultati del Progetto PROGRES*. <http://www.psychiatryonline.it/ital/20011231.htm>
- [8] Heller Á. *Sociologia della vita quotidiana* Editori Riuniti, Roma 1981
- [9] Caggio F. *Tempi che trascorrono, eppur ritornano*. In: M. Rabboni (a cura di) *Residenzialità. Luoghi di vita, incontri di saperi*. Franco Angeli, Milano, 1ª ristampa 2008

La riabilitazione domiciliare: la casa come risorsa del trattamento del paziente non collaborativo

*di Maura Papi**

La strada è lo spazio sempre cangiante del possibile, del relativo, dell'imprevisto, della prudenza e della cautela, dell'audacia e della ponderazione...

Duccio Demetrio, Filosofia del camminare

I pazienti definiti “non collaborativi” sono le persone che rifiutano con decisione e ostinazione la designazione di malattia e, conseguentemente, l'accesso al trattamento. La maggior parte di loro si chiudono in casa o limitano le occasioni di scambio sociale vivendo una vita estremamente ritirata e povera di stimoli.

Nelle nostre storie di curanti, gli incontri con queste persone sono sicuramente le esperienze di lavoro che, più intensamente, ci costringono a mettere in discussione le vie consuete e ad immaginare un progetto riabilitativo unico e speciale. Sono incontri che innescano un contatto emotivo più intenso, si prova entusiasmo e stupore quando s'intravedono dei varchi e ci si affaccia in un mondo apparentemente inaccessibile, c'è, forse, più delusione ed amarezza di fronte agli insuccessi perchè il gruppo riabilitativo si è messo in gioco maggiormente, ha sfidato se stesso, a volte dividendosi tra gli ottimisti e i pessimisti.

Con queste persone abbiamo intrapreso strade non facilmente percorribili, viottoli nascosti, camminando ci siamo osservati e capiti, insieme abbiamo tracciato il percorso e, spesso, scoperto capacità e risorse insospettabili.

La mia cooperativa ha, spesso, assunto questo ruolo di “battistrada” iniziando dei progetti riabilitativi che partivano dal rifiuto e dalla negazione del problema da parte del paziente stesso. Quindi, ci siamo avvicinati al sistema in difficoltà proponendoci come un terzo soggetto tra la famiglia e il servizio pubblico. Un soggetto che può apparire al paziente meno minaccioso perchè non istituzionale, più informale e vicino al contesto di appartenenza e al sociale.

Il nostro lavoro è quello di incontrare il paziente in casa e costruire con lui un rapporto di alleanza tale da permettere una graduale presa in carico e la costruzione di un progetto di cura e di riabilitazione condiviso con la famiglia e il servizio pubblico.

Nella metodologia che utilizziamo per il lavoro domiciliare, riteniamo che sia importante costruire un'équipe di cooperativa con ruoli e funzioni diversificate che ci permettano di orientare il progetto e non confonderci negli spazi e nelle relazioni di una famiglia problematica. Per cui ci sono gli operatori che lavorano in casa, (educatori o psicologi) che si rapportano prevalentemente con il paziente e uno psicologo coordinatore che si relaziona con la famiglia e ha la funzione di essere il raccordo e il tramite con il servizio pubblico.

Nelle persone, che rifiutano l'incontro, riscontriamo una sorta di combinazione tra una forma di rifiuto attivo ed esplicito e segnali di confusione che sembrano indicare un'accentuata disorganizzazione ed una reale difficoltà a comunicare.

Dal punto di vista psicopatologico, la non collaborazione può essere legata a problematiche molto diverse, dai vissuti di onnipotenza del paziente in eccitamento maniacale all'ipervalorizzazione del sé nei disturbi di personalità o ai vissuti e deliri di persecuzione. Il ritiro può essere anche sintomatico di gravi depressioni o di forme di schizofrenia con disorganizzazione dei processi cognitivi. Quindi la varietà del quadro sintomatologico ci inducono ad utilizzare strumenti riabilitativi e metodologie di approccio sicuramente non generalizzabili.

Quando entriamo in casa ci troviamo in un mondo che è circoscritto dalle mura di un appartamento, a volte si limita alla propria stanza, la porta chiusa segnala un limite, che appare invalicabile, tra sé il mondo esterno, tra il silenzio e la parola, ma sappiamo bene che anche questa chiusura è una forma di comunicazione ed una richiesta implicita di aiuto. Questa sorta di auto-segregazione ha una chiara funzione compensativa, protegge la fragilità del sé dallo sguardo e dal giudizio dell'altro, preservando dal confronto con il mondo sociale.

Infatti, la fuga e la negazione del problema sembrano trovare degli elementi comuni nel profondo senso di solitudine e d'inadeguatezza della persona rispetto ad un sé ideale molto elevato, in alcuni casi c'è una grande componente narcisistica: "non sono come avrei voluto, o come avrebbero voluto i miei familiari per cui mi sottraggo..."

Si reagisce alla vergogna, attraverso il ritiro e la fuga sintomatica, sembra negata, anche, la possibilità di toccare e confrontarsi con il dolore della perdita. Eppure è una solitudine densa di angoscia e sofferenza che emerge attraverso il lavoro terapeutico, dove si esplicitano i contenuti depressivi, che, a volte, assumono connotazioni amare e di disprezzo verso sé stessi. Ad esempio, un paziente, così si descrive:

*"Da un po' di anni quando mi guardo allo specchio,
vedo un mostro, e penso che quello è il mio "dentro".
Ciò ha fatto sì che io non mi avvicinassi più alle persone".*
(Luca – Laboratorio di Scrittura)

L'auto-segregato è sintonico con il suo progetto, non si aspetta aiuto da nessuno e non ha, paradossalmente alcun bisogno di aiuto: la sua organizzazione di vita è funzionale al suo ritiro, i movimenti verso l'esterno sono ristretti ai suoi bisogni, la sua visione del mondo e le sue difese compensano i suoi bisogni.

È il paziente, che opponendosi ad ogni tentativo di definizione di malattia e di cura, appare come "l'anti-terapeutico per eccellenza".

La stanza del paziente ci può apparire come una fortezza non espugnabile, la sua chiusura è molto ostinata, i toni sono duri, a volte minacciosi, a volte impenetrabili, il no cerca d'indurre tutti al silenzio e all'impotenza.

I vissuti dei familiari e degli operatori sono spesso ambivalenti, si oscilla tra la sensazione di rabbia per l'inutilità dei ripetuti sforzi e la disperazione per la sensazione di non riuscire a trovare la chiave di accesso, la preoccupazione di tutti è che il tempo stia correndo inesorabile.

L'oscillazione porta a movimenti scomposti, a volte incongrui, ci si avvicina molto e ci si allontana altrettanto velocemente, alcune famiglie chiedono ai curanti d'intervenire, di fare qualcosa con un'urgenza estrema, poi spariscono per mesi.

In questi casi, ci sembra che il sistema familiare cerchi la conferma dell'impossibilità d'intervenire, come se si volesse sentire dire che è vero, che il proprio figlio non è trattabile perchè è un caso difficilissimo. Hanno bisogno di sentire che il loro fallimento genitoriale è, in qualche modo, giustificato da una gravità inconsueta, quasi unica. Questo bisogno compensatorio a volte può innescare un circuito vizioso che alimenta comportamenti omeostatici.

Nella nostra esperienza di lavoro domiciliare i pazienti difficili, abbiamo capito che è importante far precedere l'intervento diretto sul paziente da un lavoro preparatorio, che ne costruisca le possibilità di accesso lavorando con tutte le risorse disponibili.

Infatti la "non collaborazione" si istituisce nell'ambito di una complessa rete relazionale con una molteplicità di attori (pazienti/familiari/amici/terapeuti/servizi sociali), dove gli avvenimenti si intrecciano con gli aspetti della personalità del paziente, degli operatori e altre variabili legate alla specificità del contesto dove si opera.

Quindi, per la definizione di un progetto personalizzato e la costruzione di una qualche forma di collaborazione, diventa indispensabile raccogliere la storia individuale, familiare e sociale; riflettere sulle ipotesi che hanno innescato la chiusura. Occorre rispondere alla complessità della situazione con la strutturazione di un sistema di cura articolato su più piani di livello interagenti. Un'équipe multi-disciplinare, dove l'integrazione tra il servizio pubblico e la cooperazione sociale offrano maggiori risorse e potenzialità per "raggiungere l'irraggiungibile".

Il confronto con il contesto e l'ascolto delle storie di tutti ci aiutano a preparare un'ipotesi di incontro con il paziente guidati dalla convinzione che il rifiuto e la ricerca del rapporto coesistano. Spesso ci troviamo ad utilizzare momenti informali e strumenti inconsueti, la stessa casa diventa lo spazio intermedio tra sè e l'altro, attraverso la quale si tenta l'incontro. Gli spazi e gli oggetti casalinghi, i ritmi della domesticità assumono le caratteristiche di veri e propri strumenti riabilitativi.

Con alcuni pazienti ci è sembrato più utile un'alleanza sulle loro parti sane o parti ideali, non è possibile iniziare il rapporto sulle difficoltà più evidenti e sintomatiche, tipo uscire di casa, avere delle relazioni perchè sono le problematiche portate dai familiari oggetto di triangolazioni e scontri quotidiani.

Nella ricerca dell'alleanza si può strutturare una collaborazione che può sembrare "compiacente o equivoca", anche perchè, spesso, il paziente può accettare di rapportarsi solo se ne stabilisce le regole e i limiti, ad es. Guido, di cui parleremo in seguito, poteva tollerare che si affrontassero i suoi problemi sociali, purchè non si parlasse di terapia o di malattia.

Quindi, abbiamo scelto d'iniziare ad incontrarlo presentandoci come la cooperativa che lo avrebbe aiutato a cercare una casa e un lavoro.

Abbiamo tollerato il limite, condiviso il fraintendimento nella speranza di aprire successivamente un varco, ma abbiamo, anche, deciso di rispettare e riconoscere il suo

diritto di resistere alla designazione, vedendone gli aspetti non solo di negazione ma anche di possibile evoluzione.

Un'alleanza anche parziale, che non si fermi sui limiti ma parta dal riconoscimento delle peculiarità della persona che possano creare i presupposti perchè la situazione si configuri come un processo dinamico, non certamente come un'adesione acritica o di accomodamento alla visi che potrebbe cronicizzarsi.

Un altro aspetto fondante la riabilitazione del paziente non collaborativo è l'assunzione di una dimensione temporale più lenta, che ne riconosca i movimenti, è imparare a tollerare che i nostri tempi non siano quelli del paziente o quelli della sua famiglia, quindi sostenere il peso dell'attesa.

*“Io penso che il tempo sia fundamentalmente un ladro
che gioca sulla sensazione che noi abbiamo di lui.
Spesso dentro abbiamo un tempo molto lento,
un tempo quasi cosmico,
mentre fuori questa clessidra biologica non vale
e le cose scorrono inesorabili”.*

Luca

Ma quali storie ci sono dietro un'eclatante rifiuto? E' interessante riflettere su quali segni abbiano preceduto la chiusura, su quali sfide si siano innescate, quali rotture abbiano determinato lo stallo.

Quanto si ricomincia a parlare, magari davanti ad un caffè s'inizia a narrare la propria storia a qualcuno che ascolta senza giudicare, raccontare significa accorgersi di avere una storia, una dignità, pian piano emerge una persona, parlando alcuni pezzi sembrano ricomporsi in un'unica trama:

*“Ora sono qui, sospeso sull'abisso
E vedo con gli occhi la luce della mia tristezza ...
Le erinni cantano, nel loro coro il mio dolore.
Ed io non rappresento più che una parte di me: “soldatino in pezzi”.*

Luca

La storia di Guido può essere emblematica di questo percorso: Guido ha 33 anni, da anni vive una vita ai margini, ha interrotto gli studi, non ha mai svolto un lavoro. All'età di 25 anni ha avuto uno scompenso psicotico in seguito in seguito all'assunzione di sostanze, non ha mai accettato una terapia farmacologica.

Chiuso nel suo mondo, rifiuta ostinatamente ogni contatto sociale e una qualsiasi forma di aiuto e di designazione di malattia. Quando accetta di parlare il suo linguaggio è infarcito di temi cosmici, ci si perde e ci si confonde tra i contenuti ideologici e le dichiarazioni di rabbia e disprezzo verso il mondo. Si occupa di lui la madre, un assistente sociale, che gli paga l'affitto di monolocale e gli porta, settimanalmente, la spesa e i soldi per le sigarette.

Il suo appartamento è una sorta di deposito di cose vecchie, è disadorno e sporco. Guido trascorre la notte navigando su internet, dorme di giorno, il pomeriggio vaga solitario per la città, qualche volta passa dal padre che, da anni separato dalla madre, è gravemente ammalato, anche il padre contribuisce al suo sostentamento.

Guido è molto abile in informatica, ha tre computer accanto al letto perennemente accesi e collegati a internet, spesso raccoglie computer vecchi che cerca di aggiustare.

La situazione relazionale intorno a Guido è carica di attesa e di rabbia, la madre cerca il nostro aiuto, dopo innumerevoli fallimenti istituzionali. La madre è estremamente pressante nella ricerca di un cambiamento della vita del figlio, parallelamente Guido è molto abile a smontare ogni tentativo ricorrendo a vari tipi di fughe.

Tra i due si è creato un circuito vizioso, la madre lo mantiene, gli da una casa, da mangiare (attraverso incursioni frenetiche carica di spesa e cibi confezionati da lei). Ma gli ricorda costantemente il suo fallimento esistenziale, gli da e allo stesso tempo gli nega il riconoscimento della possibilità di esistere come persona, sembra non accorgersi di Guido perchè troppo presa a rincorrere l'immagine e il desiderio di un figlio ideale.

Da parte sua, Guido riceve ma, allo stesso tempo, è costretto a negare l'aiuto della madre, ribadendo che non è l'aiuto di cui ha bisogno, lui vorrebbe un lavoro da impiegato non i piccoli lavori manuali che la madre gli propone e che lui rifiuta con sdegno.

Esprime, rabbia e angoscia per la dipendenza dalla madre, ma nello stesso tempo, cerca, compulsivamente, di ottenere da lei più cose possibili, cibo, sigarette, soldi... Anche lui sembra non riconoscerla come madre, la chiama per nome e le ricorda costantemente il suo fallimento di assistente sociale che ha aiutato tante persone ma non il figlio.

La triangolazione con il padre è immutata dai tempi della separazione quando Guido era adolescente. La breccia nella quale c'inseriamo è la ricerca del lavoro, rompiamo l'isolamento, rompiamo la coppia perversa madre e figlio, utilizziamo la casa come mediazione e territorio d'incontro. Guido inizia un tirocinio lavorativo presso una cooperativa sociale, un impegno che lo fa uscire due pomeriggi a settimana. Lavoriamo sulla riacquisizione di competenze di cura del sè e della casa, sulla possibilità di vedersi accettabile, di riappropriarsi di alcune autonomie, come fare la spesa, cucinare supportato dall'operatori. La madre sollevata dal ruolo di dispensiera assume una funzione meno aggressiva e, allo stesso tempo, è meno attaccata da Guido che, dopo anni, riesce a trascorrere alcuni periodi di vacanza nella casa al mare con una maggiore accettazione reciproca ed un riconoscimento di ruolo.

Gradualmente usciamo dalla pseudo alleanza e dalla designazione di ufficio di collocamento riveliamo la nostra mission riabilitativa. Inizialmente, ciò determina l'empasse e un periodo di chiusura, ma la breccia è aperta, c'è ancora la possibilità di un'alleanza seppure ambivalente

Guido e la madre riescono ad accordarsi su alcuni obiettivi, il sistema di cura si differenzia e si articola maggiormente con l'inclusione del servizio pubblico.

Dopo anni, viene interpellato il padre, spesso sabotatore dei progetti riabilitativi. I genitori si incontrano in un contesto di cura, il servizio pubblico assume la funzione di coordinatore il progetto, la cooperativa da mediatrice tra Guido e il servizio.

Ciò permette a Guido di uscire dalla triangolazione con i genitori in lotta su chi è più o meno capace di aiutarlo, non deve più ammalarsi o curarsi in funzione della loro guerra, il loro armistizio gli consente di rimettersi in gioco.

La storia di Guido apre un'ulteriore riflessione sul ruolo che ha svolto, in questo comportamento di chiusura così tenacemente perpetrato, la dipendenza da Internet che aveva sostituito la sua precedente dipendenza da sostanze.

Ci siamo chiesti quanto la rete abbia consentito a Guido di conservare una sorta di comunicazione con l'esterno in sostituzione delle parole e delle relazioni dalle quali si era escluso.

Come se l'uso di Internet abbia avuto la funzione di placarne l'angoscia, compensare la sua sensazione di vuoto configurandosi come una sorta di auto-terapia.

In realtà, già da anni assistiamo nella nostra società a modalità nuove di vivere ed esplicitare il disagio. Una di queste modalità è la chiusura in casa davanti al computer, in Giappone è un fenomeno diffusissimo, è quella che è stata definita come la società degli hikikomori.

Giovani che a seguito di fallimenti scolastici, in una società così richiedente e competitiva come quella giapponese, non sopportano la vergogna e il confronto con gli altri per cui vanno lentamente alla deriva, si chiudono nella propria stanza, dormono durante il giorno, di notte navigano su internet.

Le chat virtuali o messenger permettono di dare vita ad una serie di differenti. Sè sottratti al confronto con l'altro, in questi casi, la rete non è solo il sintomo della chiusura è anche la membrana immaginaria nella quale il soggetto si colloca in bilico tra un sè non accettato e la difficoltà di sostituirlo con un'altra immagine di sè.

Quindi la navigazione su internet sembra avere una funzione compensativa consente di sperimentare giochi che occupano il tempo senza che il senso di vuoto sia troppo incombente, consente l'assunzione di personalità immaginarie senza che essere sottoposte al giudizio di nessuno (salvano dalla vergogna).

Il ritiro nella solitudine della propria stanza può diventare una sorta di metamorfosi, un tentativo di compiere una lunga e dolorosa auto-terapia.

“Ho vissuto tanto senza avere vissuto!

Ho pensato tanto senza aver pensato!

Mondi di violenze immobili, di avventure trascorse senza movimento, pesano su di me.

Sono stanco di ciò che non ho mai avuto e che non avrò,

stanco di Dei che non esistono.

Porto con me le ferite di tutte le battaglie che ho evitato.

Il mio corpo è dolorante per lo sforzo che non ho nemmeno pensato di fare”.

F. Pessoa

**Psicologa Cooperativa AELLE IL PUNTO*

Rehabilitation and marginality in the UK CHT's innovative model for rehabilitation

di John Gale, Beatriz Sánchez España***

BACKGROUND

Mental health problems can affect anyone, rich or poor, young or old, shattering the lives of those affected and the lives of the people close to them. One in four people experience a mental health problem at some point in their lives. Each year in the UK more than 250,000 people are admitted to psychiatric units and over 4,000 people take their own lives.

People with severe mental illness, which is Community, Housing and Therapy's (CHT) target segment, form a small proportion of those with mental health problems but have very high rates of psychological morbidity. The World Health Organisation (WHO) found that mental illness, including drug and alcohol misuse, accounted for almost 11% of the global burden of disease in 1990 (Murray and Lopez, 1996). This is expected to rise to 15% by 2020. Worldwide, mental illness accounts for about 1.4% of all deaths and 28% of years lived with disability. People with severe mental illness are also socially excluded, finding it difficult to sustain social and family networks, access education systems and obtain and sustain employment.

Mental Health Services in the UK

Mental health services in England are experiencing a period of unprecedented change. In the last few decades there have been considerable changes in the way the mentally ill have been treated. Care in the community represents one of the biggest political changes in mental healthcare in the history of the National Health Service (NHS). With the closure of traditional mental hospitals the severely mentally ill were brought considerably closer to full integration into the community. These changes have resulted in a gradual recognition by professionals that despite the severity or chronic nature of a person's mental illness, clinicians, commissioners and regulating services, need to listen to them and take their point of view into account.

In the UK, despite the fact that NHS mental health provision is broadly an acute psychosis service, NHS therapeutic communities are mostly run for those either with a personality disorder or a forensic history (Davies *et al.* 1999). This leaves a gap in the provision of longer-term care for those with chronic or enduring psychosis. A gap which is being filled by voluntary sector providers, notably CHT.

Government Guidelines

The term social care covers a wide range of services, which are provided by local authorities and the independent sector. The government is determined that vulnerable adults should be afforded the greatest protection possible from harm. In addition to raising standards of care through National Service Frameworks, regulating providers of care in a more thorough and consistent way than hitherto, and introducing national minimum standards for regulated care services, the government has taken action to specifically address the abuse of vulnerable adults.

Specialised mental health services, like other health services, are increasingly required to treat patients in the context of a confirmed evidence base. Research is now an important part of all specialised services.

COMMUNITY HOUSING AND THERAPY (CHT)

CHT is a registered charity that runs nine small therapeutic households for the severely mentally ill and the homeless, with a staff team of approximately forty five psychologists and psychotherapists, and a comprehensive training programme in group therapy for therapeutic community practitioners, accredited by Middlesex University. Since its foundation CHT has developed a particular therapeutic community style under the influence of the Lacanian reworking of psychoanalytic theory (Gale, 2000) and a review of its philosophical foundations (Sanchez, 2004). While it is frequently asserted that the therapeutic community rests on psychoanalysis, there has been very little discussion in the literature of the fundamental place of language in the treatment (Hinshelwood, 1998; Gale, 2000). And yet, like psychoanalysis, a therapeutic community methodology, particularly in its application to psychiatric patients, rests profoundly on speech and can be viewed as a hermeneutic project (Lang, 1973; Gale, 2008). A therapeutic community, as other

communities, is held together in some way by language and it is in the community that the thread of speech comes alive. It is not just that the language of this particular community is technical, or specialised in some sense. Of course there is a degree of specialised language in any subgroup, and therapeutic communities and even particular therapeutic communities within one organisation, are no exception. But the relationship which each member has to the meaning of his or her experience, and to the life of the community and its history, are all connected to his or her participation in language. Difficulty lies in the meaning that the words have for the patient and the connections that he or she makes between thoughts and words. Today community-based therapeutic communities have the potential to be at the forefront of provision in terms of putting users at the centre of treatment and listening to their views (Campling, 2001). The treatment environment in a therapeutic community is one which values patients' experiences to a unique degree. Through close partnership working, the integration of psychological and psychiatric approaches, as well as psychotherapy in its group analytic and individual psychodynamic forms, is possible. The potential for cooperation and multidisciplinary care planning and review, involving the patient, other users, psychiatrist, psychotherapist, social worker, the family and other key workers, is at its optimal in non-residential or small residential settings. Furthermore, because of the intensity of the programme, it is possible to monitor the effects of medication and through regular reviews manage change (Gale and Sanchez, 2005a). About 100 patients each year live in CHT's communities. CHT achieves an average annual occupancy level of 90.7%. Most of those referred suffer from schizophrenia, and remain in residence for an average of two years (ibid.).

CHT's vision is "*to be a model of an outstanding voluntary sector provider of services for the mentally ill with a national and international reputation for quality*". This is achieved by developing CHT's position as the leading centre of excellence in the UK in the provision of therapeutic communities in 'the community' for those suffering from severe mental illness.

CHT aims to:

- To provide safe accommodation and professional care in a structured environment for those suffering from mental ill health and for the homeless.
- To enable people with severe mental illness or psychological difficulties to form relationships that act as an emotional container for their distress.
- To support those with psychosis or addiction problems to take responsibility for the decisions which affect them so they may gain control over their lives.
- To train and supervise our staff and others in the caring professions to the highest possible standard in order to enhance their professional development so that they can work more effectively with the mentally ill.
- To exchange resources, co-operate and develop a greater capacity to help those in distress by forming partnerships with others in the field both in the UK and abroad.

Therapeutic Community Methodology

Institutions which refer to themselves as therapeutic communities, despite common attributes, may have quite different origins (Kennard, 1983). However, the tradition of therapeutic community treatment has a long and distinguished history and is experiencing a

revival of interest in contemporary psychiatry. It draws from psychoanalytic and behavioural models, within a group-analytic framework.

While what is known as concept based therapeutic communities developed in order to treat drug addicts and offenders, particularly in America, therapeutic communities based on a democratic *modus operandi* and a psychoanalytic perspective were set up initially in the early twentieth century for maladjusted children. Later on this democratic psychoanalytic model was extended for the treatment first of neurotic patients and those suffering from personality disorders and in the 1950's and 1960's extended still further to the treatment of the chronic mentally ill (Kennard, 1983). The origins of therapeutic communities for this group of patients are threefold, hospital based therapeutic communities, small voluntary sector projects in the community and the anti psychiatry movement.

CHT's role in providing a network of therapeutic households in a number of different localities was researched by Tucker in 1999. These communities, consisting of between 12 and 15 resident members, unlike the therapeutic communities run by the NHS are situated outside the hospital, in ordinary houses in the community.

A Robust Business Model

CHT's communities are at the forefront of provision for the severely mentally ill. Through close partnership working, it has been possible for CHT to integrate psychological and psychiatric approaches. The potential for cooperation and multi-disciplinary care planning, involving the patient, other users, psychiatrist, psychotherapist, social worker, the family and other key workers is at its optimal in small residential settings. Furthermore, because of the intensity of the programme it is possible to monitor the effects of medication very closely and through regular reviews, manage change.

Over the last six years CHT built up consolidated fixed assets of around £3m and increased its annual turnover from approximately £700k to approximately £2.5m, by achieving higher weekly rate per patient, increased volume of patients, optimising occupancy rates and spot-purchase processes. At the same time, operating surpluses have increased, representing an operating margin of 20% per year. The profitability of CHT's projects depends on largely three components – salaries (the number of staff), property costs (rents or mortgages) and the number of beds. Getting this mixture right overall has enabled CHT to raise staff salaries to competitive levels, provide training grants for continuing professional development and private medical health insurance for staff. It has also meant CHT has been able to gradually establish an equity reserve of approximately £750k, a proportion of which has been set aside for the development of new projects.

MARKETING STRATEGY

Market Segment: People with Severe Psychiatric Symptoms

CHT's patients suffer from chaotic lifestyles and persistent psychiatric symptoms that prevent them from functioning independently without close supervision and support. CHT's therapeutic programme is designed to create structure and learning opportunities that will lead to permanent change and eventual independence. Symptoms of distress and ill functioning may manifest in many ways including substance abuse, self-harm, challenging

behaviour, voices, anxiety, extreme passivity and social isolation. Increasingly patients are referred who have a dual diagnosis – alcohol or substance abuse together with a mental illness – or a forensic history.

Psychosocial interventions (PSI) and group cognitive behavioural therapy (CBT) are used to help patients find methods of coping with persistent distress in order to make an effective impact on the relapse rates and reduce the likelihood of future hospital admissions.

Referrals and Admissions

Referrals are usually made by psychiatrists and social workers in Community Mental Health Teams (CMHTs). Occasionally we received referrals from family members but these need to be supported by a CMHT or other mental health professional.

CHT responds quickly to the need of referrers in a number of locations, to find stable accommodation in which the patient will be supervised by professional staff.

In this context patients being discharged from hospital, many of whom are difficult to manage, are gradually drawn into a programme of rehabilitation and psychotherapy. 33 Social Services Departments and 19 Health Authorities or NHS Trusts refer their patients to CHT.

We aim to target all local authorities across England, which are currently not referring to CHT with a particular emphasis on the London boroughs and the county councils immediately surrounding greater London.

Research into Effectiveness

CHT runs a psychological and sociological research programme specifically suited to its particular patient group and treatment modality in order to assess and evaluate the changes taking place in terms of symptoms, needs, problem solving skills, cognitive performance, quality of life, insight and the efficacy of therapeutic community treatment. Three research instruments are in use – the Ward Atmosphere Scales (WAS) which analyses the key indicators of quality of care for inpatient psychiatric treatment, in its revised COPEs format, the Good Milieu Guide which evaluates treatment environments and the quality of psychiatric and substance abuse programs and Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS). HoNOS is the most widely used routine clinical outcome measure used by English mental health services.

Existing studies on treatment outcomes in therapeutic communities and associated organisations have demonstrated the importance of the therapeutic alliances and the characteristics of the programme itself in positive outcomes (Finney 2004, Freestone *et al.* 2006; Gale and Sánchez España, 2008).

CHT is currently introducing a new, triangulated dataset that will be administered systematically with a greater emphasis on the physical, therapeutic and psycho-social environments, to provide data that would be comparable to datasets produced by the Association of Therapeutic Communities research project (Lees, Manning *et al.* 1999; 2004). These include RESPPI (Moos and Lemke, 1994), Brief Symptoms Inventory and the Working Alliance Inventory to be administered at 6-monthly intervals.

Outcome Studies

The number of referrals made to CHT has more than doubled from 300 in 2001-02 to 820 in 2008-09. The number of people that CHT has been able to help and who have lived in our communities has increased this year by 3% to 153. A further 72 people were accepted for extended assessment periods. 52% of patients moved on successfully, an increase of 27% on 2004-05. 40% of these have gone onto permanent and independent accommodation and 19% to less supported accommodation. The average length of stay has reduced over the last year from four years to two years and two months.

91% of our current patients are involved in some activity in the community beyond CHT's projects. 56% of our patients are in employment, 5% started voluntary work, 15% have attended Day Centres, 15% have been attending training courses either at local colleges or those run especially for the mentally ill. CHT staff work closely with a number of agencies providing employment and training opportunities for patients including Business in the Community and Business Action on Homelessness (Project Compass).

STAFF TRAINING AND RECRUITMENT

Post Graduate Training in Psychoanalytic Psychotherapy

The training and support needs of CHT's staff are of paramount importance to the success of CHT. The minimum entry point is a first degree in psychology and candidates are initially accepted as assistant psychologists. All staff are enrolled on CHT's two-year post graduate diploma which is accredited by Middlesex University. The course covers the theory and practice of therapeutic community working, group and individual therapy, and includes an experiential dimension. Students examine the biological, social and psychological factors in relation to psychiatric disorders. The emphasis of the course is to equip staff to work with patients using a psychoanalytic psychotherapy approach within a multidisciplinary context. As part of the course staff complete a psychiatric placement within their local Community Mental Health Team. Students have access to the libraries at Middlesex University, Brighton University and the Cassel Hospital. On completion of the course staff may move on to either a Masters or Doctoral programme.

The training advisory panel, includes representatives from The Tavistock Clinic, The Sainsbury Centre for Mental Health, The Cassel Hospital, The Henderson Hospital, Arbour, the Mental Health Foundation, Brighton University and Middlesex University.

CHT is an active member of the Community of Communities project at the Centre for Quality Improvement at the Royal College of Psychiatrists. This is a quality network of therapeutic communities. The Community of Communities brings together therapeutic communities, both in the UK and internationally, in a systematic quality improvement audit process that incorporates peer-review, sharing of ideas and joint discussion. There is evidence that therapeutic communities have improved their practice as a result of participation in the project. The Community of Communities is about to pilot a clinical accreditation programme with CHT.

Clinical and Management Supervision

Management supervision and psychotherapy supervision are provided for staff, in individual and group settings. Management supervision provides a forum for overseeing work, giving advice and helping staff develop a solid business sense. Managers and deputy managers are trained in supervision. Clinical supervision helps staff to understand the relationship between events in the community and in groups, and unconscious processes. Supervision helps staff to learn and develop an open, questioning attitude and respect for patients' experiences. This leads to staff forming real and meaningful relationships with patients and enables them to deal with the inevitable stress which comes from working in a context in which their professional identity may not always seem to be clearly defined.

Continuing Professional Development

Seminars in management are provided for senior staff and three-monthly comprehensive induction programmes are run for new project managers and deputy managers. CHT encourages its senior staff to follow external courses to further their professional development. Currently senior staff are studying on post graduate courses at the Tavistock Clinic, the Institute of Group Analysis, Kings College London and Guys Hospital, The majority of staff are also in their own training psychotherapy.

PSYCHOTHERAPY WITH TRAUMATISED EX SERVICE PERSONNEL

Ex-service men and women can find it difficult to adjust to civilian life. Those with psychological difficulties often develop symptoms including alcohol or drug abuse and homelessness, and need support and assistance. According to the Mental Health Foundation, there are five million veterans (with eight million dependants) in the UK, along with around 180,000 serving personnel. Although only a minority of serving personnel and veterans experience mental health problems, they still form a large group of people.

The mental health problems experienced by military personnel are the same as the general population, although experiences during service and the transition to civilian life mean that their mental ill health may be triggered by different factors. Post Traumatic Stress Disorder (PTSD), depression, anxiety and substance abuse affect a significant minority of service personnel and veterans. There has been little research into mental health in the UK armed forces compared to the United States. However, various UK studies have indicated links between active service and mental health problems:

- 22% of a sample of Falklands War veterans showed symptoms of PTSD – a much higher percentage than in the general population.
- Troops deployed to the first Gulf War in 1991 were suffering higher than normal levels of psychological distress and fatigue many years after the conflict.
- A study of body handlers from the Gulf showed that 50% were experiencing PTSD symptoms.

- Psychological difficulties in a sample of British troops increased by 50% after return from duty in Northern Ireland during the conflict there.
- By June 2006, 1,897 British service personnel had been treated for mental health problems thought to be related to their deployment to Iraq.
- Ex-service personnel are also vulnerable to social exclusion and homelessness, both risk factors for mental ill health. Both Crisis (1994) and the Ex-Services Action Group (1997) found that about a quarter of homeless people had served in the armed forces - 25% and 22% respectively.
- The Alcohol Recovery Project found that 9% of clients attending its London walk-in centres had a services background, demonstrating the risks posed by the drinking culture in the armed forces.
- Other factors may include the consequences of the strain of making the transition from an institutional life in the services to the life of a civilian.

Homelessness and the ex-service community

Current estimates of homelessness within the ex-service population are at approximately 6% (Rhodes et al, 2006). This percentage is similar to the one reported by the CLG (*Rough sleeping 10 years on*, 2008) which estimated that the percentage of ex-service rough sleepers is 5%. There remains a very high number of single non statutory ex-service homeless in London on any given day, current projections estimate up to 1,100 individuals. The term non statutory homeless refers to those to whom the state does not consider it has a duty to house, either because they are deemed intentionally homeless or because they are not viewed a priority. It includes the 'single homeless' many of whom are young people of both sexes.

In their report Rhodes et al. (2006) identified that the main difficulties that ex- service personnel face are psychological disorders, drug and alcohol dependency and physical illness. The report from The Royal British Legion (2006) based on the findings of twelve months of research concluded that the main difficulties in the younger ex-service population (16-44 years) are mental health difficulties, particularly depression, unemployment, a lack of transferable skills and few opportunities for training for work (Homeless Link, 2002; 2006).

According to the Centre for Military Health Research at King's College London, even though there is good evidence for the benefit of psychological treatments for depression and PTSD, only a minority of ex-service individuals will receive this treatment (Iversen et al., 2005a; 2005b).

Homelessness and psychotherapy

In an analysis by St Mungo's it was suggested that the main mental health disorder that the homeless population faces is depression (St Mungo's 2006). Recently a World Health Organisation study (*World Health Organisation*, 2008) concluded that the impact of depression on a person's suffering was 50% more serious than angina, asthma, diabetes and arthritis.

The *Improving Access to Psychological Therapies Commissioning Toolkit* (2008) published by the Department of Health suggests that commissioning psychological therapies can

improve people's health and well-being, including those with long-term conditions, leading to savings for the wider health economy and more cost-efficient mental health care pathways.

The National Institute for Clinical Excellence (NICE) (2005) recognises psychological therapies as effective and safe treatments, both in the short term, and for preventing relapse in the long term.

Although health authorities claim to look after former soldiers, most GPs and consultants have little or no experience of this area, and many ex service personnel drop out of treatment programmes because they believe staff cannot understand the traumas they have been through. Additionally, there is a scarcity of statutory provision of psychological services available. Dr Andrew McCulloch Chief Executive of the Mental Health Foundation has commented that, 'people suffering from post traumatic stress disorder triggered by military conflict have specific needs that require specific services that are just not available on the National Health Service (NHS)' (Mental Health Foundation, 2003).

Outside the NHS, the charity Combat Stress provides specialist inpatient and outpatient mental health care for veterans while other organisations, such as Community Housing and Therapy (CHT), provide residential psychotherapy and psychosocial services for ex-service personnel.

Therapeutic community treatment of traumatised soldiers: the historical context Working with psychologically disturbed former soldiers, sailors and airmen is, in a sense a return to one of the key moments in the development of TCs (Gale, et al., 2006). It was during the Second World War in two military hospitals, Northfield Hospital in Birmingham and Mill Hill Hospital, to which part of the Maudsley Hospital had been evacuated at the outbreak of the war. It was at Northfields and Mill Hill that TC concepts were first applied in a psychiatric setting (Harrison 1999). Four leading psychoanalysts, Wilfred Bion, Sigmund Foulkes, Tom Main and Maxwell Jones - who were to have an enormous influence on the TC movement as a whole - all worked in these military hospitals. In fact their influence went beyond the TC movement. Bion, whom David Kennard has described as one of the most influential post war contributors to psychoanalytic theory was later to develop his theory of group basic assumptions at the Tavistock Clinic and strong links were formed, during the Second World War between the Tavistock Clinic and the Army (Shephard, 2002; Kennard, 1983). This co-operation between psychiatry and the Army perhaps came to fruition in Bion's development of the 'leaderless group' as a technique in the process of officer selection. John Bowlby saw this as a crucial intervention which had the effect, additionally, of introducing a degree of democracy into the military hierarchy (Shephard, 2002). Foulkes went on to form the Institute of Group Analysis (IGA) and Tom Main became the director of the Cassel Hospital (Kennard 1983). As a result psychoanalysis has justifiably been described as the founding idea of TCs (Hinshelwood 1998). However, at Northfield Hospital there was already a degree of eclecticism which amounted to something of a hotch potch of psychoanalysis, group dynamics and dramatherapy, as well as what we might now recognise as cognitive behavioural therapy cognitive behavioural therapy (CBT) (Shephard, 2002).

Home Base

In 1997 CHT was approached by The Homeless Fund to set up a dispersed therapeutic community for homeless ex service personnel. A pilot was established with six beds, funded by the National Lottery Charities Board. Following the pilot year the project has developed to 21 beds and is funded principally by annual grants from The Royal British Legion, the Army Benevolent Fund and other charitable trusts, together with statutory funding from Supporting People. Small additional grants are also received from Seafarers UK and the RAF Benevolent Fund². A report by NCVO's Performance Hub summarised the benefits from the funding-funded relationship between The Royal British Legion and CHT:

- Reaching and supporting more ex-service people with severe psychological problems
- Demonstrating via research improved outcomes, showing a reduction in symptoms
- Indirectly supporting CHT giving access to a wider network and as an employer of highly skilled professionals
- Changing attitudes within TRBL towards homelessness and mental health in the ex-service community

Home Base has a number of original features. It has kept the Ministry of Defence (MoD) and ex service charities on board, while managing to maintain the distance from the military necessary for effective therapeutic interventions and operational independence. It is an interagency initiative which integrates a psychoanalytic perspective in the treatment of homelessness and its habitual symptoms of alcohol and substance abuse. It has also developed a therapeutic community treatment which successfully bridges the gap between psychotherapy and practical skills training for work.

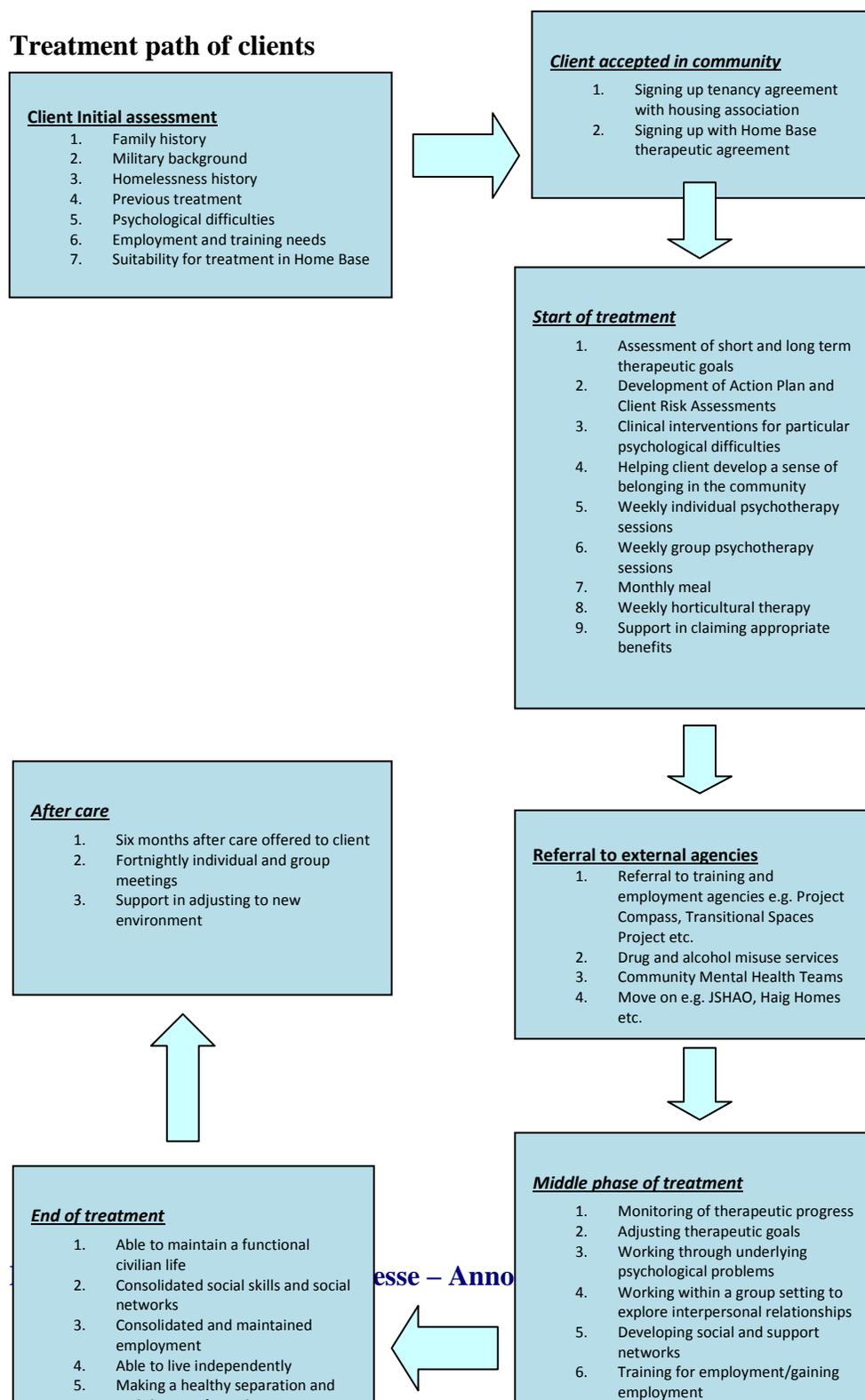
Home Base was formed to provide psychotherapy, rehabilitation and accommodation within the psychosocial environment of a therapeutic community. It does this through partnerships with registered social landlords (RSLs) and other organisations. Additionally, Project Compass/ Business Action on Homelessness (part of Business in the Community) provide training and employment opportunities for its service users. Since its inception Home Base has been an active collaborator in the Ex-Service Action Group on Homelessness and has also developed strong links with the Confederation of British Service and Ex-Service Organisations, the MoD and the Department of Communities and Local Government in order to provide the best possible support to venerable members of the ex-service community.

Currently Home Base provides 21 places and outcomes are measured through continuous data collection analysis and individual assessments of clients. CHT has commissioned research fellows from the universities of Manchester and Nottingham on quantitative and qualitative research programmes and is about to enter into a partnership with Southampton University the Centre for Social Work Research at the University of East London/Tavistock Clinic, to evaluate the effectiveness of the programme. While length of stay varies depending on individual needs, outcomes at 2Q 2008 showed that 14% of Home Base service users moved on to permanent accommodation during the first 6-month period; 52%

² A report by the NCVO's Performance Hub, identified the funding relationship between The Royal British Legion and CHT as one of six examples of best practice which illustrated how funders and funded organisations can work together, M. Abdy and H. Mayall, *Funding better performance: Supporting performance improvement through the funding relationship*, 35-9, NCVO, 2006

gained employment in their first year and 100% by discharge; 81% entered a training course in a number of settings such as universities, colleges of further education, Project Compass/Training for Life and elsewhere.

Treatment path of clients



esse – Anno

Treatment schedule

Individual sessions

In weekly individual psychotherapy sessions clients mental and emotional disorders are treated through the use of psychological techniques to encourage communication of conflicts and insight into problems, with the goal being relief of symptoms, change in behaviour leading to improved social and vocational functioning, and personality growth. This is achieved by helping the patient attain insight into the repressed conflicts which are the source of difficulty. Through the use of CBT the patient's dysfunctional behaviour is changed, using positive reinforcement, developing increased self-efficacy and more realistic and positive attitudes.

Group sessions

In weekly group psychotherapy sessions clients are guided by a therapist to confront their personal problems together. The interaction among clients is an integral part of the therapeutic process. Group therapy focuses on interpersonal interactions, so relationship problems can be addressed. The aim of group psychotherapy is to help with solving the emotional difficulties and to encourage the personal development of the participants in the group.

Members of the group share with others the personal issues which they are facing in adjusting to civilian life. Here participants can talk about event they were involved in during their time in the armed forces, during the time they were homeless or even during the last week. By sharing his/her feelings and thoughts about what has happened to them, clients can give each other feedback, encouragement, support or criticism. Members in the group learn to feel less alone with their problems and the group can become a source of support and strength in times of stress for the participant and a laboratory for new behaviours.

Monthly meal

The community get together to share a meal together each month. This is an important event in the life of the community and provides a setting in which clients can develop relationships and social skills. Often patterns of behaviour appear that indicate the difficulties clients have in forming or maintaining relationships. Later, staff can draw on their exposure to clients in this social setting, to help a client reflect on his experiences of family life – particularly, looking after others and being looked after in childhood. The aims of this kind of social event are manifold, ranging from community building to provoking reflection on relationships and nurturing strategies.

Monthly house meeting

The monthly house meetings focus mainly on the day to day life of the community. The aim is to help clients engage with the community in practical ways and increase the level of responsibility they take for their life.

Move on group

Tenancy breakdown is common amongst homeless people. These groups focus on helping clients, from the beginning of their placement, to think about the long term; about moving to permanent accommodation and how to sustain tenancies. It is a forum in which mutual support is given and strategies are shared in order to find suitable accommodation and sustain it.

Employment and training interventions

Soon after admission clients are assessed for work and their training needs identified. In most cases a referral is made to weekly sessions at Project Compass and the Transitional Spaces Project. Here work training opportunities are provided.

Social enterprise

A horticultural therapy/training project was developed by Home Base in November 2007. A grant of £9,950 was received by the CLG as part of their hostels capital improvement programme (HCIP). This aims at helping clients learn the skills to run their own business, cultivating fruit and vegetables and selling it in a local market.

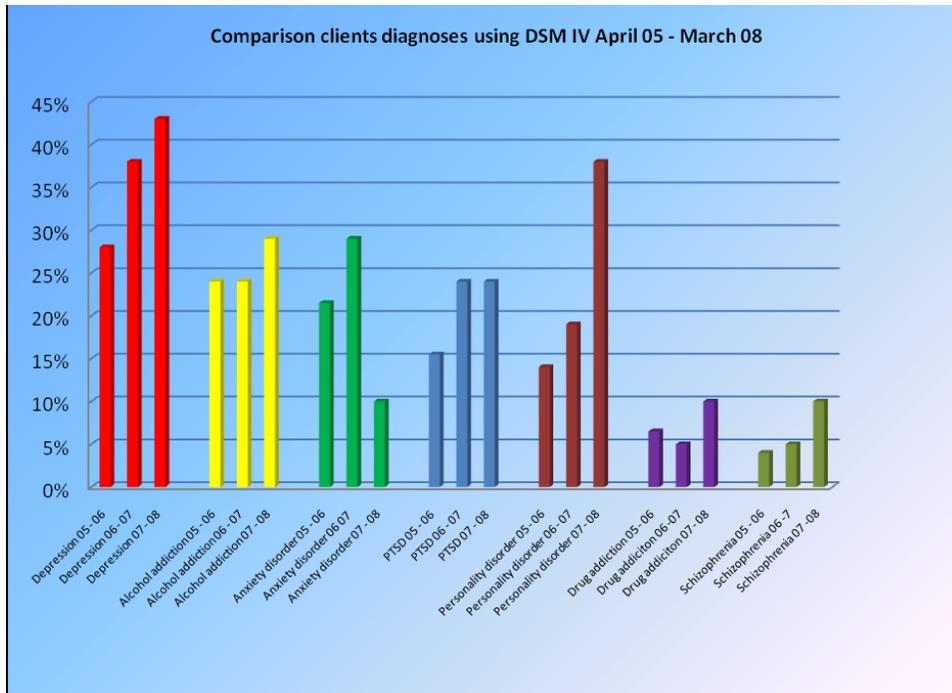
Inter agency work

Home Base has strong links with other agencies. This is due to the co-operation which exists within the ex-service community. In addition, it has also developed relationships with other organisations such as Homeless Link.

Diagnoses

Comparison of clients diagnoses over the past three years. Relating to the period April 05 – March 08.

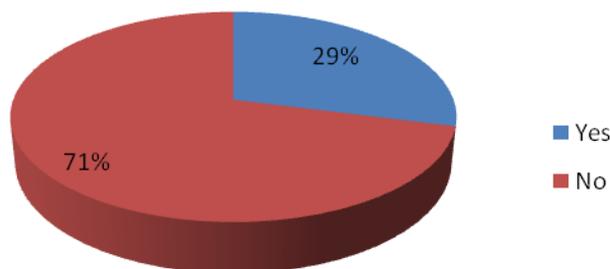
Over the last three years we see a marked increase in those entering the programme with depression, PD and alcohol addiction. Whereas those with anxiety have decreased. This indicates a general trend towards referrals with more severe disorders.



Previous contact with psychological services

The majority of clients when entering treatment have not received any previous psychological treatment. The minority that have had some form of treatment will usually have received treatment for an addiction.

**Clients previous contact with specialist services
April 07 - March 08**



Placement length

The average length of stay is 20 months. Length of stay depends on treatment progress and the availability of move on accommodation.

Case study

	Background	Interventions	Outcomes
Client 1	<p>32 years old at referral.</p> <p>Served for a period of 6 years.</p> <p>Repeated history of homelessness.</p> <p>Breakdown of family relationships during childhood.</p> <p>Diagnosed with Borderline Personality Disorder.</p> <p>Multiple suicide attempts.</p> <p>Sexually abused as an adult and contracted HIV.</p> <p>Alcohol and drug difficulties.</p>	<p>Continuous engagement with Community Mental Health Team.</p> <p>Recognition of underlying psychological difficulties: automatic negative thoughts, interrelationship difficulties.</p> <p>Cognitive Behavioural Therapy (CBT) interventions to help find more effective coping strategies with negative thoughts.</p> <p>Individual psychodynamic psychotherapy to help process past traumatic experiences.</p> <p>Group psychotherapy to explore interpersonal difficulties within a group setting.</p>	<p>Complete elimination of suicidal thoughts.</p> <p>Processing of childhood difficulties.</p> <p>Reduction of negative thinking and finding more functional coping strategies.</p> <p>Eliminated alcohol and drug use.</p> <p>Gained employment.</p>

Concluding remarks

Despite common attributes, existing therapeutic communities have various origins. In the UK, while those that flourished in hospitals are largely gone, care in the community has meant that new smaller therapeutic households have become an integral part of the provision for the mentally ill in the community. The democratic and psychoanalytically-orientated communities such as those run by Community Housing and Therapy lay emphasis on the tension between permanence and temporality in meaning and can thus be described as forming part of a hermeneutic psychoanalytic approach (Gale, 2008). Full speech (*parole pleine*) is the way in which patients enter into a shared world and make sense of their experiences from a perspective of a common understanding. It is a community made up of staff and patients, and the struggle to articulate meaning is shared by all through involvement. This involvement is focused primarily on continually interpreting the world despite the onslaught of unconscious processes, particularly those

projections associated with foreclosure (Gale and Sanchez, 2005b). Thus the therapeutic community is a hermeneutic project, in which perceptible things and rationality are viewed as just a small part of the picture but a part which points patients towards the truth of the unconscious. Fundamentally this existential project has a deep spiritual resonance and the response of veterans to the demands of everyday living serve as a metaphor for marginal states of mind as, for example, homelessness.

References

Campling, P. (2001), *Therapeutic Communities Advances in Psychiatric Treatment* 7: 365-72. Communities and Local Government (2008).

Davies S., Campling P. and Ryan K. (1999) Therapeutic community provision at regional and district levels, *Psychiatric Bulletin*; 23: 79-83.

Finney, J. 2004. *Assessing Treatment and Treatment Processes*. Palo Alto, CA: Centre for Healthcare Evaluation.

Freestone, M., Manning, N., Lees, J., and Evans, C. (2006) "Histories of Trauma in Therapeutic Communities", forthcoming in *Therapeutic Communities*, 27 (2).

Gale, J. (2000). The Dwelling Place of Meaning *A Therapeutic Community Approach to Care in the Community* 35-54 (ed.) S. Tucker, Jessica Kingsley Publishers: London and Philadelphia.

Gale, J. et al. (2006). A Three-Year Study of the Treatment of Psychologically Disturbed Homeless ex-Military Personnel in a Therapeutic Community *Therapeutic Communities* 27 (4): 503-21.

Gale, J. (2008). Exegesis, truth and tradition: a hermeneutic approach to psychosis *Therapeutic Communities for Psychosis – philosophy, history and clinical practice* 38-51 (eds.) J. Gale, A. Realpe and E. Pedriali. London: Routledge.

Gale, J. and Sánchez España, B. (2008). Evidence for the effectiveness of therapeutic community treatment of the psychoses *Therapeutic Communities for Psychosis – philosophy, history and clinical practice* 255-65 (eds.) J. Gale, A. Realpe and E. Pedriali. London: Routledge.

Gale, J. and Sanchez, B. (2005a). Reflections on the Treatment of Psychosis in Therapeutic Communities *Therapeutic Communities* 26 (4): 433-447.

Gale, J. and Sanchez, B. (2005b). The meaning and function of silence in psychotherapy with particular reference to a therapeutic community treatment programme *Psychoanalytic Psychotherapy* 19 (3): 205-20.

Harrison, T. (1999). *Bion, Rickman, Foulkes and the Northfield Experiments. Advancing on a Different Front*. Therapeutic Communities 5. Jessica Kingsley Publishers: London and Philadelphia.

Hinshelwood, R.D. (1998). *Psychoanalytic Origins and today's Work*. The Cassel Heritage *Therapeutic Communities Past Present and Future* (ed.) Penelope Campling and Rex Haigh. Therapeutic Communities 2. Jessica Kingsley Publishers: London and Philadelphia.

Homeless Link (2002) *An Overview of Homelessness in London*. London: Homeless Link

Homeless Link (2006). *Ending Homelessness: from Vision to Action*. Iversen, A., Dyson, C., Smith, N., Greenberg, R., Unwin, C., Hull, L., Hotopf, M., Dandeker, C., Ross, J., Wessely, S., (2005a) Goodbye and good luck: the mental health needs and treatment experiences of British ex-service personnel, *British Journal of Psychiatry* 186: 480-486.

Iversen, A., Nikolaou, V., Greenberg, N., Unwin, C., Hull, L., Hotopf, M., Dandeker, C., Ross, J., Wessely, S., (2005b). "What happens to British veterans when they leave the armed forces?" *European Journal of Public Health* 2: 175-184.

Kennard, D. (1983). *An Introduction to Therapeutic Communities*, Routledge and Kegan Paul: London, Boston.

Lang, H. (1973). *Die Sprache und das Unbewußte*. Jacques Lacans Grundlegung der Psychoanalyse. Suhrkamp: Frankfurt.

Lees, J, Manning, N, Evans, C & Freestone, M. (2004). Some Preliminary findings from the ATC/NLCB Therapeutic Communities Project – A comparative evaluation of Therapeutic Community effectiveness for people with personality disorders, unpublished paper presented at ATC conference 2004.

Lees, J, Manning, N, Rawlings, B. (1999). Therapeutic Community Effectiveness. A Systematic International Review of Therapeutic Community Treatment for People with Personality Disorders and Mentally Disordered Offenders, *CRD Report* 17, York: NHS Centre for Reviews and Dissemination.

Moos, R.H., and Lemke, S. (1994). *Group Residences for Older Adults*. New York: Oxford University Press.

Paget, S. (2000). Delusions as discourse in a therapeutic community *Therapeutic Communities* 21 (4): 253-59.

Rhodes, D., Pleace, N., Fitzpatrick, S., (2006). The Numbers and Characteristics of Homeless Ex-Service People in London: A Review of the Existing Statistical Data, Centre for Housing Policy, University of York.

Sanchez, B. (2004). Understanding the psychotic mental structure from a Lacanian point of view and a dialogical treatment in a therapeutic community *Therapeutic Communities* 25 (4): 253-60.

Shephard, T. (2002). *A War of Nerves: Soldiers and Psychiatrists 1914-1994*. Pimlico: London.

St Mungos, (2006). Homeless Statistics. Can be found at: http://www.mungos.org/homelessness/facts/homelessness_statistics

The Mental Health Foundation (2003). *The Mental Health of Soldiers Returning from Conflict* London: The Mental Health Foundation.

Tucker, S. (1998). Dialogue: training for active citizenship *Therapeutic Communities* 19 (1): 41-53.

Tucker, S. (1999). Community Care: the therapeutic community approach and learning to care, *Therapeutic Communities – Past, Present and Future*, Jessica Kingsley Publishers: London and Philadelphia.

World Health Organization (2008). World Health Statistics.

Il suicidio: il problema e la sua prevenzione

*di Maurizio Pompili**

I dati forniti dall'Istituto Superiore di Sanità indicano che Italia su circa 4.000 persone morte per suicidio in Italia nel 2002, ben 3.000 erano uomini. Analizzando le tre macroaree del nostro paese, Nord, Centro e Sud-Isole si evidenzia chiaramente un gradiente Nord-Sud, tanto per gli uomini quanto per le donne, con livelli di mortalità per suicidio più alti al Nord. Livelli particolarmente elevati di mortalità per suicidio si osservano nelle province del Nord Est, e quelle dell'arco alpino. Nel centro Italia tutte le province del Lazio e l'Aquila hanno tassi di suicidio significativamente più bassi della media nazionale. La Sardegna con tutte le sue province, rappresenta una nota dissonante nel contesto dell'area sud-insulare e in particolare i suicidi fra gli uomini raggiungono livelli di oltre il 75% più elevati della media nazionale, sono fra i più alti in Italia superando anche quelli che si registrano in molte province del Nord Est. Le ragioni del gradiente Nord-Sud potrebbero trovare una spiegazione nelle differenze sociali e culturali del nostro Paese.

Allo stato attuale, il suicidio è un problema grave nell'ambito della salute pubblica. L'Organizzazione Mondiale della Sanità stima un peggioramento del fenomeno suicidario dall'attuale milione di morti per suicidio potrebbe raggiungere un milione e mezzo nel 2020. E' la tragedia umana che ogni anno si consuma superando le morti per attentati terroristici, conflitti bellici e calamità naturali messe insieme. Il suicidio e' il risultato di una complessa interazione di fattori psicologici, biologici e sociali. Il suicidio non emerge mai dal piacere (sebbene vi siano delle eccezioni del tutto particolari), piuttosto e' sempre legato a dispiaceri, vergogna, umiliazione, paura, terrore, sconfitte ed ansia; sono questi gli elementi del dolore mentale che conducono ad uno "stato perturbato". Si tratta di uno stato della mente in cui il soggetto perde gli abituali punti di riferimento. Si sente angosciato, frustrato, senza aspettative nel futuro e inaiutabile. Questa miscela di emozioni diviene "esplosiva" quando l'individuo si rende conto che per risolvere tale sofferenza estrema, il suicidio è la migliore soluzione. Nella trattazione del suicidio la parola chiave non e' 'morte' ma 'vita' dal momento che questi individui sono fortemente ambivalenti circa la loro scelta; piuttosto vogliono vivere ma senza il loro dolore mentale insopportabile. Sebbene i contributi nella ricerca sul suicidio siano sempre più numerosi, solo una minoranza apporta indicazioni pratiche e facilmente assimilabili. La suicidiologia è la scienza dedicata alla prevenzione e allo studio scientifico del suicidio. Il termine è attualmente impiegato per riferirsi allo studio del fenomeno suicidario ma andrebbe riservato agli interventi volti a salvare la vita degli individui a rischio. Tale disciplina è nata e si è sviluppata a Los Angeles grazie all'opera pionieristica di Edwin Shneidman.

Il suicidio e' uno dei tabù più radicati nella nostra società. Parlare dell'argomento suscita riluttanza ed evitamento e persino dagli operatori della salute il tema é in gran parte

misconosciuto. I dati della letteratura riportano che frequentemente i soggetti che hanno commesso il suicidio nei mesi e settimane precedenti la morte si sono recati da un operatore della salute, in primo luogo un medico di base. Secondo recenti studi, il 45% delle persone decedute per suicidio aveva avuto un contatto con la medicina di base nel mese precedente il suicidio. Altri studi indicano che tra il 25% e il 75%, dei pazienti che commettono il suicidio hanno un contatto con la medicina di base nel lasso di tempo da 30 a 90 giorni. Puntualmente però sia i medici di base che gli altri operatori della salute falliscono nel riconoscere il rischio di suicidio omettendo di chiedere al soggetto se abbia mai pensato al suicidio.

Spesso il comportamento suicidario si associa ad una crisi, soprattutto in situazioni di stress straordinario di limitata durata. In questo contesto, gli individui considerano il suicidio con grande ambivalenza psicologica. Infatti, il desiderio di morire e quello di essere salvati sussistono allo stesso livello. Persino nella crisi gli individui conservano il bisogno di esprimersi e di comunicare con gli altri, smentendo la nozione che il suicidio avviene improvvisamente, inevitabilmente e senza alcun avviso come dimostrato dalla letteratura. Se si osservano retrospettivamente i dati dei soggetti suicidi si osserva che la sofferenza mentale prolungata, l'ambivalenza nei confronti del suicidio, fantasie di vendetta, di essere salvati e di rinascita sono state presenti per un lungo periodo di tempo. Il tentativo di porre fine alla sofferenza è caratterizzato da manovre maladattative fallimentari che poi riconducono il soggetto all'idea del suicidio. Il soggetto emette dei segnali inerenti la sua preoccupazione coinvolgendo le persone che lo circondano attraverso parole e azioni, concentrando nelle sue comunicazioni il "Cry for Help" ossia la richiesta di aiuto.

Nel corso di una vita trascorsa a studiare il suicidio, Shneidman ha concluso che l'ingrediente base del suicidio è il dolore mentale, egli chiama questo dolore insopportabile psychache, che significa "tormento nella psiche". Shneidman suggerisce che le domande chiave che possono essere rivolte ad una persona che vuol commettere il suicidio sono "Dove senti dolore?" e "Come posso aiutarti?". Se il ruolo del suicidio è quello di porre fine ad un insopportabile dolore mentale, allora lo scopo è alleviare questo dolore. Se infatti si ha successo in questo compito, quell'individuo che voleva morire sceglierà di vivere.

Shneidman inoltre considera che le fonti principali di dolore psicologico (vergogna, colpa, rabbia, solitudine, disperazione) hanno origine nei bisogni psicologici frustrati e negati. Nell'individuo suicida è la frustrazione di questi bisogni e il dolore che da essa deriva, ad essere considerata una condizione insopportabile per la quale il suicidio sembra il rimedio più adeguato. Ci sono bisogni psicologici con i quali l'individuo vive e che definiscono la sua personalità e bisogni psicologici che quando sono frustrati inducono l'individuo a scegliere di morire. Potremmo dire che si tratta della frustrazione di bisogni vitali; questi bisogni psicologici includono il bisogno di raggiungere qualche obiettivo come affiliarsi ad un amico o ad un gruppo di persone, essere autonomi, opporsi a qualcosa, imporsi, il bisogno di essere accettati e compresi e il conforto. Shneidman ha proposto la seguente definizione del suicidio: "Attualmente nel mondo occidentale, il suicidio è un atto conscio di auto-annientamento, meglio definibile come uno stato di malessere generalizzato in un individuo bisognoso che alle prese con un problema, considera il suicidio come la migliore soluzione". Shneidman ha inoltre suggerito che il suicidio è meglio comprensibile se considerato non come un movimento verso la morte ma come un movimento di allontanamento da qualcosa che è sempre lo stesso: emozioni intollerabili, dolore insopportabile o angoscia inaccettabile, in una parola psychache. Se dunque si riesce a

ridurre, ad intaccare e a rendere più accettabile il dolore psicologico quel soggetto sceglierà di vivere.

Nella concettualizzazione di Shneidman il suicidio è il risultato di un dialogo interiore; la mente passa in rassegna tutte le opzioni. Quando emerge l'idea del suicidio la mente lo rifiuta e continua la verifica delle opzioni. Trova il suicidio, lo rifiuta di nuovo; alla fine la mente accetta il suicidio come soluzione, lo pianifica, lo identifica come l'unica risposta, l'unica opzione disponibile.

L'individuo sperimenta uno stato di costrizione psicologica, una visione tunnel, un restringimento delle opzioni normalmente disponibili. Emerge il pensiero dicotomico, ossia il restringimento del range delle opzioni a due sole (veramente poche per un range): avere una soluzione specifica o totale (quasi magica) oppure la fine (suicidio). Il suicidio è meglio comprensibile non come desiderio di morte, ma come cessazione del flusso di idee, ovvero la completa cessazione del proprio stato di coscienza e dunque la risoluzione del dolore psicologico insopportabile. Noi ci proponiamo di rendere più tollerabile tale dolore mentale.

Il medico o colui che deve confrontarsi con soggetto a rischio ha la naturale paura favorire idee di suicidio durante l'indagine sul tema. Tuttavia non esiste alcuna prova che sostenga tale timore; il suicidio è un atto serio e cosciente che necessita molto di più di un singolo colloquio per essere agito. Parlarne con onestà e franchezza, senza timori aiuta notevolmente coloro che lo hanno meditato. Per prevenire efficacemente il suicidio è necessario che l'operatore conosca bene il proprio impatto con il tema, interrogandosi con domande simili:

- Ritengo che il suicidio sia un segno di debolezza di cui la gente dovrebbe vergognarsi?
- Ritengo il suicidio come immorale o peccaminoso?
- Penso che il tema di suicidio sia un tabù?
- Penso che il suicidio sia il risultato della follia?
- Reagisco eccessivamente con ricoveri e precauzioni di ogni genere in presenza di un'ideazione suicidaria?

Il paziente può cogliere il giudizio del terapeuta dal tono della voce o dal linguaggio corporeo. Se il terapeuta nutre delle attitudini di condanna nei confronti del suicidio sostenendo i miti e non i fatti sul suicidio probabilmente fallirà nel suo compito. Il medico deve poter comunicare al paziente che si può parlare di suicidio e che la trattazione del tema avviene su un terreno sicuro. Se al contrario, il medico evita di chiedere e si affretta a chiedere con modalità non appropriate otterrà dal paziente solo la chiusura. Spesso indagare il rischio di suicidio implica il dover passare maggiore tempo con il paziente; confrontarsi con il paziente e i familiari per provvedimenti coatti; rischiare possibili confronti medico-legali. In altre parole: maggiore impegno, maggiori problemi, maggiori preoccupazioni; questi sono solo alcuni motivi per i quali l'indagine sul rischio di suicidio è evitata nella pratica clinica.

Ci sono delle semplici regole che è importante seguire nel comunicare con gli individui a rischio di suicidio:

Come comunicare

- Ascoltare attentamente, con calma
- Comprendere i sentimenti dell'altro con empatia
- Esprimere rispetto per le opinioni e i valori della persona in crisi

- Parlare onestamente e con semplicità
- Esprimere la propria preoccupazione, accudimento e solidarietà
- Concentrarsi sui sentimenti della persona in crisi

Come non comunicare

- Interrompere troppo spesso
- Esprimere il proprio disagio
- Dare l'impressione di essere occupato e frettoloso
- Dare ordini
- Fare affermazioni intrusive o poco chiare
- Fare troppe domande

Segnali che denotano rischio di suicidio imminente:

- parlare del suicidio o della morte
- Affermazioni come “Magari fossi morto” o “Ho intenzione di farla finita”
- oppure segnali meno diretti come “A che serve vivere?”, “Ben presto non dovrai più preoccuparti di me” e “A chi importa se muoio?”
- isolamento da amici e famiglia
- esprimere la convinzione che la vita non abbia senso e speranza;
- disfarsi di cose care; sistemare affari in sospeso, fare un testamento;
- alterazione delle abitudini del sonno e dell'appetito;
- diminuzione del rendimento scolastico o lavorativo;
- mostrare un miglioramento improvviso e inspiegabile dell'umore dopo essere stato depresso;
- trascurare l'aspetto fisico e l'igiene
- Improvvisa perdita economica, grandi fallimenti, disastri naturali;
- Perdita delle aspettative future;
- Convincersi che il destino li stia chiamando, volersi riunire con una persona cara in paradiso;
- Inusuale partecipazione ad attività religiose rispetto al passato;
- Lamentarsi continuamente di essere annoiati, essere letargici ed affermare “Non so cosa fare”;
- Recenti perdite di persone care, separazioni violente
- Disoccupazione ed impossibilità a trovare lavoro, soprattutto tra i giovani;
- Vittime di violenza domestica e abusi sessuali;
- Gravi conflitti familiari;
- Dimissioni ospedaliere recenti;
- Aspettative grandiose riposte su soggetti incapaci o non volenterosi di raggiungerle

Domande utili

- Ti senti triste?
- Senti che nessuno si prende cura di te?
- Pensi che non valga la pena di vivere?
- Pensi che vorresti suicidarti?

Indagine sulla pianificazione del suicidio

- Ti è capitato di fare piani per porre fine alla tua vita?
- Hai un'idea di come farlo?

Indagine su possibili metodi di suicidio

- Possiedi farmaci, armi da fuoco o altri mezzi per commettere il suicidio?
- Sono facilmente accessibili e disponibili?

Indagine su un preciso lasso di tempo

- Hai deciso quando vuoi porre fine alla tua vita?
- Quando hai intenzione di farlo?

Fattori di rischio per il suicidio

Fattori di rischio biopsicosociali

- Disturbi mentali, in particolare disturbi dell'umore, schizofrenia, ansia grave e alcuni disturbi di personalità
- Alcol ed altri disturbi da abuso di sostanze
- *Hopelessness*
- Tendenze impulsive e/o aggressive
- Storia di trauma ed abusi
- Alcune patologie mediche gravi
- Precedenti tentativi di suicidio
- Storia familiare di suicidio

Fattori di rischio ambientali

- Perdita di lavoro o perdita finanziaria
- Perdite relazionali o sociali
- Facile accesso ad armi letali
- Eventi locali di suicidio che possono indurre fenomeni di emulazione

Fattori di rischio socioculturali

- Mancanza di sostegno sociale e senso di isolamento
- Stigma associato a necessità di aiuto
- Ostacoli nell'accedere alle cure mediche, soprattutto relative alla salute mentale e all'abuso di sostanze
- Credenze culturali e religiose (ad esempio credere che il suicidio sia una soluzione a dubbi personali)
- Esposizione ad atti di suicidio, come attraverso i mass media

Raccomandazioni finali

- Identificare i vari fattori che contribuiscono alla crisi suicidaria;
- Condurre una valutazione "psichiatrica" completa, identificando fattori di rischio e fattori di protezione distinguendo quelli modificabili da quelli non modificabili;
- Chiedere direttamente sul suicidio;
- Determinare il livello di rischio: basso, medio, alto;
- Determinare il luogo e il piano terapeutico;
- Indagare l'ideazione suicidaria presente e passata così pure intenti, gesti o comportamenti suicidari; indagare sui metodi usati; determinare il livello di

hopelessness, anedonia, sintomi ansiosi, motivi per vivere, abuso di sostanze, ideazione omicida.

Presso l'UOC di Psichiatria dell'Ospedale Sant'Andrea in Roma diretta dal Prof. Tatarelli si sta costituendo un ambulatorio dedicato ai soggetti a rischio di suicidio. Intorno a questa iniziativa ruota un gruppo folto di collaboratori che si occupa di diffondere i fondamenti della prevenzione del suicidio nell'ambito della comunità. In particolare abbiamo pensato di offrire un programma di psicoeducazione rivolto ai soggetti a rischio di suicidio. Il programma prevede una prima visita con uno psichiatra preparato al riconoscimento del rischio di suicidio. Durante la prima visita viene accertato se il paziente è idoneo ad essere inserito nel programma di 8 incontri che si propone di sostenere gli individui a rischio di suicidio non modificando le loro attuali terapie ma integrandosi al loro piano terapeutico. Gli incontri sono composti da sessioni singole studiate ad hoc. Le sessioni durano 60 minuti con frequenza settimanale per un periodo minimo di 8 incontri consecutivi. Alla fine del ciclo i pazienti possono accedere ad un programma di mantenimento nel quale si approfondiscono i temi trattati e si enfatizzano ulteriormente gli obiettivi del programma. Durante gli incontri i pazienti ascoltano come si struttura il rischio di suicidio e imparano a conoscere le modalità per chiedere aiuto. La sofferenza psichica è allo stesso tempo vissuta a livello somatico con blocchi della respirazione, peso al torace o ad esempio con un nodo in gola. Per questo motivo sono parte di questo programma esercizi rivolti alla consapevolezza corporea. Uno spazio importante è riservato all'interazione tra i partecipanti e che possono parlare della loro sofferenza e confrontarsi con altri partecipanti e rendersi conto in questo modo, che quel dolore che ritenevano unico è invece presente in altre persone.

CONCLUSIONI

La prevenzione del suicidio è un compito che riguarda tutti. I medici, ancor più delle altre figure coinvolte nella salute pubblica, hanno un ruolo cruciale. Chiedere se il paziente abbia mai pensato al suicidio non è mai rischioso anzi rappresenta la principale arma di prevenzione. Particolare enfasi dovrebbe essere posta sulla formazione, specialmente durante gli anni che conducono al conseguimento della laurea. Avere professionisti capaci di trattare il rischio di suicidio con serenità e destrezza rappresenta uno dei grandi traguardi della medicina. (www.prevenireilsuicidio.it).

**medico psichiatra e suicidologo, Ricercatore Universitario e docente presso i corsi di laurea e specializzazione della II Facoltà di Medicina e Chirurgia, Sapienza Università di Roma. E' affiliato al McLean Hospital – Harvard Medical School, Boston, USA. E' autore di circa 200 pubblicazioni sul suicidio compresi due libri internazionali. E' il referente per l'Italia dell'International Association for Suicide Prevention (IASP). E' stato insignito nel 2008 con lo Shneidman Award dall'American Association of Suicidology per i contributi di alto valore resi alla ricerca sul suicidio.*

Gli ultrà

di Paolo Paolotti*

Ci occupiamo del fenomeno degli ultrà perché le curve degli stadi di calcio sono da molti anni uno dei principale luoghi di aggregazione spontanea e di massa dei giovani.

Nel corso degli ultimi decenni le caratteristiche, i comportamenti, i valori di base, le intenzioni e le motivazioni dei gruppi ultrà hanno subito modificazioni sostanziali, che sono, in qualche modo, lo specchio dei mutamenti generazionali avvenuti nel nostro Paese. Cercare di comprendere questo cambiamento è lo scopo di questo lavoro. Per mantenere un'attendibilità scientifica procederemo ad una storia descrittiva del fenomeno per poi ipotizzare una sua patogenesi e un'eziologia. Per la eventuale cura al momento non esistono presupposti validi, sempre che di cura ci sia bisogno.

IL FENOMENO

Con il termine **ultras** (o più correttamente **ultrà**) (derivato dal francese *ultra-royaliste*, di origine latina, indicante i più fanatici attori del terrore bianco) si definisce il tifoso organizzato di una determinata *società sportiva*, più frequentemente di tipo calcistico, ma spesso anche di pallacanestro, hockey, pallanuoto ed altri sport.

L'ultras è caratterizzato da un forte senso di appartenenza al proprio gruppo e dall'impegno quotidiano nel sostenere la propria squadra, che trova il suo culmine durante le competizioni sportive. Prende posto solitamente nel settore popolare dello stadio, definito *curva*.

Il fenomeno del tifo calcistico nasce in Italia negli anni 50 quando i primi tifosi di squadre di calcio iniziano a riunirsi in gruppo. A Torino, con i "Fedelissimi Granata 1951", nascono i primi esempi di questo fenomeno, che inizia poi a diffondersi anche in Gran Bretagna, dove gli ultras vengono battezzati *hooligans*. Vi sono differenze basilari tra i due modi di essere ultras: in Gran Bretagna viene lasciato molto più spazio ad azioni spontanee, mentre in Italia si tende a coordinare i vari elementi in un'unica voce. Anche le forme estetiche del tifo risentono di questa differenza: in Gran Bretagna si predilige l'impatto vocale a quello visivo e non si usano i tamburi che contraddistinguono le colorite curve italiane.

In Italia il primo gruppo ultras, formatosi a Milano nel 1968, fu la "Fossa dei Leoni" (Milan) gruppo sciolto nel 2005 in seguito a divergenze interne alla curva. Nel 1969 i primi due gruppi ad aver utilizzato per primi la parola *Ultras* sono i sampdoriai "Ultras Tito Cucchiaroni", e gli "Ultras Granata" di Torino, sponda granata.

Nel corso degli anni 60 queste nuove strutture aggregative iniziano a svilupparsi intorno alle grandi squadre dell'epoca e i loro membri si distinguono dai supporter tradizionali per il modo attivo ed organizzato di incoraggiare la loro squadra del cuore. Ogni gruppo ultras ha allora un proprio nome simbolico ed uno striscione dietro cui radunarsi. Nascono le coreografie per sostenere la propria squadra: si cantano inni, gli stadi si riempiono di

bandiere, si lanciano coriandoli e si accendono i primi fumogeni. Parallelamente nasce anche la competizione con i gruppi ultras di altre squadre.

(da Wikipedia).

Gli anni Settanta

Lo sviluppo dei gruppi ultras negli anni '70 coincide con un periodo piuttosto tempestoso della società italiana, toccata a più riprese da episodi di violenza e terrorismo. Cosicché gli ultras, risentendo del clima di generale violenza, prima durante e dopo la partita, specie in occasione degli incontri "più caldi", si abbandonano a veri e propri atti di guerriglia urbana. Tutto ciò era riscontrabile nei cori spesso presi in prestito dalle manifestazioni e dai cortei, nell'abbigliamento, nella simbologia riproposta dagli striscioni e dagli stessi nomi dei gruppi. (da Wikipedia).

Giovanni Francesio ha studiato da vicino e dall'interno l'evoluzione del tifo ultra nei nostri stadi di calcio, ne citiamo ampi stralci:

“quella che prima del 1968 non c'era, non era mai entrata negli stadi, è la **dimensione antagonista del tifo**, che emerge proprio quando nelle curve cominciano ad arrivare, o meglio a manifestarsi, quelli dell'antagonismo sociale e politico di piazza, soprattutto di quella parte della sinistra extraparlamentare e dei movimenti studenteschi che puntava ad una liberazione politica attraverso la vita quotidiana....

Tutto il carico di delusioni e di aspettative mancate a partire dal 1969-70 producono un ripiegamento dell'azione collettiva di vaste fasce giovanili dalla sfera del conflitto sociale a quella del conflitto simbolico...al tentativo politico di “liberare” l'intero paese, destinato al fallimento, si sostituisce quello più realizzabile di liberare delle piccole aree, eleggendole a simbolo della propria alterità (Antonio Roversi, “Calcio, tifo e violenza. Il teppismo calcistico in Italia”, ed. Il Mulino, Bologna 1992).

Ma non si deve pensare che si sia trattato di una occupazione politica della curva da parte della politica, affatto....identici i protagonisti, identici gli atteggiamenti, ma il rito dello stadio, in qualche modo, fagocitava tutto e lo faceva suo.

Sembrirebbe un triste ripiego, insomma, ma con la variabile impazzita della passione calcistica, che ha rivitalizzato tutto e tutti.

La curva si è imposta come perfetto spazio di libertà, da conquistare e difendere. Essere ultras: essere e sentirsi, anche confusamente, anche superficialmente, comunque contro. Sentirsi circondati da un'aura antagonista.

Nelle curve a partire dal '68 cominciano a comparire, aggiungendosi ai tradizionali strumenti del tifo, i modi e i simboli delle manifestazioni di piazza (v. l'inno delle Brigate Rossonere della Fossa dei Leoni di S. Siro) ed è significativo che questo accada solo in Italia, perché in Inghilterra i cori attingono alla tradizione popolare e non politica.

... ci si può domandare se la dimensione ultras non sia stata così attraente per molti ragazzi perché in essa si poteva sfogare un'esigenza puramente politica, se fare l'ultras non sia stato un modo di porsi come soggetto politico da parte di una frazione non irrilevante del mondo giovanile. ...

Il fenomeno si estende a macchia d'olio:

dopo la Fossa dei Leoni milanista, cui si affiancano immediatamente i Commandos Tigre, seguono gruppi in tutte le principali città italiane del Nord:

1969 Genova Sampdoria Ultras Tito Cucchiaroni primi ad usare il nome ultras

1969 Milano Inter Boys S.A.N. Squadre d'Azione Nerazzurre, dichiaratamnete di destra

1971 Torino Ultras Granata Verona Brigate Gialloblu

1972 Napoli Commando Ultrà Napoli e Boys e Fedayn a roma
1973 a Genova Fossa dei Grifoni genoana e ultras fiorentini Superstar Supporters
1975 Brigade rossonere
1976 Brigade nerazzurre dell'Atalanta
1978 Collettivo autonomo Viola

Nel 1977 i gruppi della Curva Sud dello stadio Olimpico di Roma si riuniscono nel Commando Ultrà Curva Sud e possiamo considerare questa data come quella della definitiva esplosione degli ultras.

Alla fine degli anni 70 non esiste città con una squadra di calcio dalla serie A alla C che non abbia un gruppo ultras.

A parte i Boys S.A.N dell'Inter tutti i gruppi ultras sono fondati da ragazzi che gravitano intorno o simpatizzano per la sinistra extraparlamentare...e si capisce: quando si comincia ad intuire la fine della politica come sbocco per l'antagonismo giovanile lo stadio deve essere sembrato a molti l'uscita di sicurezza perfetta. E comunque...la curva è un gran bel posto dove stare e gli stimoli e le passioni che si generano nel gruppo traggono ulteriore alimento dal fatto sportivo, dal campanile e dalla rivalità. Infine lo stadio garantisce ai gruppi una presenza popolare ampia e costante, più un collante tenacissimo, la passione calcistica. Presto a soddisfare il narcisismo congenito nei protagonisti di un fenomeno di questo tipo arriverà anche la televisione.

Così il movimento ultras ha resistito al tempo, conservando la sua carica antagonista e ribellista; e per tutti questi anni, nonostante l'opinione pubblica sempre ostile, le ***curve sono state il principale, quando non l'unico, luogo di aggregazione collettiva spontanea e di massa per le generazioni più giovani.***

In questi anni si forma l'ormai mitica "mentalità ultras", costituita di poche, elementari regole: ***fedeltà al gruppo, rispetto per gli anziani della curva, concetto "leale" dello scontro fisico, che esclude gli agguati, i tanti contro pochi, le aggressioni ai non-ultras e le aggressioni per ammazzare e bandisce l'uso del coltello. Poche cose chiare come in tutte le organizzazioni non democratiche e tribali. I capi vengono scelti in base a: fedeltà, passione, anzianità, coraggio, astuzia, coerenza, carisma.***

La situazione incrudelisce come quella del Paese, ma proprio perché c'è ben altro a cui pensare di quello che succede negli stadi tutti se ne fregano. Polizia poca, sistemi di sicurezza zero, controlli inesistenti: la situazione ideale per chi cerca lo scontro di gruppo e gli ultras, nella maggior parte, cercano proprio quello.

Nel 1979 muore a Roma Vincenzo Paparelli nel corso di un derby, ucciso da un razzo lanciato dalla curva rivale; è il primo morto negli stadi.

Gli anni 80

La generazione dei fondatori, che aveva dato origine al fenomeno ultras e che era legata, quando non collegata, al mondo della sinistra extraparlamentare, comincia a uscire di scena, nemmeno troppo lentamente. Subentrano ragazzi nuovi e più giovani, con meno vincoli di gruppo, più attratti dalla dimensione estetizzante e violenta che dall'esperienza collettiva, dallo stare insieme. Gente che vive la curva non tanto come spazio liberato e libero dalle regole imposte dalla società quanto come una vetrina e una roccaforte da difendere. Si diffonde l'individualismo e la voglia di affermarsi singolarmente... gli ultras diventano mano compatti e molto più pericolosi.

Si moltiplicano i gruppi, avvengono scissioni clamorose (vedi Curva Sud a Roma con i gruppi GAM antiManfredonia).

Tutto questo moltiplica le occasioni di violenza

1982 muore Andrea Vitone soffocato dall'incendio del treno di ritorno da un Bologna – Roma

1984 muore accoltellato per errore Marco Fonghessi dopo Milan-Cremonese: Muore Stefano Furlan dopo Triestina-Udinese per le percosse ricevute da un poliziotto

1986 muore Paolo Caroli tra le fiamme del treno dopo Pisa-Roma

1988 muore ad Ascoli Reno Filippini dopo gli scontri con i Boys interisti

1989 muore Antonio Falchi negli scontri prepartita di Milan-Roma

Anarchia, cinismo, sconsideratezza, nessuna consapevolezza da parte degli ultras dei pericoli che si corrono e che fanno correre agli altri; leggi inadeguate da parte dello Stato e società calcistiche colpevolmente inconsapevoli, quando non silenziose ai limiti della connivenza, per paura o quieto vivere.

Certo è che per un periodo di circa quindici anni, dal 1980 al 1995, la situazione negli stadi italiani appare completamente fuori controllo: sia perché il “sistema”, inteso come forze dell'ordine e società calcistiche, evidentemente non ha i mezzi, o la forza, o la determinazione per affrontare il problema, sia perché gli ultras sono drammaticamente incapaci di darsi delle regole e dei limiti. Il fascino della violenza diventa domenica dopo domenica sempre più seducente, la consapevolezza dei danni che si possono creare sempre più labile.

Gli anni 90

1995 morte di Vincenzo Spagnolo a Genova

Si radicalizza lo scontro con le forze dell'ordine. Da azioni di contenimento i “blu” entrano in gioco come gli avversari da combattere. Tutti i gruppi ultras si allineano contro la polizia.

1999 Piacenza-Salernitana il treno di ritorno a Salerno, morte di 4 tifosi.

Gli anni 2000

2001 lo scudetto della Roma, le trasferte dei tifosi generano spesso disordini

2001 Global forum a Napoli e G8 a Genova: molti frequentatori delle curve si sono avvicinati al movimento antiglobalizzazione e partecipano agli scontri di piazza per “regolare i conti” con i poliziotti.

2004 derby del bambino morto; a Roma un derby viene interrotto perché si sparge la voce, senza alcun fondamento, della morte di un bambino nell'antistadio per incidenti tra forze dell'ordine e tifosi ultras.

Si sciolgono le Brigate nerazzurre dell'Atalanta e la Fossa dei Leoni del Milan

Compaiono le sigle BISEL (Basta Infami Solo Lame) e ACAB (All cops are bastards)

2007 morte di Raciti a Catania prima di Catania-Palermo

2007 Roma-Manchester

2007 morte di Gabriele Sandri “

(Da TIFARE CONTRO di Giovanni Francesio ed. Sperling & Kupfer 2008)

I cambiamenti più rilevanti consistono quindi in un progressivo aumento della violenza, che diventa incontrollata, senza regole, generalizzata e ritualizzata, una costante nei comportamenti ultrà. Allo scontro tra fazioni rivali si sostituisce sempre più lo scontro di tutti i gruppi con i “blù”, le forze dell'ordine, sia negli stadi che fuori. Spesso eventi esterni ed estranei al mondo del calcio vengono utilizzati per regolamenti di conti con i blù, in

contesti più congeniali o che possono favorire azioni violente al di fuori degli schemi soliti, prevedibili e controllabili.

LA PATOGENESI

Il fenomeno ci interessa come espressione di un disagio giovanile profondo, rifiutando quindi le solite spiegazioni del tipo “teppisti che nulla hanno a che fare col mondo del calcio”, cerchiamo altre possibili interpretazioni.

Ci sembra importante quello che ha scritto U. Galimberti in “L’ospite inquietante”:

“Cosa succede quando la crisi non è più l’eccezione alla regola, ma essa stessa regola della nostra società? (“ L’epoca delle passioni tristi” M. Benasayag e G. Schimit 2007)

I due studiosi hanno posto sotto osservazione i servizi di consulenza psicologica e psichiatrica diffusi in Francia e si sono accorti che a frequentarli, per la gran parte, sono persone le cui sofferenze non hanno una vera e propria origine psicologica, ma riflettono la tristezza diffusa che caratterizza la nostra società contemporanea, percorsa da un sentimento permanente di insicurezza e precarietà.

Quali “tecnici della sofferenza” si sono sentiti impreparati ad affrontare problemi che non fossero di natura psicopatologica. E invece di adagiarsi tranquillamente sui farmaci a loro disposizione per curare il disordine molecolare e così stabilizzare la crisi, si sono messi a studiare e pensare il senso che si nasconde nel cuore del sintomo, quando la crisi non è tanto del singolo quanto il riflesso nel singolo della *crisi della società*, che, senza preavviso, fa il suo ingresso nei centri di consulenza psicologica e psichiatrica, lasciando gli operatori disarmati.

In che cosa consiste questa crisi? In un cambiamento del segno del futuro: dal **futuro-promessa** al **futuro-minaccia**. E siccome la psiche è sana quando è aperta al futuro, quando il futuro chiude le sue porte o, se le apre, è solo per offrirsi come incertezza, precarietà, insicurezza, inquietudine, allora, come dice Heidegger “il terribile è già accaduto”, perché le iniziative si spengono, le speranze appaiono vuote, la demotivazione cresce, l’energia vitale implode...perché l’impotenza, la disgregazione e la mancanza di senso fanno della crisi attuale qualcosa di diverso dalle altre a cui l’Occidente ha saputo adattarsi, perché si tratta di una crisi dei fondamenti stessi della nostra civiltà.

La mancanza di un futuro come promessa arresta il desiderio nell’assoluto presente. Meglio star bene e gratificarsi oggi se il domani è senza prospettiva.

Ciò significa che nell’adolescente non si verifica più quel passaggio dalla libido narcisistica (che investe sull’amore di sé) alla libido oggettuale (che investe sugli altri e sul mondo).

La mancanza di un futuro come promessa priva genitori e insegnanti dell’autorità di indicare la strada. Tra adolescenti e adulti si instaura allora un rapporto *contrattualistico* per effetto del quale genitori e insegnanti si sentono continuamente tenuti a giustificare le loro scelte nei confronti del giovane, che accetta o meno ciò che gli viene proposto in un rapporto *egualitario*. Ma la relazione tra giovani e adulti non è simmetrica e trattare l’adolescente come un proprio pari significa non contenerlo e soprattutto lasciarlo solo di fronte alle proprie pulsioni e all’ansia che ne deriva. Quando i sintomi del disagio si fanno evidenti l’atteggiamento dei genitori e degli insegnanti oscilla tra la coercizione dura – che può avere senso solo quando le promesse del futuro sono garantite- e la seduzione di tipo commerciale di cui la cultura consumistica che si va diffondendo è un invito.

Senonché anche i giovani di oggi devono fare il loro Edipo, devono cioè esplorare la loro potenza, sperimentare i limiti della società, affrontare tutte le situazioni tipiche dei

riti di passaggio dell'adolescenza, tra cui uccidere simbolicamente l'autorità, il padre. E siccome questo processo non può avvenire in famiglia dove, per effetto dei rapporti contrattuali tra padri e figli, l'autorità non esiste più, i giovani finiscono con il fare il loro Edipo con la polizia, scatenando nel quartiere, allo stadio, nella città, nella società la violenza contenuta in famiglia.

I ragazzi dello stadio e la violenza nichilista...assurda perché non è neppure un mezzo per raggiungere uno scopo. E' puro scatenamento della forza che non si sa come impiegare e dove convogliare, e perciò si sfoga nell'anonimato di massa, senza considerazione e senza calcolo delle conseguenze. La mancanza di scopi rende la violenza infondata e quindi assoluta. Ma proprio nel momento in cui la violenza è libera da qualsiasi considerazione e da qualsiasi scopo, e quindi da qualsiasi razionalità, diventa completamente se stessa e si trasforma in pura crudeltà nichilista.

La violenza nichilista si ritualizza secondo quel meccanismo che Freud ci ha spiegato là dove scrive che la violenza, latente nell'inconscio individuale di ciascuno di noi, diventa manifesta nell'inconscio collettivo di massa, dove la responsabilità individuale è difficile da identificare e l'impunità generale diventa un salvacondotto per gesti più esecrati e senza motivazione, perché la violenza nichilista è autosufficiente.

La caratteristica rituale della violenza nichilista dei ragazzi dello stadio rende questa violenza diversa dall'insurrezione o dal tumulto che, avendo di mira uno scopo, si placa quando lo scopo è raggiunto. Proprio perché è senza scopo, la violenza nichilista si compie con annoiata indifferenza, prorompe senza motivo e interesse e, per effetto della ritualità del suo compiersi, non necessita di alcuna decisione. Vivendo esclusivamente per la prosecuzione di se stessa, la violenza nichilista traduce la barbarie in normalità.” (da “L'ospite inquietante” di Umberto Galimberti ed. Feltrinelli 2007).

L'EZIOLOGIA

La crisi della cultura occidentale descritta da Galimberti trova le sue radici in quei mutamenti sociali degli ultimi trent'anni che, in un libro ormai testo di riferimento generazionale, **C. Lasch** ha chiamato “**cultura del narcisismo**” da cui riportiamo alcuni stralci:

“Dopo le mobilitazioni politiche degli anni sessanta gli americani hanno dirottato il loro interesse su questioni esclusivamente personali; abbandonata la speranza di migliorare la vita in modo significativo la gente si è convinta che quel che veramente conta è il miglioramento del proprio stato psichico (sensazioni personali, cibi genuini, lezioni di ballo, stabilire rapporti, vincere la paura del piacere ecc.) Questi obiettivi di per sé innocui se elevati a dignità di programmi e impastati nella retorica dell'autenticità e della consapevolezza implicano di fatto il ritiro dalla politica e il ripudio del passato recente.

Vivere per il presente è l'ossessione dominante.

Vivere per se stessi, non per i predecessori o per i posteri. Stiamo perdendo rapidamente il senso di appartenenza a una successione di generazioni, che affonda le sue radici nel passato e si proietta nel futuro.

Perdita del senso del tempo storico

La sopravvivenza è diventata la parola d'ordine degli anni 70 e il narcisismo collettivo la tendenza dominante.

Questo libro, tuttavia, descrive un modo di vita che sta tramontando: la cultura dell'individualismo ai suoi limiti estremi, fino alla guerra di tutti contro tutti, alla ricerca della felicità nel vicolo cieco di una preoccupazione narcisistica per il sé. Le strategie di sopravvivenza narcisistica si propongono oggi come emancipazione dalle condizioni repressive del passato, fomentando in questo modo una “rivoluzione culturale” che riproduce i tratti peggiori della pericolante civiltà che afferma di criticare.

la personalità autoritaria non rappresenta più il prototipo dell'uomo economico, che è stato sostituito dall'**uomo psicologico** – il prodotto finale dell'individualismo borghese.

Il nuovo narcisista

In una società narcisistica, che mette in risalto e incoraggia le caratteristiche narcisistiche, la svalutazione culturale del passato non riflette soltanto la miseria delle ideologie prevalenti, che hanno perso il controllo della realtà e abbandonato il tentativo di dominarla, ma anche la miseria della vita interiore del narcisista. Una società che ha fatto della “nostalgia” un prodotto commerciale del mercato culturale, rifiuta immediatamente l'idea che in passato la vita fosse, per certi aspetti rilevanti, migliore di quella di oggi. Avendo banalizzato il passato identificandolo con modelli di consumo superati, con mode e atteggiamenti antiquati, la gente guarda con insofferenza chi si richiama al passato per discutere seriamente sulla situazione attuale o tenta di usarlo come metro di giudizio del presente. Questo atteggiamento esclude ogni possibilità di accumulazione di conoscenza e di valori maturati attraverso l'esperienza personale, in quanto tali esperienze si collocano inevitabilmente nel passato, nei limiti quindi della nostalgia. Affrontare la complessità dei nostri legami col passato bollandoli come “nostalgia” significa sostituire degli slogan al tentativo di critica sociale obiettiva cui questo tentativo si richiama.

La negazione del passato, in apparenza ottimistica e progressista, rivela – a un esame più approfondito – la disperazione di una società incapace di affrontare il futuro. La crescente disperazione di poter cambiare una società che non si riesce nemmeno a capire, una disperazione che sottende il culto della dilatazione della coscienza, della salute fisica, e della crescita personale.

Socializzazione della riproduzione

La delega delle funzioni educative a genitori sostitutivi responsabili non davanti alla famiglia, ma davanti allo stato, all'industria privata o al proprio codice di etica professionale.

Nell'avvicinare le masse alla cultura, l'industria pubblicitaria, i mass media, il servizio sanitario, l'assistenza sociale e le altre agenzie dell'istruzione di massa assunsero gran parte delle funzioni socializzanti che appartenevano alla famiglia e assoggettarono le rimanenti alla direzione della scienza e della tecnologia moderna.

La convinzione che la famiglia non fosse più in grado di assolvere i propri compiti veniva condivisa da tutti quelli che svolgevano “assistenza professionale”

Mentre la famiglia perde non soltanto le sue funzioni produttive, ma anche quelle riproduttive gli uomini e le donne non riescono neppure più ad allevare i loro figli senza l'assistenza di esperti qualificati.

svalorizzazione del ruolo dei genitori trasferimento di funzioni crollo dell'autorità parentale

nello stesso tempo ai genitori si diceva che dovevano tener conto dei loro bisogni oltre che di quelli del bambino, si richiedevano

permissività, autenticità, spontaneità

di fare affidamento sui propri sentimenti, genitore è spontaneo

diventando sempre più ostile il mondo degli affari, del lavoro e della politica, la famiglia cerca di trasformare il proprio nucleo in un'isola di serenità contrapposta al caos circostante. Le tensioni interne vengono affrontate negando la loro esistenza, aggrappandosi disperatamente ad un'illusione di normalità. Gli sforzi della famiglia per uniformarsi a un ideale imposto dall'esterno di solidarietà familiare e di centralità della figura del genitore danno luogo a una parvenza di solidarietà a spese della spontaneità, a un rituale obbligato degli affetti svuotato di ogni reale contenuto.

Tardivo tentativo di recupero delle funzioni familiari ormai cedute all'apparato dell'organizzazione terapeutica e scolastica. Gli insoddisfacenti risultati dell'assistenza sociale e i costi crescenti del suo mantenimento consigliano nella fase attuale di ricondurre la cura della salute e la tutela del benessere individuale nell'ambito domestico.

Metamorfosi del superIo.

L'espansione della burocrazia sgretola tutte le forme di autorità patriarcale e indebolisce quindi il superIo sociale, rappresentato un tempo dai padri, dai maestri e dai predicatori, ma il declino dell'autorità istituzionalizzata, in una società apparentemente permissiva, non determina un declino del superIo negli individui.

Le nuove condizioni della vita familiare non inducono tanto un declino del superIo quanto piuttosto una modificazione del suo contenuto. L'inadeguatezza dei genitori a fungere da modelli di autocontrollo o la loro incapacità di frenare il bambino non si traducono automaticamente in un'assenza di superIo nel bambino che diventa adulto. Favoriscono al contrario, lo sviluppo di un superIo rigido e punitivo basato in larga misura su raffigurazioni arcaiche dei genitori, amalgamate con grandiose rappresentazioni di sé. In queste condizioni il superIo consiste in immagini introiettate dei genitori piuttosto che in modelli di identificazione. Esso indica all'Io standard elevati di fama e successo e lo punisce con selvaggia ferocia quando si rivela inferiore agli standard proposti.

Il declino del superIo in una società permissiva dovrebbe essere interpretato come la creazione di una nuova specie di superIo nel quale predominano elementi arcaici. Le trasformazioni sociali che impediscono al bambino di interiorizzare l'autorità parentale non hanno abolito il superIo, ma hanno semplicemente intensificato l'alleanza tra superIo e Thanatos quella autentica cultura dell'istinto di morte, come è stata chiamata da Freud, che scatena contro l'Io un fiume di critiche aspre e implacabili."

(CHRISTOPHER LASCH "La cultura del narcisismo - l'individuo in fuga dal sociale in un'età di disillusioni collettive" 1979).

Le trasformazioni dei comportamenti degli ultrà alla metà degli anni novanta, con l'esplosione di una violenza cieca e incontrollata, apparentemente gratuita e ritualizzata, senza scopi e obiettivi reali, appaiono, dunque, come manifestazioni primordiali di "riti di passaggio", iniziazioni all'età adulta in una forma primitiva di quelli che possiamo definire:

i figli della cultura del narcisismo

costretti a vivere in una

società paranoica

che ha rinunciato a cercare nella propria storia passata le ragioni del suo stato presente e alimenta così una pervasiva sensazione di aleatorietà di un futuro incerto e imprevedibile, pieno di fantasmi minacciosi e persecutori.

**Psichiatra ASL RM/F*

Bibliografia

Lasch C. *La cultura del narcisismo*, Bompiani, 2001.

De Biase R. a cura di *You'll never walk alone*, Shake edizioni, 2008.

Monina M. *Ultimo stadio*, Rizzoli, 2008.

Galimberti U. *L'ospite inquietante*, ed. Feltrinelli, 2007.

Roversi A. *Calcio, tifo e violenza. Il teppismo calcistico in Italia*, ed. Il Mulino, Bologna, 1992.

Francesio G. *Tifare contro*, ed. Sperling & Kupfer, 2008.

Il DSM e la nuova marginalità

di Bruno Gentile, Elena Di Bortolo***

L'utenza migrante rappresenta una nuova marginalità che sempre più spesso accede ai servizi psichiatrici e che ci impone di riflettere, a partire dall'entità del fenomeno, sulle peculiarità dei fattori di rischio e di protezione di questa popolazione, degli inquadramenti diagnostici e dei percorsi di cura.

L'incidenza percentuale degli stranieri residenti in Italia sulla popolazione complessiva, raggiunge al 1° gennaio 2008 quota 5,8%. Si tratta di un livello in linea con quello di altri paesi europei, come la Francia e il Regno Unito, che tuttavia sono di più antica immigrazione. I cittadini del continente europeo rappresentano il 52,0% dei residenti stranieri al 1° gennaio 2008. In particolare quasi un quarto (24,4%) sono cittadini dei paesi dell'Europa centro orientale non appartenenti all'UE (principalmente Albania, Ucraina, ex Repubblica jugoslava di Macedonia e Moldova). I cittadini dei paesi Ue di nuova adesione anch'essi appartenenti all'Europa Centro Orientale rappresentano il 22,6% degli stranieri; il 23,2% sono cittadini africani, principalmente dell'Africa settentrionale, in primo luogo Marocco; i cittadini asiatici costituiscono il 16,1% degli stranieri, rappresentati per lo più da indiani, cinesi o filippini. A livello regionale il fenomeno migratorio ha una particolare rilevanza in Veneto, dove l'incidenza degli stranieri è pari al 8,4% del totale dei residenti (in Emilia Romagna l'incidenza è pari al 8,6% e in Lombardia l'incidenza è pari al 8,5%). A livello nazionale le prime tre comunità in ordine di importanza numerica sono quelle rappresentate dalla Romania, dall'Albania e dal Marocco, con incidenza percentuale sul totale degli stranieri residenti rispettivamente del 18,2%, 11,7%, 10,7%. In Veneto la prima comunità in ordine di importanza numerica rimane quella rumena con incidenza percentuale sul totale degli stranieri residenti su quel territorio pari al 19%, seguita da quella marocchina (incidenza pari al 12,3%) e infine da quella albanese (incidenza pari 9,4%). Localmente nel Veneto Orientale complessivamente, nel 2004, le nazionalità presenti erano 71, di cui 28 di paesi dell'Europa.

La peculiarità della migrazione italiana è proprio la numerosità delle comunità straniere con diversi modelli migratori, tanto che la particolare situazione italiana è stata definita "arcipelago migrazione", a differenza di altri paesi europei che esercitano un naturale richiamo sulle ex-colonie (Asia per il Regno Unito, Maghreb per la Francia).

Altre peculiarità italiane sono una grande quota di clandestinità nonostante i programmi di regolarizzazione in 12 anni (1986-1990-1995-1998) e una difficile posizione dei richiedenti asilo.

Il migrante, anche se regolare, accanto a possibili fattori di rischio psicopatologici individuali, ha sempre almeno un fattore di rischio ambientale, determinato dalla migrazione stessa, traducibile sinteticamente nello stress da transculturazione, che è la perdita dei valori culturali di riferimento, e la contemporanea acquisizione di un nuovo modello di vita, di una nuova lingua, di un nuovo status giuridico. A questo si aggiungono spesso difficoltà relative al reperimento di un alloggio e di un lavoro, e comunque la presenza di un disagio ecologico, che rende ragione della marginalità di questa popolazione.

Esiste una peculiarità anche dei fattori di resilienza: solidità del sé, stile di coping efficace, stile di attaccamento efficace, solidità e flessibilità dell'identità culturale, salute premigratoria e la presenza di un progetto migratorio. Questo è la programmazione accurata della migrazione con la definizione di obiettivi realistici, è il filo che unisce il prima e il dopo, che dà senso a questo difficile percorso.

La salute premigratoria e la presenza di un progetto migratorio sono fattori di resilienza quasi sempre presenti in colui che emigra per ragioni economiche. Non sono presenti nei richiedenti asilo, nei rifugiati politici, nei profughi di guerra, che, per i traumi subiti, solitamente hanno una morbilità premigratoria, e quindi a rischio di una maggiore marginalizzazione.

Ciò che accomuna tutti i migranti è la differenza linguistico-culturale con l'operatore psichiatrico, che rende difficoltosa la relazione conoscitiva ancor prima che terapeutica. Esistono vari livelli di incomprensione:

- prelinguistica, che è la difficoltà ad esprimere il proprio mondo interiore;
- linguistica, che è la non conoscenza di una lingua comune;
- metalinguistica, che si riferisce ai significati simbolici delle parole, che possono essere diversi in lingue diverse;
- culturale, che si riferisce all'insieme di valori, di conoscenze, del modo di vivere se stesso nel mondo, acquisiti in larga parte in modo inconsapevole durante la crescita;
- metaculturale, che è l'insieme delle appartenenze ideologiche, religiose e delle conoscenze acquisite consapevolmente.

Nel processo di comprensione dello straniero va trovato un punto di equilibrio nel porre attenzione sia all'appartenenza culturale che all'unicità del paziente, evitando sia la sopravvalutazione delle differenze culturali, con il rischio di una depersonalizzazione dell'interlocutore, che diventa rappresentante stereotipale di un gruppo, sia la sottovalutazione, che tende invece a negare le specificità culturali dell'ambiente in cui la persona ha strutturato la propria identità, con atteggiamento universalistico o etnocentrico. Questa operazione può essere facilitata dal mediatore linguistico culturale e da un atteggiamento antropologicamente orientato, poiché di fronte al "doppiamente alieno" (folle e straniero), anche le categorie diagnostiche occidentali, possono favorire una perdita di comprensione, se non accompagnate da una conoscenza della totalità del contesto geopolitico, sociale, familiare, oltre che culturale, da cui provengono i cittadini stranieri e dentro cui hanno preso corpo le loro vicende di sofferenza, e dalla conoscenza della società ospite, dove l'atteggiamento dominante verso lo straniero condiziona inevitabilmente la produzione del disturbo di cui ci prendiamo cura. Solo usando con cautela le "griglie diagnostiche" entro cui si tenta una sintesi della complessità, non si trascura l'esplorazione dettagliata del paziente e l'interrogarsi sul particolare contesto sociale e storico (non dunque una generica appartenenza culturale) dentro cui ha preso corpo la sua sofferenza,

non riconducibile alla sola cultura altra. Trattasi di un relativismo culturale espresso già nei primi anni '60 da Ernesto De Martino che con i suoi studi ha dato un notevole contributo all'etnopsichiatria, la cui modernità deriva proprio dal costante riferimento al contesto e alla storia per interpretare tanto il senso della patologia e delle differenze culturali quanto quello dell'incontro fra uomini di culture diverse. Inoltre questo storico delle religioni ha contribuito a una consapevolezza critica dei limiti delle categorie nosografiche e della psichiatria europea nel suo complesso. Altro pioniere dell'etnopsichiatria italiana è lo psichiatra Michele Riso che osservò i quadri psichiatrici di alcuni immigrati del meridione rurale d'Italia ricoverati in ospedale psichiatrico a Berna negli anni '50, che, in apparenza deliranti, tali non erano nella logica del "mondo magico" da cui provenivano per cui l'idea di subire una trasformazione morbosa da parte di un influsso magico non rappresentava nulla di strano. Già in quegli anni quindi Riso aveva potuto dimostrare i limiti della psichiatria occidentale e delle sue categorie diagnostiche al cospetto del disagio e della sofferenza di pazienti che pure di questo Occidente erano cittadini a pieno titolo. Molto attuale è inoltre la sua osservazione dell'importanza del contesto che accoglie lo straniero, che con i suoi "segni incerti", con la sua estraneità partecipa all'insorgenza dei disturbi psichici in modo rilevante, quindi ancor più se questa estraneità è ostile. L'ostilità, benché possa derivare dal pregiudizio e dall'etnocentrismo, può anche originare dalla conoscenza e consapevolezza dell'incompatibilità fra l'eguaglianza dei diritti (specie in materia di diritti delle donne) e accettazione della diversità delle tradizioni culturali. E' vero che talvolta le culture tradizionali non tengono conto dei diritti di libertà delle persone, tuttavia per superare l'etnocentrismo è necessario sviluppare la capacità di comprendere ciò che non si può accettare, senza accettare l'altro solamente nella misura in cui diviene assimilabile alla cultura occidentale. L'importanza dell'identità culturale nell'incontro con l'altro trova la sua massima espressione nell'opera di Tobie Nathan, uno dei massimi esponenti dell'approccio etnopsichiatrico, secondo cui l'incontro con l'Altro è sempre traumatico e il vero problema consiste nella "traducibilità dell'altro", prendendo in considerazione gli "attaccamenti" delle persone migranti. Esse sono "attaccate" a una vasta rete di senso fatta di lingue, di luoghi, di antenati, di divinità che li hanno accompagnati nella migrazione. Fondamentale in Nathan appare la determinazione dello psichismo dalla cultura: quest'ultima viene considerata come una struttura specifica di origine esterna (sociale), che rende possibile il funzionamento dell'apparato psichico. Non può esistere alcun processo psichico senza l'esistenza di un filtro culturale che ordina, governa e fornisce i principali strumenti di interazione della persona con il mondo. L'emergere dell'apparato psichico è possibile solo grazie alla presenza del contenitore culturale e la psiche a se stante viene considerata un'astrazione della psicologia occidentale, di matrice psicoanalitica che, con atteggiamento universalistico, ha la presunzione di poter spiegare una psiche astratta, al di fuori del suo contesto culturale. Per Nathan l'identità è comunque dinamica, in divenire, modificandosi attraverso la cultura, che è un sistema poroso, uno spazio di scambio. Già nel 1985 l'antropologo Andras Zempleni poneva in evidenza i pericoli derivanti da strategie che si rivolgono alla sola "differenza culturale", anziché alla "divisione culturale", all'ambivalenza e alla "trasformazione psicoculturale", caratteristiche dell'esperienza migratoria ma di fatto universali.

Anche lo psichiatra nella sua operatività quotidiana, mettendosi in gioco nella relazione terapeutica, agisce ma può anche andare incontro a una trasformazione psicoculturale

quando interagisce con una persona, anche della stessa nazionalità, appartenente a una cultura diversa. Secondo lo psichiatra Alfredo Ancora non c'è psichiatria che non sia transculturale, anche se ciò trova la massima espressività nel rapporto con lo straniero, dove è fondamentale che lo psichiatra rinunci alle sue consuete categorie osservative e vada a costruire un incontro acategoriale. Fine primario di questo incontro è quello di tentare di comprendere l'uomo nel modo più unitario possibile, valorizzando soprattutto la relazione fra le persone: è un viaggio comunque poco esotico che si configura specialmente come un processo di trasformazione del viaggiatore all'interno dei propri pregiudizi e visione del mondo, previa sospensione delle sue vecchie categorie di pensiero.

Ciò si scontra però con l'aziendalizzazione dei servizi pubblici, con la necessità di codificare e quantificare gli interventi. Da qui il bisogno di utilizzare comunque delle categorie diagnostiche, con la consapevolezza che trattasi sempre di semplificazioni di esistenze complesse.

Il DSM-IV e il DSM-IV-TR contengono una classificazione diagnostica più accurata dal punto di vista clinico ed espressione di una migliore integrazione dei concetti biomedici, sociali, psicologici e culturali di malattia e di diagnosi. Un profilo esplicativo per ottenere la formulazione culturale è contenuto nell'Appendice I del DSM-IV e del DSM-IV-TR. Esso richiama l'attenzione del clinico su cinque componenti dei dati culturali, la cui sintesi dà origine a un punto di vista più completo dell'individuo, all'interno del contesto culturale. Le cinque componenti sono:

1. L'identità culturale dell'individuo, compreso il contrasto tra la cultura di origine e quella ospite, negli immigrati o negli appartenenti a una minoranza etnica.
2. Le spiegazioni culturali della malattia dell'individuo, come le espressioni di disagio, il significato culturale dei sintomi e le cause percepite o i modelli di malattia.
3. I fattori culturali correlati all'ambiente psicosociale, comprese le interpretazioni culturali dei problemi relativi al sostegno sociale e allo stress ambientale.
4. Gli aspetti culturali del rapporto medico-paziente compresi i possibili ostacoli alla comprensione e alla valutazione del significato dei sintomi.
5. Valutazione globale di come il contesto culturale influenzi la diagnosi e gli approcci al trattamento.

Nel DSM-IV e nel DSM-IV-TR per ogni categoria principale di malattia, viene fatto esplicito riferimento alla variabilità culturale per cui ad esempio la sezione sui disturbi dell'umore cita il significato variabile delle presentazioni somatiche, una serie di attribuzioni di malattia di derivazione culturale e stigmatizza come non appropriata l'interpretazione delle espressioni di disagio come allucinazioni o deliri. Si palesa una fenomenologia simile a quella della depressione mascherata e la letteratura scientifica concorda nell'individuare come sintomi depressivi universali quelli somatici. Inoltre la dimensione depressiva dell'affettività sembra manifestarsi tra i popoli non occidentali prevalentemente attraverso la via corporea.

Nella Schizofrenia idee che possono sembrare deliranti in una cultura (es. stregoneria) possono essere considerate comuni in un'altra e così anche le allucinazioni visive o uditive con un contenuto religioso possono rappresentare una parte normale dell'esperienza religiosa.

Sono importanti anche i commenti aggiunti alla sezione del DSM-IV e del DSM-IV-TR sui disturbi della personalità, in particolare il rischio di sovra diagnosticare i disturbi del gruppo A negli individui la cui cultura, etnia ovvero la condizione di immigrati o di

appartenenti a una minoranza può promuovere uno stile di personalità paranoide o schizoide, ma nondimeno adattativa. Anche il disturbo antisociale di personalità, nel gruppo B, può essere diagnosticato con eccessiva frequenza nelle popolazioni oppresse, in cui questo tipo di atteggiamento ha una finalità adattativa. Inoltre non si dovrebbero fare diagnosi di disturbo dipendente o evitante di personalità senza tenere conto, rispettivamente delle norme culturali di comunicazione e di comportamento e dei fattori di stress culturali correlati alla migrazione. E' infine molto interessante il fatto che molte delle sindromi classificate come "legate a una determinata cultura" hanno componenti di somatizzazione e/o di dissociazione. Di tutte le categorie diagnostiche del DSM, quelle dei disturbi somatoformi o dissociativi sono le più probabilmente influenzate da forze ambientali e sociali. Una storia di trauma o di conflitto sociale o ambientale predispone un individuo ai disturbi dissociativi. E' ragionevole quindi che i fenomeni che dimostrano una patologia dissociativa o somatoforme evidenzino la maggiore variabilità transculturale. Secondo il DSM-IV TR le Sindromi Culturalmente caratterizzate sono "modalità ricorrenti, caratteristiche di certe regioni, di comportamento aberrante e di esperienza disturbante che possono essere o meno collegabili a qualche categoria diagnostica occidentale. Molte di queste modalità sono considerate anche localmente delle malattie o per lo meno dei fastidi e molte hanno denominazioni locali. Il DSM-IV-TR ammette anche che potrebbero non essere delle manifestazioni necessariamente patologiche, ma fisiologiche, con una precisa funzione.

Esiste quindi uno strumento diagnostico che tiene conto della complessità del migrante, la situazione si complica però se pensiamo che le nozioni di persona, identità, autonomia, cura, l'idea di relazioni tra i sessi, di coppia, di famiglia, di gruppo sociale a partire dalle quali si sono strutturati i modelli e le tecniche della psicoterapia occidentali, si rivelano poco utili quando la domanda di cura proviene da soggetti che si riferiscono ad altri modelli terapeutici.

Come osserva Paolo Inghilleri (1999) il comportamento e il funzionamento della mente sono la risultante di una complessa interazione di tre tipi di informazione: la memoria genetica dell'individuo che deriva dall'evoluzione biologica della propria famiglia d'origine e della popolazione di appartenenza; la memoria culturale che deriva dall'evoluzione culturale della popolazione; la memoria psicologica che deriva dalla storia di vita individuale. Questi processi seguono due tendenze: la ripetizione invariata dell'informazione attraverso le generazioni e l'aumento della complessità dell'informazione presente nel sistema. L'approccio fenomenologico secondo Inghilleri è l'unico in grado di soddisfare questi due vincoli poiché per il fenomenologo il comportamento e lo sviluppo del sé dipendono soprattutto da una ordinata relazione tra le diverse funzioni psichiche (cognizione, motivazione, affettività) e tra il mondo interno e il mondo esterno della cultura. E' la cultura che, attraverso i processi di socializzazione, di educazione e apprendimento lungo l'intero ciclo vitale, permette alla persona di acquisire capacità, di ricercare opportunità d'azione e di operare cambiamenti di sé e del mondo circostante. Il soggetto non è considerato un elaboratore di processi psichici ed esperienze, ma un soggetto in continuo cambiamento per l'azione del contesto sociale: è la cultura che contribuisce in modo determinante, attivando specifiche esperienze, a costruire vissuti di benessere o malessere dell'individuo. Così il culto di possessione presso molte popolazioni è un'esperienza positiva che dà connessione con l'ordine morale e sociale, secondo una visione contestualizzata della possessione stessa. Essa non è un puro fenomeno psichico, è

un'azione sociale che porta profondi cambiamenti del sé individuale e della società stessa. L'idea che da un'azione culturale complessa e addirittura dall'uso di oggetti possa derivare un cambiamento psichico positivo è presente nel pensiero e nelle pratiche terapeutiche di Tobie Nathan. La tecnica adottata presso il Centre George Devereux, dove opera a Parigi per l'aiuto psicologico alle famiglie di immigrati, prevede degli incontri di gruppo, dove il paziente, in genere accompagnato dai familiari incontra numerosi co-terapeuti di diversa nazionalità e cultura (anche 10-12). Il paziente descrive la sua storia e la sua teoria sulla causa del disturbo. Ciascun terapeuta a sua volta esprime la propria interpretazione eziopatogenetica del disturbo, a seconda della propria appartenenza culturale, con il risultato che tutte sono dotate di senso all'interno di uno specifico sistema culturale che spiega congruamente i concetti di salute e malattia. Avviene quindi un complesso lavoro di decostruzione dell'interpretazione eziologica del paziente all'interno del mondo psichico del soggetto e della sua comunità, connessa con la formazione e il mantenimento del disturbo, attraverso le interpretazioni multiple dei co-terapeuti. Il paziente sente allora che la sua personale spiegazione del disturbo non è universale. A questo punto il terapeuta principale dà una prescrizione che consiste in un'azione dotata di senso, ad esempio dare un dono agli spiriti responsabili del disturbo psichico, per placarli. Queste azioni, grazie alla connessione con la cultura, possono operare sulle persone cioè danno ordine e trasformazione interna senza che il soggetto sia attivo o elabori informazioni o abbia esperienze particolarmente integrate. Questa tecnica è stata utilizzata da Nathan anche in soggetti occidentali, poiché ha visto che la prescrizione di un'azione e l'utilizzo di artefatti simbolici può produrre cambiamenti anche in soggetti appartenenti alla nostra cultura: attraverso la formazione di nuove connessioni tra il sé e la cultura si crea una buona fenomenologia dell'esperienza che può condurre a una vera e propria modificazione dell'organizzazione mentale che ritrova un ordine profondo tra le sue parti. Questa metodologia pone al centro del cambiamento e della cura non tanto l'elaborazione soggettiva quanto la fenomenologia dell'esperienza soggettiva e soprattutto il rapporto tra contesto culturale e soggetto, che permette in alcuni casi un "fare" che porta ad importanti modificazioni, automatiche, del mondo interno.

L'insistenza di Nathan sull'appartenenza culturale del soggetto sofferente l'ha reso oggetto di critiche relativamente al rischio di ghettizzazione culturale non riconoscendo che il sintomo può esprimere una moltitudine di problemi non ultimo quello politico. Spesso infatti questi soggetti sofferenti hanno un destino legato alla scadenza del permesso di soggiorno che diventa problema assolutamente prioritario. Anche il percorso terapeutico è perciò strettamente connesso allo status del soggetto e la psichiatria transculturale si trova a dover fare i conti con un ordine di problemi che, ancor prima che clinico, teorico, epistemologico, è propriamente politico (Fleury François).

Le esperienze di psichiatria transculturale in Italia (Naga, Cps di Milano, Università di Pavia, Centro Frantz Fanon di Torino, DSM di Prato, il DSM-AUSL di Bologna, il DSM della ASL Roma B) si avvalgono di una lunga esperienza di psichiatria di comunità e, pur con approcci teoretici diversi, privilegiano gli interventi di gruppo a quelli individuali. E' all'interno del gruppo, costituito dal paziente e possibilmente dai familiari, dagli operatori con diverse professionalità, compreso il mediatore linguistico-culturale, che si crea lo spazio in cui "ristabilire connessioni e legami e costruire nel presente una nuova storia, memorie comuni, una nuova territorializzazione, marcature di appartenenza, avendo tali persone perduto i testimoni del proprio passato e i legami con il proprio contesto sociale"

(Vanna Berlincioni). I tentativi e gli sforzi del gruppo terapeutico mirano a contenere e contrastare quella “ crisi della presenza” generatrice di angoscia legata alla perdita delle memorie specifiche personali e collettive. All’interno del gruppo possono essere accolti i bisogni anche concreti del paziente: problemi economici, abitazione, permesso di soggiorno, accesso ai servizi sanitari, la cui soluzione può avvalersi dell’intervento dell’assistente sociale e un di un lavoro di rete sul territorio con le agenzie che normalmente interagiscono con gli immigrati.

Molto interessante è l’esperienza clinica di gruppo dell’Unità Transculturale e familiare del Dipartimento di Salute Mentale di Roma B (di cui è coordinatore Il prof. Ancora), da sempre impegnato a ricevere un alto numero di migranti, richiedenti asilo, rifugiati.

La composizione del gruppo va dalle 7 alle 12 persone di diversa nazionalità avente in comune l’essere stranieri e soffrire di un disagio psichico spesso grave. Altra caratteristica di questo gruppo è il nomadismo, inteso come mobilità numerica , essendo costituito da alcune persone che partecipano con assiduità, che accolgono i continui nuovi arrivi. Alcuni partecipanti sono seguiti anche individualmente, altri , pur non essendo più in carico al servizio mantengono questo importante punto di riferimento. Oltre ai pazienti il gruppo è costituito da un conduttore (psichiatra e psicoterapeuta), due infermieri del centro di salute mentale, una psicologa del centro di accoglienza per richiedenti asilo e dai mediatori culturali. Non si tratta di una psicoterapia di gruppo che si ispira a una precisa teoria istituzionale, e la vera motivazione dei partecipanti è cercare di costruire e appartenere a quel gruppo con storia. Il tema proposto in seduta investe di solito problematiche comuni, coinvolgenti talvolta anche gli operatori: l’accoglienza ricevuta all’arrivo in una città sconosciuta, l’integrazione riuscita o mancata. Le discussioni ricorrenti con maggiore frequenza toccano poi temi religiosi, credenze, costumi nazionali, le guerre, la malattia, il modo di rappresentarla, le aspettative di guarigione, la narrazione dei trattamenti adottati nei paesi di origine, le difficoltà di curarsi in Italia. Il raccontarsi di ciascuno permette di riflettere sul proprio percorso, evidenziando analogie o differenze con quello altrui, dando allo stesso tempo la sensazione di appartenere finalmente a un luogo, a un gruppo in cui si fa cultura, in cui a ognuno è data la possibilità di esplorare altri mondi e modi di conoscenza, attraverso l’apprendimento/ insegnamento reciproco. Un rituale sancisce la fine dell’incontro: l’offerta di una merenda da parte degli operatori. Alla fine dell’incontro il gruppo si confronta con un gruppo di osservatori per uno scambio di idee che consente di realizzare la post- osservazione che è la narrazione di questo viaggio compiuto con più persone partecipi con la loro vita, i loro sogni, i loro ricordi.

Secondo Ancora è necessario decostruire tutte le categorie tecniche, che utilizza la psichiatria , poiché questi sono strumenti scarsamente utili per interpretare una presenza complessa qual è quella costituita da persone provenienti da tanti Paesi diversi. E’ solo “immergendosi” nell’incontro con l’altro, condividendo il suo stato, contaminando e contaminandosi, che può avvenire quella trasformazione reciproca che è data dall’arricchimento del patrimonio di conoscenze dei soggetti coinvolti nell’incontro. Il luogo di questo incontro diviene un microcosmo che è in relazione con il resto del mondo e , contemporaneamente, vuole sperimentare aree protette per rigenerarsi, per acquisire nuove consapevolezza. E’ proprio questo obiettivo che rende il gruppo transculturale terapeutico: lo sperimentare nuove sensazioni che prendano il posto di vecchie angosce, all’interno di un luogo ben definito in cui è possibile il cambiamento. Si tratta di un gruppo sociale reale che si è attivato a partire da interessi condivisi, in cui si creano rapporti di interdipendenza

fra le persone a partire da un'intenzionalità culturale, secondo una strategia operativa della Salute Mentale di Comunità.

Cardamone nella sua esperienza pratese sottolinea l'importanza della connessione tra i gruppi reali che si creano attorno all'immigrato nel servizio di salute mentale e le reti comunitarie cui l'immigrato fa riferimento, che "naturalmente" si costituiscono nel territorio e che costituiscono il suo capitale sociale. Si tratta di canali assolutamente fondamentali nella risoluzione di alcuni dei principali problemi degli immigrati (casa e lavoro, la difficoltà di accesso ai servizi sanitari, ad esempio). Inoltre è noto che il sostegno dato dalla rete sociale è un fattore di indubbio valore qualitativo nel fronteggiare più efficacemente la malattia mentale. Secondo Cardamone "diventa centrale esaminare quali processi le azioni delle reti di cura – siano esse pubbliche, del privato sociale o del privato-privato-inneschino nel contesto sociale e comunitario e come esse interagiscano con quei processi che in tale contesto autonomamente si producono. Si tratta di un esame indispensabile per ripensare culturalmente le discipline psicologico-psichiatriche e per sottrarle agli attuali processi di istituzionalizzazione (più o meno aziendalizzante) che le confina ad un'ambulatorietà diagnostica-terapeutica e che le reimmette in una manicomializzazione decentrata e parcellizzata nel territorio".

Bisogna ricordare che i servizi sul territorio erano nati anche come "propaggini culturali" intese a essere più vicine ai bisogni della gente e restituire il senso della storia che l'istituzione manicomiale aveva cancellato. Quindi, come afferma Tobie Nathan, l'etnopsichiatria serve nella misura in cui interroga criticamente i nostri saperi e disarticola ciò che non funziona, visto che una buona pratica psichiatrica quotidiana va oltre l'immaginario del setting estendendosi alle reti sociali comunitarie.

L'unità Operativa di Psichiatria di Portogruaro, alla fine dell'anno scorso ha istituito un Osservatorio sulla Salute Mentale dei migranti che, al momento, ha la finalità di monitorare le caratteristiche peculiari di questa utenza.

Nell'anno 2008 i migranti in carico al Centro di Salute Mentale erano complessivamente 27 (su un migliaio di pazienti), di cui 8 marocchini, 5 albanesi, 3 bosniaci, 2 austriaci, 2 ungheresi e un rappresentante delle seguenti nazioni: Romania, Moldavia, Ucraina, Nuova Caledonia, Argentina, Germania, Francia. Il disturbo maggiormente rappresentato (secondo l'ICD 9) è la psicosi, con 10 casi, seguito dal disturbo dell'umore e depressione ansiosa con 6 casi per ciascuna delle due categorie; 4 casi di disturbo ansioso, 1 caso di demenza.

I ricoveri in SPDC di migranti nel 2008 sono stati 25 su un totale di 260, per un numero di persone pari a 21. Il disturbo maggiormente rappresentato è lo stato ansioso, con 10 casi, seguito dalla psicosi bipolare con 4 casi; la depressione reattiva con 3 casi; la reazione di adattamento e la psicosi con 2 casi ciascuno e un caso dei seguenti disturbi: abuso alcolico, disturbo della condotta, disturbo borderline di personalità, demenza.

Solamente 9 persone su 21 alla dimissione sono afferite al CSM (secondo un'indicazione che sempre viene data). Soltanto 2 di queste persone erano nuovi utenti in quanto i 7 rimanenti erano già in carico al CSM. Le diagnosi di questi due nuovi utenti sono disturbo bipolare e depressione reattiva. Gli altri sette hanno le seguenti diagnosi: 3 casi di disturbo dell'umore, 2 casi di psicosi, 1 caso di depressione ansiosa e 1 caso di demenza. Le dodici persone non afferite al CSM avevano depressione ansiosa in 6 casi, e un caso unico delle seguenti diagnosi: paranoia, reazione di adattamento, disturbo della condotta, abuso di alcool, personalità borderline, ipocondria.

Tenendo presente che il caso di paranoia era di un turista tedesco, si può evincere che i pazienti che mantengono i contatti con maggiore continuità sono quelli che hanno i disturbi più gravi. Importante è comunque la “ perdita” dei pazienti con patologie più lievi, il cui accesso è spesso limitato all’urgenza, in ospedale. Evidente è, infatti la esiguità della presenza dei migranti in carico al CSM, rispetto ai ricoveri in SPDC (27/1000 contro 25/260).

E’ molto probabile che i percorsi istituzionali seguiti dagli utenti locali per un primo accesso ai nostri servizi territoriali non siano noti agli stranieri, così come accade in molte altre realtà, dove il problema dell’accessibilità alle cure è fortemente sentito.

Dall’analisi della letteratura e dai primi dati raccolti dall’Osservatorio, nasce un’ipotesi di lavoro. Questa deriva dall’esigenza di una gestione ottimale dell’utenza straniera, che richiede risorse aggiuntive rispetto alla popolazione locale, sia rispetto alla comprensione che rispetto al percorso di cura in cui è sempre compreso l’obiettivo dell’integrazione sociale, e della riabilitazione nei casi di patologie stabilizzate.

Il problema della comprensione dell’utenza straniera è stato recentemente affrontato dall’Azienda Sanitaria, che sta formando dei mediatori culturali che verranno messi a disposizione dei vari servizi.

L’ipotesi di lavoro è la creazione, a partire dalla costituzione di un gruppo di immigrati in carico al Centro di Salute Mentale, di una rete tra tutti gli enti, le agenzie territoriali che si occupano di questa popolazione, comprese le associazioni di immigrati, per poter dare una risposta globale ai bisogni di questa popolazione.

*Direttore D.S.M. dell’ A.S.S.L. n. 10 “Veneto Orientale”

**Dirigente Medico Psichiatra U.O.C. Psichiatria di Portogruaro

Bibliografia

1. - American Psychiatric Association DSM-IV-TR, Masson Editore, 2002.
2. - Ancora A. *I costruttori di trappole del vento*, Franco Angeli Editore, Milano, 2006.
3. - Baraldi C. *Comunicazione interculturale e diversità*, Carocci Editore, Roma, 2003.
4. - Bria P., Caroppo E. *Antropologia culturale e psicopatologia*, Alpes Italia Editore, Roma, 2007.
5. - Comune di Portogruaro- Assessorato alla Persona- La Venezia Orientale, terra di migranti- realizzato da Centro di Informazioni Migranti nel Veneto Orientale e Cooperativa Sociale L’Arco, Portogruaro, 2005.
6. -Griffith Ezra E.H., Gonzales Carlos A., Blue Howard C. *Base della Psichiatria Culturale*, The American Psychiatric Press, Psichiatria, Terza Edizione, Volume 2, Capitolo 40, Centro Scientifico Editore, 2003.
7. -Grosso L., Amaddeo F. *Migrazione e salute mentale. Un’occasione per riflettere*. Dal volume V di Psichiatria di Comunità, giugno 2006.
8. -I° Incontro di etnopsichiatria *Percorsi a confronto*, Milano, 24 novembre 2000.
9. -Istat *La popolazione straniera residente in Italia al 1° gennaio 2008*, Roma, 2008.

10. -Lucchesi D. *Etnopsichiatria: un confronto tra diverse concezioni del sapere medico*, Università degli studi di Padova, facoltà di lettere e filosofia- tesina di approfondimento in Master in Studi Interculturali, Padova, 2001-2002.
11. -Mantovani G. *Intercultura*, Il Mulino Editore, Bologna 2004.
12. -Mazzetti M. *Il dialogo transculturale. Manuale per operatori sanitari e altre professioni di aiuto*. Carocci Editore, Roma, 2003.
13. -Nathan T. *Non siamo soli al mondo*, Bollati Boringhieri Editore, Torino, 2003.
14. -Tombolini F. *Il disagio psicologico degli immigrati. Riflessioni di psichiatria e psicologia in tema di psicopatologia e migrazione*, 2002.

Riabilitazione e marginalità

di Sergio Lupoi*

Le nuove marginalità hanno una serie di elementi che le contraddistinguono , ma anche una serie di fattori che le assimilano ai tradizionali pazienti.

DIFFERENZE

- Sono intimamente connesse ai malesseri della società di cui ne sono allo stesso tempo un frutto e un sostegno
- Hanno in genere una capacità di funzionamento superiore allo psicotico
- Sono più integrati nella società, anche se ai margini
- Vivono spesso in gruppo da cui spesso hanno il principale sostegno e nel quale si nascondo

SIMILITUDINI

- Sono chiuse in un circolo vizioso da cui non escono anche se in maniera ambivalente vorrebbero farlo
- Perdono delle abilità sociali
- Soffrono dello stigma sociale
- Si fidano poco degli altri diversi da loro

Quali possono essere i principi generali per una riabilitazione di queste marginalità.

A LIVELLO DELLA STRATEGIA RIABILITATIVA

- Una visione a più livelli fra di loro collegati
- Una prassi agile e non burocratica
- Una collaborazione di diversi professionisti
- Un luogo “non luogo “stigmatizzato e stigmatizzante particolarmente vicino all’utente e inserito nel contesto sociale
- L’adozione di un modello di Impresa Sociale
- La spinta a farsi promotori della propria salute

In questo contesto possono emergere **DUE CONTRADDIZIONI**

- Da una parte **il nostro marginale è socialmente escluso** per il suo comportamento e per la sua scarsa capacità produttiva legale che gli consenta di avere un salario, un posto riconosciuto,
- Dall’altra **rappresenta di per sé una merce** di alto valore, proprio per il suo essere socialmente escluso, per tutti i lavoratori impiegati nei servizi di assistenza, terapia, recupero, sostegno e solidarietà organizzata, e spesso anche di organizzazioni criminali che tendono a mantenere il marginali lì dove sta
- **Dobbiamo chiederci** ogni giorno, nel nostro lavoro, se stiamo operando nel senso di una **evolutività della dipendenza dei soggetti che abbiamo in cura oppure no.**

- Quanto gli apparati organizzativi di assistenza, recupero, terapia, residenzialità cui partecipiamo abbiano valore in quanto strumenti per restituire capacità di essere attivi ai soggetti in cura o abbiamo valore in quanto apparati autoreferenziali, che perseguono solo **il fine del proprio automantenimento**, giustificando la propria esistenza nell'indurre dei bisogni.
- Teniamo presente che ad alimentare questa tendenza gioca un ruolo fondamentale il tipo di patologia dei soggetti i quali, risultando carenti proprio nella funzione di responsabilità e di determinazione a rompere il circolo vizioso, di motivazioni ad uscire dal proprio ambiente.

Diventa allora cruciale domandarsi come può essere che la persona, con una forte componente di marginalità, possa essere messa e mettersi in grado di poter trovare la propria personale traiettoria, partendo dalla propria situazione di difficoltà, di debolezza, di ambivalenza e di appartenenza a gruppi strutturati per mantenere tutti dentro?

PRIME CONSIDERAZIONI SULLA STRATEGIA

- Il lavoro quindi deve comprendere i vari livelli di società interessati, da quelli più elevati: Giudici, Polizia, Servizi amministrativi e quelli più bassi: Servizi Sociali, Cooperative, CSM...
- Adottare il paradigma della Rete
- Munirsi di Ente Esterno Valutatore del processo per essere certi che si lavori per l'emancipazione del paziente
- Utilizzare tecniche di intervento coerenti a queste premesse

QUALI POSSONO ESSERE PRINCIPI GENERALI PER UNA RIABILITAZIONE DI QUESTE MARGINALITÀ?

A livello della tecnica

1. L'adozione di un Case management intensivo
2. Un investimento sulla Persona con riferimento alla spinta a creare di gruppi di auto-aiuto
3. Metodiche basate sull'esempio, imitazione, condivisione, empatia, su esperienze correttive e ri-conoscitive
4. Un energico impegno sul fare utile

1. Case management Intensivo con metodiche assertive

- Equipe multidisciplinare dove siano comprese figure specifiche tipo il facilitatore sociale, il mediatore culturale
- Responsabilità diffusa dei professionisti
- Gestione diretta di tutti gli interventi sociali e sanitari con una forte regia e integrazione
- Grande flessibilità sul luogo degli interventi
- Adozione di una metodica assertiva

2. UN INVESTIMENTO SULLA PERSONA CON RIFERIMENTO ALLA SPINTA A CREARE DI GRUPPI DI AUTO-AIUTO

Nel nostro mondo ha senso parlare di persona?

Come si può definire?

Persona non coincide con una serie di termini quali individuo, essere umano, sé, mente, coscienza

Ma posso definirlo : **“Essere vivente in relazione al contesto, nella storia, nel presente e nel futuro”**

dove l'interazione della Coscienza, del Sé e della Mente FANNO EMERGERE LA PECULIARIETA' CHE CHIAMIAMO PERSONA

Perchè metto al centro del lavoro riabilitativo la persona,?

Ad un livello perchè:

1. Il concetto di persona comporta il rapporto dell'individuo con la società
2. Siamo passati ad una società di persone da una società di individui (Norbert Elias,1987)

Quindi la patologia delle nuove marginalità è fortemente collegata a queste due considerazioni.

Inoltre l'importanza di investire sulla persona viene anche dalla constatazione che “questa persona” riceve “in genere” due attacchi

- Dall'interio dalla propria patologia
- Dall'esterno dalla micro e macrocontesto

Rischiando di restare chiusa in un circolo vizioso che non permette di crescere e di contrastare la patologia come la fotografia in fondo al testo ben suggerisce.

Un buon metodo per contrastare queste tendenze sono i gruppi di auto-aiuto che tanto vengono usati in tutte quelle realtà dove vi è la possibilità di coniugare l'attenzione del volontariato e quella del “pubblico” in forma sinergica.

3.METODICHE BASATE SULL'ESEMPIO, IMITAZIONE, CONDIVISIONE, EMPATIA, SU ESPERIENZE CORRETTIVE E RI-CONOSCITIVE

- I recenti studi di neurofisiologia stanno rivalutando l'apporto della esperienza, del fare insieme nel processo di crescita personale, di conoscenza, di apprendimento.
- Se seguiamo l'etimologia del termine esperienza ci suggerisce una piccola grande suggestione

NEURONI SPECCHIO

- Sono stati scoperti ,in determinate localizzazioni cerebrali ,dei neuroni che
- rispondono sia quando si effettua una determinata azione
- sia quando si vede fare quell'azione o si sente il rumore caratteristico di quell'azione
- Sono stati chiamati **NEURONI SPECCHIO** proprio per sottolineare che **rispecchiano un'azione**

LA SIMULAZIONE INCARNATA

Nell'uomo come nella scimmia la presenza dei neuroni-specchio fa sì che l'osservazione dell'azione altrui costituisca una forma di simulazione della stessa.

La presenza di un substrato neuronale condiviso tra agente e osservatore, che sottende sia le azioni dirette verso oggetti che le azioni comunicative, costituisce uno spazio di senso intersoggettivo condiviso.(Gallese)

- In questo modo vi è una **consonanza** fra le persone, dovuta **all'intenzione che si evince dalla sola osservazione di parte del movimento**
- Quindi iniziamo a conoscere **preverbalmente** osservando gli altri, **partecipando** con gli altri
- cioè sia fa ESPERIENZA ESPERENDO

- **Si condivide** con l'altro la stessa sensazione e **quindi si conosce**
- **Si impara** osservando e quindi **si conosce**
- Varela ci ricordava che la conoscenza è azione.
- Gallese e Rizzolatti ci confermano che la conoscenza è **partecipazione ed è intersoggettività**
- Il fatto che osservando, di fatto partecipiamo e mettiamo in moto l'innervazione dell'azione, senza di fatto eseguirla e proviamo le sensazioni correlate, e già sperimentate.

Tutte queste osservazioni mi portano a ipotizzare una serie di CONSEQUENZE:

1. Si può imparare per replicazione senza quindi l'accesso al canale verbale (Esperienza)
2. L'importanza di una osservazione partecipe anche silenziosa
3. Anche solo parti di scene, che si osservano, fanno innervare tutta la possibile azione. Quindi spesso in patologia questo crea circoli viziosi
4. Facendo azioni (Esperienza) nuove vado a aprire nuove connessioni neurali che successivamente si metteranno in moto anche solo quando vedrò una parte della scena
5. La comprensione è preverbale e partecipativa (Esperienza)
6. La mente precede l'evento e può anticipare un fatto spiacevole o provarli prima che accada (Esperienza)

4. IL FARE UTILE

L'impresa sociale può essere la strada specialmente se si parla di **diverse strutture produttive correlate**

- Trova la maniera di far convivere individui forti e deboli
- Fa della debolezza una peculiarità ed un punto di forza
- Immette un cambiamento che si autodetermina e che non ha confini precostituiti
- Trova il modo di far uscire l'utente dal circuito sanitario o al peggio di ridurre l'utilizzazione
- Interviene sulla patologia di ruolo attaccando l'identità di diverso e di marginale
- Insegna il recupero dell'abilità e cerca di tramutarla in capacità in vivo e non in vitro
- Usa il contesto come discriminante del significato dell'esperienza che l'utente sta effettuando

Ecco le mie TIMIDE CONCLUSIONI

- Le sfide che queste nuove marginalità ci propongono mi sembrano che siano :
 - Uscire dal proprio ristretto ambito e immaginare una risposta corale fra tutti gli enti preposti
 - Creare contesti di intervento a più livelli fra di loro coordinati strettamente
 - Coniugare strettamente un intervento sulla persona con uno sul contesto
 - Rispondere contemporaneamente a bisogni psichici, materiali e sociali con la stessa ottica
 - Inventarsi nuovi strumenti che siano facilmente accessibili, flessibili, in progress

**Psichiatra, Istituto Italiano di Psicoterapia Relazionale*

Bibliografia

- Gallese V. *Comunicazione personale*
- Rizzolati G., Sinigaglia C. *So quello che fai*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2006.
- Siegel D.J. *La mente Relazionale*, Raffaello Cortina, Milano, 2001.



Le appartenenze delle persone senza fissa dimora

di Simone Cocciante, Enrico Visani***

In Italia si stima che ci siano tra le 65.000 e 110.000 persone senza dimora. Su una popolazione considerata di 6.5 milioni di poveri relativi, 500.000 sono le persone con difficoltà alloggiative. Secondo i dati raccolti dalle associazioni che sostengono le persone senza dimora, tra di esse vi è una netta prevalenza di maschi che sono quasi l'80% del totale. Circa l'età oltre il 50% ha una età media compresa tra 40 e 59 anni, con un notevole aumento negli ultimi anni di persone sempre più giovani. Rispetto la permanenza in condizioni di grave emarginazione si è stimato che circa il 50% rimane in strada meno di 3 anni, mentre quasi il 18% ci sta da oltre 10 anni costituendo di fatto il nucleo dei cronici. I dati raccolti circa lo stato civile indicano che oltre il 50% è celibe o nubile, mentre il 78% dichiara di non avere legami affettivi.

LE DEFINIZIONI

Nell' avvicinarci a questo mondo dobbiamo innanzi tutto sgomberare il campo da preconcetti, per accostarci ad un mondo complesso, vario e dinamico. Infatti, uno stereotipo molto diffuso identifica le persone senza dimora come coloro che non hanno una casa in cui abitare. La storia delle definizioni, che sono state date nel tempo, di questo insieme eterogeneo di persone, rispecchia i mutamenti storici e culturali avvenuti nel corso del tempo. Nel 1908, Antonio Niceforo, un filosofo positivista, nella sua *"Antropologia delle classi povere"* affermava che: *"I degenerati d'ogni sorta sono numerosissimi tra i vagabondi e i mendicanti, l'inferiorità fisica e mentale di costoro non è soltanto l'effetto dell'ambiente in cui essi vivono o hanno vissuto ma l'espressione di tare congenite"*, e Rebora, giurista, nella *Enciclopedia giuridica italiana* del 1915, aggiungeva: *"...il vagabondaggio infatti nel senso più esatto ha origine non tanto da condizioni economiche o sociali, quanto da condizioni ataviche individuali, da forme degenerative, da predisposizioni somatiche"*. A queste definizioni, imbevute di cultura positivista e stigmatizzante, se ne sono accompagnate altre nel tempo, che, invece, vedevano nell'icona del *"barbone"* felice o del *"clochard"* filosofo, il mito della scelta di rompere gli schemi di una vita borghese. Il congresso degli Stati Uniti, nell'*Homeless Assistance Act del 1987*, così si esprimeva circa le persone senza dimora: *"persone che mancano di una residenza notturna permanente e il cui alloggio durante la notte è costituito da un riparo provvisorio, da un centro d'accoglienza, comunque da un posto inadatto al riposo di un essere umano"*. La definizione dell'*homeless assistance act*, nonostante i buoni propositi, riduce la condizione di disagio nella mancanza di una residenza notturna permanente, definendolo di fatto come un *"house-problem"* senza i suoi connotati socio-relazionali, affettivi e di

appartenenza. In realtà “la persona senza dimora non è una persona a cui manca una casa ma è una persona a cui manca <<la casa>>, lo spazio domestico, uno spazio per il Sé, uno spazio di riflessione interiore, rassicurante, che consente l’elaborazione psichica della risposta: tutto ciò fa della persona senza dimora un individuo isolato, privo di una casa interna”. Si può aggiungere che la “*persona senza dimora è in una condizione acuta di sofferenza, essa riguarda soggetti che provengono, in modo trasversale, da ogni livello della stratificazione sociale, si presenta sottoforma di una radicale rottura rispetto all’appartenenza territoriale e alle reti sociali*”. In tutti questi casi si pone l’accento sul disagio sociale e su quello psichico, sull’estrema carenza di risorse e soprattutto sulla estraniamento dalla convivenza collettiva, nella definizione che si è scelta per ultima c’è un passo in più in tale direzione. “*La persona senza dimora è in una condizione di distacco dalla società, caratterizzata dall’assenza o dalla quasi completa mancanza di legami affiliativi, che tengono ancorate le persone ad una relazione di strutture sociali interconnesse*”. La definizione incentrata sulla dimora sembra così aver lasciato il posto ad una incentrata sulla relazione, sul senso di appartenenza alla collettività ad un gruppo ad un sistema affettivo- relazionale. In cui la perdita di una dimora materiale e simbolica è solo un segno, forse il più eclatante, di questo disagio, che sembra avere le sue radici profonde nella mancanza di legami di tipo “affiliativo”, intendendo con questi dei rapporti di appartenenza. Il concetto di Disaffiliazione è stato coniato dal sociologo francese Robert Castel, secondo il quale essa “è definita dalla combinazione di due vettori: la mancata integrazione occupazionale e l’isolamento sociale.” *In questo modello l’accento cade sulla rottura del legame sociale, assicurato dal lavoro e dall’appartenenza ad una comunità, ad una rete relazionale.*

TENTATIVI DI CLASSIFICAZIONE

A seconda dei diversi modi di vedere il fenomeno, le persone senza dimora sono state studiate da diversi punti di vista. La classificazione temporale pone in evidenza la durata della condizione di emarginazione. In tal modo si cerca osservare la persona senza dimora attraverso la prospettiva della durata di tale condizione e del suo ripetersi nel tempo. Così si possono rintracciare coloro che lo sono per molto poco tempo, da pochi giorni ad un mese, o coloro i quali lo sono per un periodo che arriva a sei mesi o un anno, coloro che si trovano in questa condizione per alcuni anni, da 2 a 5, o chi vi rimane fino a 10 anni e oltre. Inoltre tale condizione può reiterarsi con periodi ravvicinati o ripresentarsi dopo intervalli anche lunghi e ripetersi solo due volte o continuamente, intervallandosi con periodi di più o meno relativa stabilità. La Classificazione alloggiativa pone in evidenza la tipologia del ricovero notturno. Questa prospettiva di osservazione privilegia la collocazione alloggiativa e materiale della persona. Nonostante questo approccio alla comprensione delle persone senza dimora sia legato a delle concezioni in cui si riduceva il problema della persona senza dimora al suo alloggio, si deve riconoscere che attraverso la collocazione alloggiativa della persona e la sua storia alloggiativa si ottiene una preziosa ricostruzione del suo percorso di progressiva emarginazione. L’alloggio può essere la strada, un casale abbandonato, una sala d’aspetto di ospedale o di altra istituzione, un dormitorio, una roulotte ecc. ma, soprattutto, l’alloggio può essersi evoluto nel tempo. La Classificazione per “problematica” pone in evidenza l’alcolismo, la tossicodipendenza, la carcerazione ecc. La classificazione per problematica o per disagio o per evento critico, tentano di definire la persona attraverso quelle che sono le difficoltà maggiori che sono intervenute

nel creare la condizione di emarginazione. I disturbi psichici, la tossicodipendenza, l'alcolismo, la disoccupazione, la detenzione, i conflitti familiari, ma anche i lutti o la malattia fisica. Questa classificazione, nonostante rischi di essere semplicistica e riduttiva, ha il pregio di individuare quelli che sono gli ambiti di grave difficoltà della persona, a patto che la descrizione non si appiattisca solo una problematica. La *Classificazione per contatti sociali: pone in evidenza la rete di relazioni della persona*, ha amici, vive isolato in strada, ha contatti con la famiglia, ecc.. Questo angolo di osservazione fornisce la quantità e la qualità dei contatti sociali che ha la persona, c'è chi vive in strada isolato, chi vive in strada ma in gruppo, chi è in un dormitorio rimanendo però isolato e chi invece partecipa alla vita comunitaria, chi, ancora, ha frequenti contatti con i familiari, chi ha assidui contatti con operatori di servizi socio sanitari o di volontariato, chi li fugge. Questa prospettiva permette di dare una lettura prevalentemente qualitativa della condizione di esclusione.

LE TIPOLOGIE DI PERSONE SENZA DIMORA

Le tipologie di persone senza dimora, scaturite dalle osservazioni e dagli studi sociali nel corso dei decenni, si sono succedute e modificate sempre più. Anche se le tipologie possono essere state molto diverse, ciò che ad esse si deve riconoscere è il contributo nel cercare di porre l'accento sulla complessità del mondo delle persone che vivono in condizione di emarginazione. In realtà l'immagine del "barbone", comunemente accomunata a chi si trova in uno stato di esclusione estrema, è relativa ad una parte di questo variegato universo. Alcuni ricercatori sociali, che negli anni 80 si sono avvicinati a questo mondo hanno coniato la definizione di *anoressico istituzionale*. Considerando in questa definizione coloro che si autoescludono isolandosi, spesso portando con sé tutto ciò che hanno. Queste persone non hanno contatti con le istituzioni, con i servizi di base e con quelli assistenziali, in genere vanno visitati in strada, nei luoghi in cui dimorano, sovente non accettano nulla. Queste persone spesso provengono da storie traumatiche, da istituzionalizzazioni prolungate e non arrecano quasi nessun danno alla comunità. Altra categoria è quella del *rinunciatario-il punkabbestia* dove vanno a ricadere quei gruppi di giovani che per ragioni di ordine, politico, culturale, esistenziale o altro si trovano a vivere in strada o in luoghi di fortuna come casa abbandonate o simili, in gruppi, spesso con la presenza di animali. Di questo gruppo fanno parte soprattutto giovani che si allontanano di casa piuttosto precocemente e vivono in strada. Sovente nelle storie di questi ragazzi compaiono famiglie altamente conflittuali, con storie familiari disgregate, segnate da separazioni, o lutti, in cui prende corpo precocemente l'esigenza di allontanarsi. Questi giovani dopo le prime provocazioni attuate con fughe, fallimenti scolastici ed uso di sostanze, sembrano maturare il bisogno di non avere contatti con una realtà sociale organizzata e ufficiale, ricreando un proprio modo di vivere ai margini quasi in autosufficienza e in rifiuto, socializzando e solidarizzando con i pari età. Abbiamo poi quelle persone che possiamo identificare nella figura del *migrante*. In questa, condizione lo sradicamento dal proprio contesto generale di vita procura delle instabilità e dei veri e propri traumi. Quando a questo sradicamento si unisce una condizione di fragilità e vulnerabilità, esso assume effetti eclatanti sulla vita della persona. Ciò che maggiormente mette a rischio la persona immigrata di esclusione sociale è l'essere sola, senza la rete protettiva di una famiglia. Ciò che connota molto il processo di esclusione di una persona migrante è la presenza di un progetto migratorio, e la rete sociale costituita da familiari, amici e connazionali già integrati nel paese di destinazione. Col termine *disaffiliati* –sono

stati descritti *i nuovi poveri* tutti coloro che non vivono completamente ai margini della società ma che hanno molti aspetti di precarietà e fragilità. Ci si riferisce a coloro che perdono temporaneamente lavoro e sostegni familiari, coloro che perdono la casa, persone che in molti casi hanno sempre vissuto con i genitori e non hanno mai maturato una capacità di essere autonomi. Insomma un insieme di persone che lentamente scivola in una condizione di sempre maggiore povertà materiale, di privazione lavorativa e di isolamento sociale, relazionale ed affettiva. I *giovani tossicodipendenti* in genere arrivano in strada dopo essere stati cacciati dalla famiglia, dopo essere fuggiti dalla comunità terapeutica, o dopo essere usciti dal carcere. L'agenzia comunale per le tossicodipendenze del comune di Roma nel 2006 ha stimato che circa il 17 % dei tossicodipendenti è senza dimora, segno che solo una minima parte dei tossicodipendenti arriva in strada ed interrompe i contatti con la famiglia. Tra coloro che vivono una condizione di grave emarginazione vi sono molti *giovani con disturbi psichici*, in genere questi hanno un'età compresa tra i 20 ed i 30 anni, sono all'esordio della patologia e rifiutano le cure sanitarie, o hanno già affrontato un percorso psichiatrico e interrompono le cure sanitarie, o ancora sono in una fase prodromica e manifestano una forte instabilità comportamentale. Il rifiuto della patologia e delle cure comporta per queste persone la rottura con la rete parentale l'allontanamento dai servizi e quindi l'isolamento e l'inasprimento dei disturbi, spesso accompagnato da una reazione rigida e poco disponibile della famiglia stessa, dovuta ad incapacità o per disimpegno del gruppo dei familiari. I *pazienti psichiatrici cronici*, a differenza di coloro che si isolano in strada, si acquietano in centri d'accoglienza e dormitori, spesso risultando tra gli ospiti più collaborativi ed acquiescenti con il rischio però, per questi loro tratti, di passar inosservati o essere dimenticati. Queste persone sono pazienti psichiatrici con un'età medio-alta, con una rete familiare rarefatta, per mancanza oggettiva di parenti o per un loro disinteresse e rifiuto, verso la persona, manifestati già in giovane età. Nel gruppo eterogeneo degli *adulti "problematici"* possono essere inseriti coloro che hanno un'età variabile tra i 30 ed i 50 anni, che provengono da percorsi di carattere antisociale, con una lunga storia di reati e detenzioni, una forte presenza di disturbi di personalità, instabilità delle relazioni, dipendenza dall'alcol o dal gioco d'azzardo. Queste persone hanno periodi più o meno ricorrenti di estrema povertà, a volte temporanea ma con una forte recidiva. Sono percorsi segnati già dalla giovane età da notevoli problemi comportamentali ed il passare del tempo genera un progressivo esaurimento delle risorse sociali, familiari e relazionali fino ad un vero e proprio esaurimento ed all'isolamento. Infine vogliamo citare gli *anziani soli con problemi sanitari*. Tra le persone anziane vi sono coloro che non hanno una rete relazionale, hanno sempre vissuto dal sole, o hanno perso i parenti e sono riuscite fino all'età matura ad essere indipendenti. Per molte di queste persone la fine del lavoro, la diminuzione del reddito, e le malattie segnano un declino al quale da sole non riescono a far fronte. La carenza di una rete di supporto li consegna alle maglie dei servizi assistenziali quando questi vi si rivolgono, o altrimenti vengono raccolti in strada dove a volte vanno anonimamente a finire. In genere il loro percorso si avvita tra la povertà materiale, la precarietà alloggiativa, la instabilità della salute e l'isolamento relazionale. L'elenco delle tipologie presenti tra le persone che sono senza dimora potrebbe continuare ed arricchirsi sempre più con tipologie e sottocategorie. Qui ne abbiamo voluto citare alcune che ci sono sembrate particolarmente significative. Ciò che ci ha colpito è un dato trasversale rispetto alle varie tipologie. Indipendentemente dal genere, dalla "tipologia", dalla propria storia personale, il ricordo della famiglia d'origine è sempre un luogo distante, "povero"

affettivamente e rigido al suo interno, un luogo ove spesso le persone non si sono sentite appartenere.

GLI INTERVENTI

Gli interventi variano lungo un continuum che va dalla riduzione del danno all'intervento globale multi-disciplinare. *L'Intervento di "riduzione del danno"* si misura con la crisi, con situazioni d'emergenza : in genere questo intervento è effettuato su persone che sono in strada, che non sono inseribili in strutture d'accoglienza o non sono disponibili ad andarci. In una parte dei casi si tratta di pazienti psichiatrici cronici, che vivono in strada piuttosto isolati. Queste persone, a volte, non accettano nulla, in tali casi possono essere monitorate al fine di intervenire al verificarsi di una emergenza sanitaria o nel caso di una "improvvisa" loro disponibilità a fare richieste e ad avvicinarsi ai servizi. In altri casi la riduzione del danno consiste nel fornire generi di prima necessità come pasti caldi, coperte, vestiti o sorvegliare la salute e l'incolumità della persona. *L'intervento assistenziale* è l'intervento rivolto a chi fa richiesta di servizi di prima necessità, e si recando presso i servizi di base come: strutture di accoglienza, mense sociali, centri di ricovero diurni, ecc. *L'intervento socio-assistenziale* comprende le attività rivolte verso chi chiede, oltre al soddisfacimento dei bisogni elementari, anche il sostegno di carattere sociale, come l'ottenimento della residenza anagrafica, dei documenti, di contributi economici, la domanda di riconoscimento d'invalidità, ecc. *L'Intervento globale psico-socio-sanitario* contiene i supporti che, partendo dalle richieste di tipo assistenziale, accompagnano la persona attraverso un percorso di rielaborazione, di riabilitazione di alcuni aspetti della propria vita. Si affronta il percorso che ha condotto ad essere senza dimora, aiutando la persona a comporre una lettura del proprio percorso (percorso che molto spesso è agito e non pensato), permettendole di riappropriarsi delle proprie esperienze, che sono state segnate da *microfratture* e traumi, che si configurano sovente come delle *perdite progressive di significato*. Questo percorso avviene attraverso una serie di avvicinamenti ed allontanamenti, progressi e arretramenti e in periodi più o meno prolungati o separati da intervalli temporali variabili. Spesso queste persone presentano una multifattorialità di disagi e necessitano di un intervento che sia il più possibile globale, che contempli cioè vari aspetti della vita della persona, che richieda contemporaneamente aiuti materiali e relazionali, sostegni pratici e simbolici, risposte alle esigenze primarie e a quelle affettive.

PASSAGGI

La ricostruzione della storia della persona è un passo fondamentale nel cercare di recuperare l'idea di legame e di nuove forme di appartenenza. Se la storia della persona è piena di passaggi spesso incompresi, fraintesi e misconosciuti, *il racconto della storia, alla luce dell'esperienza di emarginazione, diventa una ricostruzione, una riappropriazione di eventi e relazioni*, quando la persona è disposta a farlo e fin dove lo è, verso una riappropriazione progressiva di significati. Se stabilire delle relazioni che permettono di ripristinare dei legami può essere riabilitativo, gli approdi verso cui questo porta sono spesso incerti. In questo processo possiamo avere diversi scenari. Si possono ristabilire le passate relazioni con nuova e maggiore consapevolezza, lasciare schemi di appartenenza obsoleti, per ricostruirne di nuovi (es. l'uomo separato che ricostruisce nuove relazioni sentimentali, la persona che lascia la casa della famiglia per costruire una propria indipendenza, ecc), appartenere all'interno di istituti o centri assistenziali (es. è spesso il

caso di chi è sempre vissuto in istituti come orfanotrofi, collegi, ospedali psichiatrici, prigioni),. fuggire nell'isolamento e nella dis-appartenenza, vivere tra vari contesti (es. l'indipendenza assistita e l'assistenza indipendente. Spesso si assiste a dei compromessi, come chi non riesce mai a raggiungere una completa indipendenza pur mantenendo degli spazi di autonomia, o chi avendo l'autonomia alloggiativa ha bisogno di sostegno da parte di servizi assistenziali).

CONCLUSIONI

Le persone senza dimora, lungi dall'essere solo prive di un alloggio materiale, si presentano in realtà come un gruppo estremamente eterogeneo con bisogni diversi, materiali e relazionali, spesso improntati verso l'assenza, la perdita, la mancanza. Le persone senza dimora oggi costituiscono un insieme dinamico e multiforme, la figura del "barbone" classico è divenuta minoritaria, lasciando spazio ai nuovi poveri, persone che si spostano in modo fluido da una condizione, di maggiore o minore esclusione, ad un'altra, contemplando periodi più o meno duraturi di integrazione sociale. Anche lo spettro di contatti con i servizi è molto ampio e piuttosto dinamico, con una marcata tendenza, nella recente popolazione senza dimora, ad utilizzare i servizi con disinvoltura. Il quadro che emerge della persona senza dimora è comunque di una persona priva di una rete di "relazioni" affettive. Quasi sempre la famiglia d'origine appare disinvestita di affettività ed è vissuta come uno spazio rigido. La persona che oggi appare isolata ed emarginata spesso proviene da ambienti familiari in cui ha sperimentato un senso di non appartenenza, di esclusione. Non di rado nelle biografie di molte persone senza dimora ricorre l'esperienza dell'istituto, inteso come collegio, orfanotrofo, carcere o istituto psichiatrico ecc.. La traiettoria del percorso di esclusione, che porta all'emarginazione, sembra caratterizzarsi da una serie di vulnerabilità multiple, che si condensano in fratture di "senso", in perdite progressive di significato. Gli interventi si muovono in equilibrio tra l'aiuto materiale e la costruzione di relazioni e si snodano lungo un continuum che dal monitoraggio in strada arriva fino alla elaborazione di strategie nuove ed alternative legate alla promozione di nuovi significati personali. In questo percorso eventi positivi ma talvolta anche negativi possono condurre a dei punti di svolta verso nuove forme di appartenenza.

* Psicologo, Psicoterapeuta

**Psichiatra, Direttore UOC SM 2 dst ASL RM/A

Bibliografia

Bauman Z. *Vite di scarto*, Laterza, Roma-Bari, 2005.

Castel R. *La metamorfosi della questione sociale. Una cronaca del salariato*, Sellino Editore, 2007.

FIO.psd, *Grave emarginazione e interventi di rete*, Franco Angeli Milano, 2006.

Francesconi C. *Segni di impoverimento*, Franco Angeli Milano, 2003.

Frigli L. *Igiene mentale e prevenzione in psichiatria*, pubblicato su web: www.nicolalalli.it, 2005.

Gui L. a cura di *L'utente che non c'è*, Franco Angeli, Milano, 1995.

Guidicini P., Pieretti G., Bergamaschi M. a cura di *Gli esclusi dal territorio. Comunità e politiche di welfare di fronte ai percorsi di impoverimento*, Franco Angeli, Milano, 1997.

Invernizzi G. *Quale modello del disagio adulto grave*, rivista “TRA” della FIO.psd, N. 2 anno XV, 2001.

LABOS, 1987, *Essere barboni a Roma*, Edizioni T.E.R., Roma. Martinelli F., 1995, “Senza ambiente, sociologia della povertà”, Liguori Editore, Napoli, .

Pezzoni F., Lucchini G. *Persone senza fissa dimora e salute mentale: un approccio integrato fra DSM e servizi per senza fissa dimora*, VII Congresso S.I.R.P., 4-9 novembre 2002, Pala Terme Fiuggi.

Neuroplasticità e Riabilitazione psicosociale

*di Giulio Corrivetti**

PREMESSA

L'essere umano è, per sua natura, un essere sociale ed il suo processo evolutivo è il risultato di un continuo percorso di adattamento che modula costantemente l'interfaccia del rapporto "Io-Mondo": un percorso evolutivo che plasma continuamente e reciprocamente l'Io ed il mondo, insieme. Sul terreno di questa interazione, l'intersoggettività rappresenta uno degli argomenti più controversi che ha visto sviluppare un dibattito crescente e sempre più entusiasmante coinvolgendo molteplici discipline scientifiche e filosofiche. L'evoluzione dei processi mentali che contribuiscono a definire l'identità e la personalità si comprendono meglio alla luce delle conoscenze sugli apparati cerebrali implicati nell'apprendimento e nella memorizzazione dell'informazione. L'elaborazione da parte di tali apparati avviene sempre in un contesto fisico e sociale ed è realizzata da reti neurali che funzionano in un determinato modo sia in ragione dell'eredità genetica sia a causa delle esperienze pregresse.

Tutti possediamo i medesimi sistemi cerebrali e anche il numero di neuroni in ciascun sistema è approssimativamente lo stesso in ognuno di noi, ma ciò che distingue i diversi cervelli è rappresentato dal particolare modo in cui quei neuroni sono connessi, costituendo quella unicità che definisce il nostro "Io".

Ciò che appare straordinario e che rappresenta la premessa al discorso che si vuole costruire qui relativamente al rapporto che lega le pratiche di riabilitazione psicosociale a queste funzioni, è quel fenomeno unico e sorprendente che modifica le sinapsi ed i sistemi cerebrali sulla base dall'esperienza soggettiva, sollevando interessanti ipotesi: fattori genetici ed ambientali influenzano l'espressione e le funzioni della mente attraverso un delicato meccanismo neurofisiologico che chiamiamo neuroplasticità e, pertanto, favorendo la conclusione che sia i fattori genetici, che quelli ambientali, agiscono sulla plasticità neuronale interiorizzando le esperienze soggettive[1].

Poiché ogni forma di terapia nel costruire una relazione intenzionale tra curante e curato promuove una esperienza soggettiva sistematica ed intenzionale, potremmo concordare sul fatto che dovrà esistere una forma di reciprocità tra la terapia e la neuroplasticità (ogni alterazione evidente di tale plasticità determina fenomeni che necessitano di cura, allo stesso modo in cui, come dimostrato, ogni forma di terapia, ampiamente intesa agisce interferendo con quella plasticità).

Appare così evidente una prospettiva all'interno della quale il terreno di scontro tra natura e cultura supera la dimensione di conflitto e declina i reciproci fenomeni sul terreno delle

prove a sostegno della interazione tra geni, esperienza e plasticità neuronale: i geni influenzano il comportamento individuale attraverso la sintesi di quelle proteine che determinano le connessioni tra neuroni, allo stesso modo in cui esperienze soggettive (rappresentazioni di variabili ambientali che leghiamo al concetto semantico di “cultura”), hanno la forza di tradursi in modificazioni dei sistemi sinaptici. Tali congetture chiamano in causa la disputa tra *disposizione* e *selezione* coinvolgendo ampiamente la relazione tra fattori genetici e quelli culturali. Se lo sviluppo cerebrale rappresenta il principale terreno di scontro del rapporto tra natura e cultura, dobbiamo oggi concordare che queste entità comunicano attraverso un codice comune che è quello delle connessioni sinaptiche e della neuroplasticità.

In queste brevi riflessioni cercheremo di connettere tale dibattito scientifico alla Riabilitazione Psicosociale, poiché essa rappresenta una forma intensionale ed intenzionale dell'esperienza soggettiva dal momento che promuove ed orienta il cambiamento personale e la trasformazione di specifici aspetti costituzionali dell'Io.

LA DIMENSIONE SOGGETTIVA DELL'ESPERIENZA TERAPEUTICA

La personalità individuale si declina attraverso un sistema tendenzialmente stabile di pensieri, emozioni e motivazioni. Sappiamo che tali funzioni sono correlate a connessioni sinaptiche tra sistemi neuronali e che le interruzioni di tali connessioni compromettono anche quelle funzioni. Molti deficit sono il risultato di una disfunzione nello scambio di informazioni tra aree cerebrali e molte patologie neurologiche si rappresentano come malattie da disconnessione correlate ad un danno visibile del cervello. Una qualche compromissione o deterioramento nelle connessioni viene evidenziato anche nelle patologie di interesse psichiatrico, anche se in tali casi non si evidenziano lesioni cerebrali macroscopiche. Molte esperienze umane significative possono contribuire a disorganizzare tali connessioni, allo stesso modo in cui esperienze positive possono ristabilire e riaffermare tali connessioni. Tali modifiche in senso positivo o negativo hanno un riscontro nell'espressione fenomenica dei tratti personali.

La questione che qui cerchiamo di evidenziare è relativa al rapporto tra la persona ed il suo spazio di esperienza, considerando quanto sia controversa ancora la relazione tra due opposte storiche tesi: lo sviluppo della mente in rapporto all'ambiente che la forma *versus* il concetto di un ambiente modulato a misura di questa mente. Il cervello, che di quella mente rappresenta la sostanza empirica, disvela sempre maggiori potenzialità offrendo chiarezza a meccanismi e fattori di incerta spiegazione. Ad esempio, nello sviluppo dei processi mentali, oltre al ruolo dei fattori cognitivi e di quelli emozionali, il sistema motorio ha assunto una posizione significativa, ed oggi si cerca di reinterpretarne il ruolo nello sviluppo della comunicazione tra individuo e mondo e tra una singola persona e gli altri. La base di tale competenza relazionale è fondata su funzioni mentali attive già prima dello sviluppo del linguaggio; si tratterebbe di meccanismi fisici che favoriscono lo sviluppo di una esperienza soggettiva della percezione del mondo, già attivi alla nascita e che persistono per tutto il corso della vita. Poiché il sistema motorio non ha a che fare con singoli movimenti, ma con azioni, si deduce che la nostra esperienza dell'ambiente prende corpo attraverso questi atti ed attraverso la loro interpretazione. Attraverso il processo di rappresentazione e di comprensione empatica delle intenzioni sottese alle azioni, le cose assumono per noi un significato. E così, secondo questo modello, la conoscenza non è conseguenza di un atto, ma è connessa all'agire ed è espressione delle azioni. Secondo

questo schema, il cervello che agisce è anche un cervello che comprende. Già Schopenhauer sosteneva che la riflessione non si dà quale prodotto della coscienza, ma è un riflesso delle azioni e della loro memoria [2].

Pertanto è possibile che i comportamenti *non empatici* di molti disturbi primari psichiatrici abbiano una base nel funzionamento errato dei circuiti cerebrali deputati all'osservazione e alla comprensione delle azioni degli altri [3]. Quale esito di queste attuali conoscenze, se ancora vi fosse la necessità di provarlo, appare evidente la ulteriore conferma della natura iatrogena del danno istituzionale (una prova della dannosità del manicomio quale luogo di concentrazione, di isolamento e di caducità delle cure). Tanto ardite apparivano un tempo, le affermazioni fenomenologiche e socio-antropologiche contro gli esiti negativi dell'esclusione manicomiale, quanto oggi, anche con il conforto delle neuroscienze, tali affermazioni appaiono scontate e tautologiche. Non di meno è utile pensare di poter orientare scelte di revisione o di riorganizzazione dell'attuale assetto assistenziale italiano anche sulla base di queste conoscenze. Proprio sulla base di questa interpretazione del concetto di *comprensione* nel contesto della cura (funzione che si declina all'opposto di quello di *attaccamento* e che si usa qui derivandolo dal dibattito all'interno dei fattori di efficacia delle psicoterapie) appare che il modello italiano di riabilitazione psicosociale, orientato alla risocializzazione, alla valorizzazione del modello comunitario di assistenza ed all'orientamento delle tecniche sul versante dell'integrazione dei fattori cognitivi con le dinamiche emozionali, abbia anticipato le prove che le neuroscienze hanno evidenziato sugli effetti delle psicoterapie e delle esperienze soggettive significative sulla struttura e sulla funzione del cervello. Pertanto si considera che allo stesso modo anche le esperienze intensive di riabilitazione psicosociale determinino esiti analoghi sui meccanismi fondamentali dell'attività neuronale, costituendo rimodulazioni efficaci e stabili sulle disfunzioni neuropsicologiche e neurofisiologiche delle psicosi maggiori [4].

In questo breve lavoro cercheremo di connettere le diverse tecniche della riabilitazione psicosociale attraverso il comune meccanismo di apprendimento per imitazione, considerando che, come per le psicoterapie, l'esperienza del mondo si traduce in esperienza soggettiva con un significato terapeutico solo quando attiva l'insight, costruendo una consapevolezza e la metacognizione nella persona curata. Pertanto si dovrà riconsiderare qui quanto un "attaccamento sicuro" ad una o più figure principali sia indispensabile affinché un individuo possa sviluppare modelli operativi funzionali del mondo e di sé stesso [5]. Un illuminante esempio di questa funzione nell'ambito della riabilitazione psicosociale è testimoniato dall'approccio meta cognitivo di Perris, che è centrato sugli schemi disfunzionali e che, nel contesto di comunità residenziali, applica il sistema dell'*attaccamento sicuro*: gli stessi terapeuti rappresentano la "base sicura" per lo sviluppo di abilità personali [6].

LA NEUROPLASTICITA'

Le sinapsi nel cervello, come gli animali nei loro ambienti, sono in competizione per la sopravvivenza. Le sinapsi utilizzate competono con successo e sopravvivono, mentre quelle inutilizzate muoiono [7]. In che modo l'esperienza modifica effettivamente le sinapsi e cosa fa sì che i cambiamenti perdurino? Fino a non più di trenta anni fa, si riteneva che il cervello fosse maturo intorno ai 16 anni e dopo quell'epoca non fosse possibile la genesi di nuovi neuroni. Oggi sappiamo che non è così, i cervelli sono plastici per tutto il tempo della vita e le connessioni neuronali sono mutevoli in relazione alla mutevolezza dell'ambiente

che le condiziona. Quindi, ciò che rappresenta una novità è che fenomeni quali la neuroplasticità e la neurogenesi (la produzione di nuovi neuroni), contrariamente a quello che si credeva un tempo, sono attivi anche nel cervello dell'adulto [8, 9]. Esistono prove del fatto che i neuroni del cervello dell'adulto stabiliscono nuove connessioni se ricevono informazioni da un ambiente ricco di stimoli, dall'esercizio, ed attraverso il processo di apprendimento, mentre tali fenomeni si riducono e regrediscono in condizioni di stress, durante il processo di invecchiamento, e se il cervello è esposto ad elevati livelli di glucocorticoidi [10].

Pertanto esistono prove che tali fenomeni sono potenzialmente implicati nei cambiamenti delle aree cerebrali e nel rimodellamento o modulazione della morfologia cellulare. Tali fenomeni sono verosimilmente mediati dalle neurotrofine (ad esempio il BDNF) [11]. Già Cajal nel 1894 sosteneva che "la plasticità dei neuroni di maturare e il loro potere di creare nuove connessioni possono spiegare l'apprendimento". Il termine plasticità venne usato fin dal suo esordio per descrivere la capacità dei neuroni di essere modificati dall'esperienza [12]. Già negli anni Cinquanta un gran numero di studi riuscì a dimostrare che ripetute somministrazioni di un breve stimolo elettrico a una via nervosa riusciva ad alterare la trasmissione sinaptica in quella via, e che attraverso tale meccanismo era in grado di generare una plasticità sinaptica. E' proprio il continuo rimodellamento morfologico che trascrive l'espressione di alcune funzioni fondamentali, quali l'apprendimento e la memoria, a testimoniare che il cervello non si presenta con una struttura completa ed immutabile dopo l'adolescenza [13]. Le esperienze influenzano e formano l'io anche e forse soprattutto attraverso l'influenzamento che l'apprendimento determina nei sistemi cerebrali memorizzando questi cambiamenti in rimodellamenti neuronali e sinaptici, dimostrando quanto tale processo sia dinamico e che, di fatto, coinvolge il cervello dell'adulto. Anche quando un neonato impara qualcosa, il suo cervello si modifica in modo tale da consentire un ulteriore apprendimento [14]. Attualmente, più cose comprenderemo su come l'esperienza modifica il cervello, meglio riusciremo nella scoperta del modo in cui esso si modifica e si rimodula in relazione alla presenza di un disturbo psichiatrico. E proprio a tale proposito appare oltremodo necessario la promozione di ulteriori studi e ricerche sulla plasticità sinaptica in relazione all'apprendimento ed alla memoria, così come andrebbero promosse ricerche orientate a monitorare queste evoluzioni nel cervello di persone affette da schizofrenia ed inserite in programmi di riabilitazione psicosociale.

Un utile riferimento alla riflessione di questo articolo è lo schema della mente come un'amalgama tripartito che traduce con un insieme di funzioni frutto della sinergia tra pensiero, emozioni e motivazione. Esistono casi in cui queste tre funzioni non sono integrate in maniera armonica e circostanze in cui esse sono, tra loro, dissociate. Se tale sinergia tripartita si scompone, sono probabili disgregazioni dell'integrità delle funzioni mentali con una compromissione della salute mentale. Nel caso dei disturbi schizofrenici e delle psicosi maggiori i pensieri appaiono frequentemente disgiunti dalle emozioni e/o dalla motivazione personale. Le esperienze e, come caso particolare, le esperienze di cura e di riabilitazione, possono contribuire allo sviluppo di nuove interconnessioni, ricostituendo una nuova integrità biologica, psicologica e sociale e considerando i processi di ricostruzione delle reti un fenomeno sostanziale alla riaffermazione di una identità più flessibile e di un equilibrio più stabile.

Il grande successo decretato negli anni cinquanta all'ipotesi che le psicosi fossero correlate ad alterazioni dei livelli di monoamine nel cervello, in particolare quella dopaminergica

legata all'osservazione degli effetti benefici di farmaci quali la clorpromazina, è stato ridimensionato da ipotesi più adeguate alla complessità del problema. In particolare, hanno contribuito al ridimensionamento della vecchia teoria la costruzione di modelli dimensionali più complessi della malattia ed il frammentarsi dell'unità sindromica della schizofrenia, intesa in senso kraepeliniano. Già a supporto di tali revisioni teoriche era intervenuta l'osservazione di alterazioni del sistema glutammatergico che nel cervello favorisce la formazione e la stabilizzazione sinaptica contribuendo alla costituzione dei circuiti neuronali. L'ipotesi glutammatergica prevede che nella schizofrenia si determinino alterazioni dei processi psichici in relazione alle alterazioni nella formazione dei circuiti neuronali [15]. Inoltre, negli ultimi anni si è affermata l'evidenza che pazienti schizofrenici, di fatto, rispondono a farmaci che interessano altri sistemi monoaminergici, ed inoltre, studi recenti hanno contribuito a spiegare la schizofrenia puntando su modelli più complessi che coinvolgono alterazioni funzionali in specifici circuiti del cervello e quindi non solo e/o non più su cambiamenti generali delle monoamine. Allo stesso modo l'approccio dimensionale attraverso il riconoscimento, nello stesso individuo, di più dimensioni psicopatologiche ha contribuito a declinare questa complessità nell'ipotesi che con la definizione di schizofrenia vengano incluse malattie diverse con meccanismi neuropatologici differenti.

Infatti, i modelli basati sull'alterazione dei circuiti neuronali sono più compatibili con l'evidenza che la schizofrenia non sia un unico disturbo, ma un insieme di disturbi che possono manifestarsi in modi differenti in individui differenti [16]. Considerato il ruolo dell'ippocampo nell'elaborazione contestuale dell'ambiente e quello dell'amigdala nell'elaborazione emotiva, è stato ipotizzato che queste connessioni consentano all'attività prefrontale un adattamento in risposta ai cambiamenti che intervengono nella situazione ambientale complessiva come pure a specifici stimoli emotivi. Nella schizofrenia alterazioni nell'ippocampo e nell'amigdala (riscontrati entrambi) potrebbero influenzare l'elaborazione prefrontale, limitando la capacità del paziente di produrre risposte appropriate all'immediata situazione cognitiva ed emotiva [17].

Uno dei punti attualmente più controversi e dibattuti riguardo all'ipotesi del neurosviluppo è che le alterazioni neuropatologiche della schizofrenia si modificano nell'arco del decorso della malattia. Numerosi studi basati su tecniche di visualizzazione cerebrale hanno, infatti, evidenziato cambiamenti progressivi delle dimensioni di varie regioni o subregioni cerebrali nei pazienti con schizofrenia nell'arco degli anni [18]. Ciò suggerisce che i deficit neuropatologici sono progressivi per la presenza di processi di *neurodegenerazione* o *atrofia*. Sia nel caso dell'alterato neurosviluppo sia in quello della neurodegenerazione, un ruolo chiave è svolto dai fattori neurotrofici che, influenzando la crescita, la sopravvivenza e la connessione dei neuroni, garantiscono la plasticità sinaptica [19]. Uno di questi fattori neurotrofici è il BDNF. Vi sono evidenze che il BDNF è ridotto nella schizofrenia sia a livello corticale sia nell'ippocampo [20].

Ecco perché, nell'orizzonte ampio della cura di tutte le forme di psicosi maggiori il meccanismo della Neurogenesi rappresenta un sistema attraverso cui gli interventi, sia che agiscano sui meccanismi psicobiologici direttamente, o che lo facciano indirettamente stimolando attraverso esperienze terapeutico-riabilitative gli stessi meccanismi psicobiologici cointeressati nella malattia, determinano modifiche funzionali e strutturali nel cervello attraverso la stimolazione della neurogenesi, che è probabilmente mediata dalle

neurotrofine [21]. I cambiamenti nella frequenza e nella forza di connessione tra neuroni sono stati descritti già intorno alla metà del secolo scorso e prima ancora, il modello di Hebb aveva definito quell'arousal bioelettrico che permetteva alla cellula postsinaptica (se adeguatamente attiva al momento) di memorizzare l'impulso proveniente dalla cellula presinaptica [22, 23].

Molti studi hanno provato l'efficacia della psicoterapia in molti disturbi di interesse psichiatrico, documentando in particolare l'attivazione di particolari aree del cervello che sono specifiche per quel disturbo [24, 25]. Se la psicoterapia usa anche meccanismi biologici per curare la malattia mentale, tali testimonianze scientifiche indicano un orizzonte di ricerca per ulteriori approfondimenti relativi agli interventi psicosociali che si basano su meccanismi di apprendimento, sull'atmosfera empatica necessaria per favorire un apprendimento per imitazione, sulla base dell'esperienza umana e relazionale in generale. In questo senso il lavoro del terapeuta, qualunque sia l'orientamento tecnico della psicoterapia applicata, determina un'atmosfera intensionale e trasformazionale che implica cambiamenti neurali i quali costringono il cervello in uno stato di arousal. Tale stato, utile al cambiamento ed all'elaborazione soggettiva, se specificamente orientato, produce un miglioramento personale al quale sopraggiunge, poi, un ridimensionamento successivo dello stato di eccitazione. In questo schema, la psicoterapia, gli interventi psicosociali o la terapia farmacologica, oppure a una qualche combinazione di questi interventi sono partner nel processo di riorganizzazione sinaptica chiamato "cura" e favoriscono il miglioramento personale.

L'INTERSOGGETTIVITA' NEI CORPI

Molte discipline hanno considerato i meccanismi e le modalità, costantemente mutanti nel tempo, alla base delle relazioni interpersonali: le neuroscienze, le filosofie della mente, le più recenti teorie della psicologia cognitiva e dello sviluppo, stanno contribuendo a reinterpretare lo spazio interpersonale, con una maggiore attenzione al tema della intersoggettività. Alcune teorie e ipotesi psicologiche sulla mente umana che propongono un "mentalismo" concettuale, escludono la dimensione squisitamente sociale dell'uomo quale attore della propria dimensione intersoggettiva valorizzando quel suo *esserci* in quanto soggetto intenzionale di una relazione ed attore di uno spazio intersoggettivo.

Lo studio delle relazioni interpersonali e la comprensione di questo spazio intersoggettivo getta le basi per comprendere l'organizzazione e l'evoluzione della mente umana e, proprio attraverso il suo specifico carattere sociale. La soggettività, colta con le azioni ed i gesti, indirizza l'uomo verso il mondo, mentre si dà quale intersoggettività [26]. Proprio in questa prospettiva, recenti scoperte nel campo delle neuroscienze, hanno evidenziato il ruolo del corpo nel determinare lo spazio intersoggettivo attraverso un meccanismo definito di "simulazione incarnata" [27]. In questo caso, il corpo si propone come materia in movimento che coniuga motivazione con azione.

In quest'ottica, la capacità di comprendere l'altro, di interagire con la sua intenzionalità, cogliendone i significati, è una variabile dipendente dalla natura relazionale delle azioni. Non è, quindi una funzione dipendente dalle sole capacità cognitive, dal mentalismo, dalle competenze linguistiche. L'intersoggettività, così, appare come il luogo di significazione empatico del corpo vivo, dell'esserci in una prospettiva neuro-fenomenologica assolutamente innovativa.

Il corpo assume ruoli nuovi in un processo di attribuzione di senso. Il corpo assume il significato di un meccanismo semantico esso stesso, che traduce segnali e messaggi, offre codici di interpretazione del comportamento, delle emozioni, dei sentimenti e del sentimento dell'altro: in pratica costruisce la dimensione dell'altruità. Azioni e gesti non rappresentano la fisiologia del corpo, ma tradiscono l'intenzionalità del corpo.

La matrice intersoggettiva, così come rappresentata dalle recenti scoperte sui neuroni specchio supera i confini di quel "dialogo continuo con le menti degli altri" e disvela il ruolo più arcaico della *risonanza empatica* tra l'esserci insieme in quanto corpi che comunicano, che si imitano, e che permettono la comprensione dell'intenzionalità. In questa prospettiva, è vero sia che la relazione tra "menti" crea l'intersoggettività, sia che lo spazio fisico dell'intersoggettività forma e modella le "menti".

In questo senso, il nostro sistema nervoso è costruito per agganciarsi a quello degli altri, in modo che possiamo fare esperienza degli altri *come se* ci trovassimo nella loro pelle. Noi siamo in grado di leggere le intenzioni degli altri e di sentire nel nostro corpo le loro stesse sensazioni ed emozioni, osservandone il volto, il movimento, la postura, ascoltandone il tono della voce. E su questo orizzonte, la comprensione dell'altro si disvela innanzitutto come una comprensione "esperienziale" e diretta delle sue azioni. Una comprensione determinata da un meccanismo innato di modellamento dello spazio "nio-centrico" sui comportamenti altrui. La comprensione intenzionale diviene la risultante di una atmosfera intensionale che si determina tra lo spazio del "noi" e quello dell' "altro". In base alle teorie legate alle scoperte dei "neuroni specchio", si crea, così, una equivalenza motoria, intenzionalmente orientata, tra l'osservatore e l'attore di un'azione. Questi neuroni definiscono un circuito cerebrale che costituisce la base fisiologica del "sentire insieme".

I NEURONI SPECCHIO

La scoperta dei neuroni specchio (*Neuroni mirror*), avvenuta a metà degli anni novanta, ha suscitato un grande interesse, ponendo dubbi sui tradizionali confini non solo neuropsicologici, ma anche filosofici tra pensiero ed emozione, azione e percezione. In sostanza si è scoperto che questi neuroni (scoperti nella corteccia premotoria della scimmia) si attivano sia quando l'animale compie particolari movimenti diretti a uno scopo, sia quando osserva un suo simile o un umano compiere la stessa azione. Ciò vuol dire che essi svolgono ulteriori specifiche funzioni: in particolare quando ci muoviamo nel mondo il nostro cervello orienta le nostre azioni secondo una propria soggettiva intenzionalità. Inoltre, è possibile sostenere che se osserviamo altri compiere quelle azioni entriamo con loro in una "Consonanza intenzionale" che ci permette di seguire l'azione e di coglierne il senso. Da queste osservazioni sono nati spunti di interesse che hanno permesso di interpretare la funzione svolta da questi circuiti anche nell'apprendimento e nello sviluppo di tanti altri processi mentali.

Lo stesso gruppo di Parma ha scoperto, poi, le prove della loro presenza anche nell'uomo [28]. Fu subito chiaro che essi costituivano un circuito integrato funzionale [29]: il *sistema* dei neuroni specchio.

Questi neuroni, quindi, permettono di «sentire», prima ancora che interpretare, i comportamenti altrui. In base alle loro proprietà essi sono in grado di coordinare l'informazione visiva con la conoscenza motoria dell'altro quando questi entra in interazione con noi [30]. Nel corso di questi quindici anni, grazie anche agli sviluppi di un dibattito interdisciplinare vivace e fruttuoso, si è arrivati a sostenere che questi neuroni

hanno svolto un ruolo chiave nell'evoluzione del linguaggio (perché l'area di Broca, la parte del cervello umano specializzata nelle funzioni linguistiche, corrisponde a quella dove, nel cervello delle scimmie, si trovano i neuroni specchio) e che essi circoscrivono una sostanza fisica associata allo sviluppo ed alla promozione del meccanismo dell'empatia. Questa area cerebrale ci consente di comprendere le emozioni altrui. Se tutte queste interpretazioni verranno ulteriormente confermate nel tempo da ulteriori prove ed ulteriori dati, esse potranno rappresentare un supporto ulteriore alla interpretazione del coinvolgimento delle componenti biologiche nelle relazioni umane e sociali.

Il *sistema motorio* ha sempre avuto un ruolo di secondo piano nei processi mentali, mentre è sempre più evidente che questo sistema possieda una molteplicità di strutture e di funzioni tale da non poter essere più confinato al ruolo di mero esecutore di comandi originati altrove. Ciò che rappresenta la novità è che in aree correlate ad esso vi sono neuroni che si attivano non in relazione a semplici movimenti, ma ad atti motori finalizzati e che rispondono alle forme e alle dimensioni degli oggetti.

Proviamo ora a riassumere: fin dall'inizio dello sviluppo mentale, riusciamo a fare esperienza soggettiva dell'esperienza degli altri, che così diventa esperienza comune. In pratica, interagendo con il movimento ed il comportamento dell'altro e modellando la nostra mente sulla sua, ne "sentiamo" il substrato intenzionale, sulla base di una lunghezza di frequenza comune e di un assetto motorio equivalente. In pratica esiste un sistema di neuroni che alimenta questo processo che, prima ancora di essere un processo mentale, è già evocato ed attivato come un processo motorio, fisico, fondato su una rappresentazione dei corpi ed una equivalenza del senso delle azione nello spazio e nel tempo. Vittorio Gallese ha definito questo processo come "simulazione incarnata" [31].

Il significant implicito di ogni azione e delle relazioni interpersonali che quelle azioni motivano trascina in sé sensazioni, percezioni somatiche ed emozioni per cui gli attori di quella consonanza intenzionale non possono non condividere in analoga misura la molteplicità e la complessità di quegli stati. È altresì evidente che tale prospettiva coinvolge anche lo spazio delle emozioni. Esistono evidenze circa il fatto che le stesse strutture nervose coinvolte nell'analisi delle sensazioni e delle emozioni percepite dal singolo, siano attivate anche quando le stesse sensazioni od emozioni noi riconosciamo negli altri: nei loro volti, nei loro movimenti, nella loro presenza.

LE EMOZIONI

Questi nuovi modelli apparsi ad illuminare la scena della soggettività attraverso la riscoperta del ruolo del corpo e soprattutto del suo sistema motorio coinvolgono anche il discorso sulla comprensione e sulla comunicazione delle emozioni. Ogni volta che entriamo in una relazione con gli altri, entrano in gioco una molteplicità di meccanismi, di esperienze e di fenomeni che sembrano coinvolgere gli stessi sistemi dell'imitazione alla base della consonanza motoria e della risonanza empatica con cui il nostro cervello entra in rapporto con il cervello altrui. Con il progredire degli studi sull'uomo è apparsa più chiara la funzione di questo sistema nella comprensione *empatica* dell'altro ed al ruolo svolto nello sviluppo della soggettività e nell'apprendimento: l'esperienza soggettiva del mondo si connota unicamente come esperienza intersoggettiva.

Questo tema è oggi di grande attualità, proprio perché pone in evidenza i meccanismi biologici a supporto di numerose teorie sull'empatia e sui processi ad essa correlati. Come dicevamo sopra, è stato dimostrato che basta cogliere una espressione od un sentimento su

un volto (tristezza, rabbia, paura, disgusto, etc.) per imitarne e simulare dentro di noi una analoga sensazione. Sensazione che coinvolge, ovviamente un corrispondente livello di attivazione nel nostro cervello. Sono i neuroni specchio che si attivano, esattamente nelle stesse aree cerebrali di chi vive l'esperienza in prima persona. Questo meccanismo è comune a tutti gli individui, sia pure con un'intensità che varia da persona a persona ed è stato provato, inoltre che questa potenzialità che lega i simili ha un evidente vantaggio evolutivo. Va altresì operata una sostanziale distinzione tra la possibilità di comprendere la visione del mondo delle altre persone e quella più specificamente affettivo/emozionale: quest'ultima, attraverso l'osservazione delle esperienze altrui, permette di sperimentare le stesse emozioni che prova l'altro e permette l'interazione tra simili sulla base della costruzione di uno spazio ed un valore intersoggettivo.

Molteplicità e complessità giocano un ruolo che è possibile cogliere solo all'interno del loro significato epistemologico ed antropologico [32]. Il discorso che qui stiamo facendo, altrimenti, potrebbe apparire solo quale mero esercizio di enfaticizzazione del ruolo del nostro essere biologici, trascurando colpevolmente la dimensione fenomenologia della nostra presenza. La simulazione incarnata [33] (imitazione e comprensione empatica dell'altro) che all'origine delle scoperte dei neuroni specchio appariva dominio delle azioni, appare, nelle ipotesi degli autori, una caratteristica fondante del cervello favorendo, così, lo sviluppo della complessità e della ricchezza delle esperienze intersoggettive che connotano l'uomo quale animale sociale e che ne permettono altresì il formarsi di una funzione fondamentale che è la propria "cognizione sociale". Questa cognizione sociale è uno stato della mente che implica il sistema motorio, e che precede la proprietà stessa della mente di evocare una metacognizione [34].

Se piangere davanti a un film d'amore, rabbrivire quando si osservano foto che ritraggono torture e sapersi mettere nei panni degli altri è ciò che chiamiamo *empatia*, essa non riguarda solamente le emozioni dell'altro come fenomeni estranei che osserviamo, ma normalmente giunge a simularne interiormente le stesse precise sensazioni. Un caso emblematico che appare utile considerare è quello della condizione che più di ogni altra si rappresenta come assenza del meccanismo di risonanza emotiva ed empatia: l'autismo.

IL RUOLO DI QUESTO SISTEMA NELL'AUTISMO

Soffrire di autismo vuol dire esprimere l'incapacità di stabilire legami significativi con gli altri, essere incapaci di comunicare e costruire relazioni sociali, non riuscire a cogliere ed imitare il comportamento degli altri, né a capire le loro intenzioni, dividerne le sensazioni, provare le stesse emozioni. In sostanza quella evidentemente carente è la funzione della "Consonanza Intenzionale" che a sua volta riproduce deficit cognitivi ed esecutivi nel bambino che ne è affetto. L'ipotesi sarebbe il danno dei circuiti dei "neuroni specchio".

L'ambiente che il bambino incontra nel primo anno di vita, mediato dalla persona che principalmente si prende cura di lui, influenza e orienta lo sviluppo e l'evoluzione delle sue strutture cerebrali, determinando la capacità futura di autoregolare le emozioni, di gestire lo stress e di modulare la relazione con gli altri [35].

Un gruppo di ricercatori californiani ha condotto uno studio su 10 soggetti autistici. Dall'analisi dell'elettroencefalogramma di questi pazienti è stato chiarito come i loro neuroni specchio avessero un'attività elettrica (segno di funzionalità) solo quando era il soggetto a svolgere l'azione. Se la stessa azione veniva svolta da un'altra persona i neuroni

dei pazienti non erano in grado, come normalmente avviene, di ritrovare in quei gesti, movimenti speculari a quelli fatti da loro poco tempo prima. “Questa nuova intuizione ci dà la prova che i soggetti autistici hanno disfunzioni nel sistema di neuroni specchio e che le loro difficoltà di comprensione o apprendimento hanno una forte base fisiologica” [36].

Altri autori hanno registrato con la tecnica della risonanza magnetica le reazioni di pazienti con autismo alla evidenza di situazioni emotivamente rilevanti. Le aree dei neuroni specchio di questi pazienti si sono mostrati pigri ben oltre i limiti della normalità. Ciò è apparso alla base del deficit di interazione e competenza sociale che caratterizza questi pazienti [37]. Alla base della nostra competenza sociale c'è la capacità di costruire uno spazio intersoggettivo condiviso che ci permette di creare un legame con le molteplici possibili intenzioni e significati delle azioni che vediamo eseguire dall'individuo con cui stiamo interagendo [38].

Poiché esiste un sistema specchio anche per le emozioni (ne è coinvolta l'insula), quest'area si attiva sia quando proviamo quelle sensazioni, sia quando vediamo altri provarle. In realtà di fronte a quei volti segnati da specifiche emozioni, il nostro sistema, normalmente, evoca percezioni analoghe. Nei bambini autistici potrebbe mancare questo meccanismo di risonanza empatica. Essi vedono gli altri muoversi ma non ne colgono lo scopo.

NELLA CONSONANZA INTENZIONALE LA BASE PER LA FORMAZIONE DELLA COGNIZIONE SOCIALE

L'uomo, per sua natura, è altruista. Abbiamo visto prima come, nelle tappe iniziali della crescita e dello sviluppo dell'apparato psichico, le relazioni interpersonali sono immediate e precedono lo sviluppo di una soggettività cosciente. Attraverso la mediazione di una figura significativa e spinto sul fronte dell'attività empatico/emozionale, il bambino costruisce spontaneamente uno spazio, definito da Gallese come “noi-centrico”, che media e modula lo sviluppo e l'evoluzione delle sue funzioni cerebrali, permettendo alla mente di autoregolare le emozioni, e di costruire la competenza a gestire le relazioni con gli altri. L'intelligenza del corpo sta proprio nel fatto di riuscire a promuovere fin dall'origine e conservare nel tempo proprio questo spazio condiviso di comprensione pre-logica e pre-razionale del mondo.

Appare, così, particolarmente semplice sostenere che l'ontogenesi dell'intelligenza sociale e lo sviluppo di una dimensione intersoggettiva sia connessa a particolari meccanismi corporei di natura più specificamente motoria. In questa prospettiva, la nozione di intelligenza sociale e quella di cognizione sociale rivelano più idonee categorie empatico/relazionali di quanto la dimensione cognitiva permetta di formulare [39]. Queste forme inconsapevoli di empatia non implicano la comprensione volontaria del “punto di vista” dell'altro, ma sfuggono al controllo consapevole della volontà, rispondendo maggiormente a fenomeni di contagio emotivo. Infatti, mentre assistiamo al comportamento intenzionale degli altri, noi sperimentiamo “fisicamente” uno specifico stato fenomenico di “consonanza intenzionale” [40]. Questa “simulazione incarnata” costituisce un meccanismo funzionale cruciale nell'intelligenza sociale e, da quanto detto, può essere determinata sul piano neurobiologico, proprio attraverso l'interpretazione del meccanismo dei neuroni specchio [41].

Grazie a questo meccanismo di simulazione incarnata non vediamo solo un'azione, un'emozione o una sensazione. In parallelo alla descrizione sensoriale degli stimoli sociali

osservati, nell'osservatore vengono generate delle rappresentazioni interne degli stati corporei associati a quelle stesse azioni, emozioni e sensazioni, "come se" egli stesse compiendo un'azione simile o provando una analoga emozione o sensazione. Una ulteriore possibilità è costituita dall'ipotesi che questi stessi meccanismi di "simulazione incarnata" siano cruciali nel corso del lungo processo di apprendimento degli atteggiamenti proposizionali e nei processi di elaborazione del linguaggio [42].

NEUROSCIENZE E RIABILITAZIONE PSICOSOCIALE

Un tempo la riabilitazione psicosociale risentiva di una impostazione riduzionistica all'interno dei servizi di salute mentale tanto da essere pressoché inapplicata o posta in essere solo quando altri interventi non sortivano effetti positivi. In parte ciò poteva essere ascritto alla presunta *aspecificità* e all'approssimazione di molti trattamenti, definiti "riabilitativi" con un senso appunto riduzionistico, orientati, spesso, in una ripetizione acritica di attività, scisse dagli obiettivi di vita degli utenti, non motivati dai loro bisogni, e svolti in contesti chiusi e laboratori improvvisati, senza alcun legame con le prospettive reali di riconoscimento sociale.

I modelli terapeutici che si impongono oggi nel panorama dei servizi pubblici sottolineano l'importanza del conflitto tra fattori terapeutici specifici ed *aspecifici* [43], laddove lo specifico dei servizi si coniuga con la necessaria flessibilità e con i residui storici delle tecniche psicologiche e psicoterapeutiche. I Servizi di Salute Mentale, le strutture intermedie di riabilitazione, le Comunità, etc. definiscono un *frame*, un insieme di percorsi intensionali guidati, che, nella specificità della rete dei servizi, rappresenta un sistema di azione concreto che esplica la propria implicita ed essenziale funzione di riduzione della complessità dell'ambiente, allo scopo di favorire la possibilità per l'utente di "assumere quella flessibilità agli scambi e alle mediazioni" che è propria dell'*équipe* [44]. In un certo senso l'imitazione, come per la percezione, è una funzione umana orientata al riconoscimento degli scopi altrui, operata in maniera spontanea ed automatica. Cogliere il senso di gesti e azioni, riempire di senso l'intenzionalità e lo spazio intersoggettivo è un esercizio spontaneo e *aspecifico*, implicito nelle relazioni umane e, soprattutto, in quelle intensionali della cura. Gli umani non seguono i movimenti per copiarli, ma in un certo senso copiano lo scopo [45]. In un certo modo, la consapevolezza dei propri stati mentali è mediata dalla consapevolezza degli stati mentali altrui. Tali processi sono attivati mediante la creazione di modelli del mondo fisico (combinando segnali sensoriali con il patrimonio precedente) e attraverso tali tappe la persona accede alla conoscenza degli stati mentali altrui. Infine, attraverso i modelli della mente altrui, prevalentemente mediati dai modelli del mondo fisico, si riesce ad accedere in una dimensione mentale condivisa [46]. Proprio questa dimensione psichica e relazionale di condivisione empatica permette di apprendere dall'esperienza e fa di un "ambiente" un universo positivo e stimolante che facilita il paziente nell'utilizzazione di modelli alternativi e migliori.

L'approccio psicologico alla schizofrenia ha sollevato incerte e disomogenee ipotesi, con risultati troppo spesso contraddittori. Ciononostante, a partire dagli studi sulla "Emotività Espressa" è stata dimostrata la straordinaria efficacia di un approccio psicologico alla schizofrenia. Quegli studi, ad esempio, avevano dimostrato che coinvolgendo i familiari nel progetto terapeutico si riesce ad abbassare il tasso di ricadute schizofreniche [47, 48].

Gli interventi psicoeducativi attraverso l'informazione, il training sulle abilità di comunicazione ed il problem solving insegnano ai familiari ad abbassare il loro livello di

emotività. Sia gli studi sulla psicoterapia della schizofrenia che le ricerche sulla "Emotività Espressa" indicano che un rapporto terapeutico basato sulla rassicurazione e sulla identificazione portano a migliori risultati, più che un lavoro volto alla ricerca dell'insight. Proprio i lavori relativi all'approccio psicologico alla schizofrenia hanno dimostrato, meglio che per altri ambiti della psichiatria, la necessità di superamento della separazione netta tra le problematiche definite nel concetto di *attaccamento* e quelle implicite nel termine *comprensione*. Evidentemente, meccanismi tecnici specifici che favoriscono, nella psicoterapia come negli interventi psicosociali, l'accesso ad una comprensione cognitiva, sono di fatto efficaci se circoscritti in un contesto ed in un'atmosfera orientata a favorire l'attaccamento affettivo e la motivazione personale. Proprio questa atmosfera rappresenta il fattore specifico che promuove le dinamiche empatiche ed i meccanismi di imitazione e di apprendimento.

Almeno il 70% delle persone con schizofrenia ha un deficit cognitivo precedente e presente all'esordio, in alcuni casi persistente e resistente agli effetti dei farmaci antipsicotici. Tale deficit riguarda numerose aree di funzionamento quali l'apprendimento, la memoria le funzioni esecutive, l'attenzione, la coordinazione motoria, il linguaggio, etc. Tecniche di rimedio cognitivo rappresentano un approccio riabilitativo che utilizza strategie compensatorie atte a migliorare il funzionamento di abilità neuro cognitive, come l'attenzione, la memoria, le funzioni esecutive, in persone che ne manifestano deficit [49]. Negli ultimi anni molti studi hanno rivolto l'attenzione alla relazione tra il funzionamento cognitivo, il funzionamento sociale e l'adeguatezza alla vita di comunità, coinvolgendo il fenomeno della neuroplasticità [50]. Gradualmente si è considerata la possibilità che la disfunzione cognitiva, derivante da patologia cerebrale funzionale e/o strutturale, sia responsabile di molta della residuale disabilità sociale e occupazionale dei pazienti con una patologia mentale grave. Il livello di funzionamento cognitivo, infatti, è predittivo di esiti che comprendono la capacità a far fronte alle attività di base della vita quotidiana, il funzionamento sociale ed occupazionale, il livello di indipendenza nella comunità'.

Un crescente numero di studi negli ultimi anni ha valutato l'efficacia di metodiche volte a migliorare i deficit neurocognitivi, rivelando una ricaduta positiva sia sul funzionamento sociale che sulla riduzione della psicopatologia generale e dei sintomi negativi in particolare. Tali metodiche orientano la capacità del paziente di adattarsi a nuove situazioni, di ragionare e risolvere problemi, migliorando l'efficienza degli schemi cognitivi anche attraverso il riconoscimento delle emozioni espresse tramite il volto o l'insegnamento di abilità di problem-solving al fine di ottenere effetti su azioni routinarie. Tutte queste metodiche hanno una minore efficacia su azioni non-routinarie in quanto per queste ultime sono necessarie anche capacità meta-cognitive [51].

Per tali motivi le tecniche orientate al rimedio cognitivo devono tener conto di questo limite per costruire una reale competenza consapevole adeguata alla vita reale. Competenza e cognizione sociale implicano certamente il miglioramento cognitivo ma anche la comprensione delle intenzioni in diverse condizioni ambientali, implementando gli schemi cognitivi con la metacognizione. Scopo della riabilitazione psicosociale sarà, quindi, anche la promozione di abilità metacognitive per poter articolare processi motivazionali ben integrati con quelli emozionali e cognitivi.

Altre metodiche (la verbalizzazione e narrazione del sé) sembrano migliorare le capacità meta cognitive, contribuendo all'efficacia di questi interventi [52]. Ma, per rendere i pazienti consapevoli delle proprie distorsioni meta cognitive, delle credenze patologiche e

per influenzare positivamente le funzioni cognitive è indispensabile un contesto di cura che favorisca l'integrazione di modelli e stati della mente adeguati alla complessità del reale. Per questo motivo appare più utile ed efficace puntare sull'inserimento di questi interventi specifici in un continuum di interazioni intensionali attente alla dimensione intersoggettiva ed al rimodellamento dello spazio di cura secondo i bisogni ed i cambiamenti del paziente. In questo orizzonte appaiono promettenti le prospettive aperte dagli studi sul "sistema mirror": mentre negli ultimi dieci anni sono stati condotti lavori sull'autismo, sono pressoché assenti studi che approfondiscono il ruolo di questo sistema nella schizofrenia. E' auspicabile la promozione di tali indagini nella schizofrenia poiché il sistema di neuroni mirror attiva meccanismi di imitazione impliciti e facilita il riconoscimento e l'interiorizzazione di azioni di altri e la comprensione degli scopi, attraverso l'osservazione di un comportamento eseguito; con questa semplice funzione esso dovrebbe favorire un processo di integrazione delle tre componenti attive negli stati della mente (cognizione, emozione e motivazione). Ciononostante, le conoscenze promosse dalle scoperte del ruolo di questo sistema nella dimensione dell'intersoggettività e nella costruzione di senso, di per sé dona validità all'estesa rete di azioni di cura che rientrano nella desueta definizione di "presa in carico" delle persone affette da schizofrenia (azione fondante dei processi riabilitativi).

Una recente esperienza scientifica è stata condotta dal gruppo di ricercatori dell'Università de L'Aquila: essi hanno testato un "Training riabilitativo randomizzato-controllato di gruppo mirato al trattamento dei deficit di cognizione sociale in soggetti con schizofrenia" [53]. I soggetti trattati con ETIT (Emotion and ToM Imitation Training) sono apparsi in grado di migliorare le loro abilità di imitazione con un corrispondente miglioramento delle misure di cognizione sociale (riconoscimento delle emozioni e Teoria della Mente) creando un legame tra le due componenti ed è stato dimostrato un incremento dell'attivazione della risposta nelle aree fronto-mediali, aree coinvolte nel sistema "mirror". Si auspica che nel breve termine maggiori studi possano approfondire anche eventuali correlazioni o un ruolo di tale sistema nei disturbi schizofrenici.

CONCLUSIONI

In questo lavoro le questioni trattate puntano a spostare il centro di gravità degli interventi di riabilitazione psicosociale dalla prospettiva di ricostruzione dei tratti deficitari alla più complessa aspettativa di "cura", declinando in questo sforzo, che va inteso come un tentativo iniziale di riflessione, le correlazioni che coniugano esperienza ed ambiente terapeutico con le ricadute che esse hanno sulla struttura e funzione del cervello. Si sente oggi l'esigenza di una nuova filosofia nel campo della salute mentale, in grado di influenzare i livelli operazionali alla luce dei nuovi sviluppi del modello bio-psico-sociale. Si avverte l'esigenza di rinnovamento su tre aree specifiche: la pratica centrata sul paziente, i nuovi modelli di erogazione dei servizi, l'integrazione delle conoscenze con la ricerca neuroscientifica.

Facendo ingenuamente riferimento alle neuroscienze, si è cercato di riorientare l'asse di osservazione spostandolo dagli elementi disfunzionali delle psicosi schizofreniche verso l'intersoggettivo, la funzione terapeutica del riconoscimento sociale, la reciprocità relazionale, l'impatto di tali esperienze sulle matrici biologiche del disturbo. A supporto di tali riflessioni esistono numerose ricerche che spostano l'asse di osservazione sulla matrice intersoggettiva dell'esperienza umana. Tra i numerosi campi disciplinari entro cui si

muovono questi lavori, abbiamo voluto articolare l'asse di rotazione teorico e metodologico partendo dalle ricerche neuroscientifiche e dando particolare attenzione alle conoscenze sul sistema dei "neuroni specchio", poiché sono apparse utili a validare ed implementare la rete degli interventi di riabilitazione psicosociale allo stesso modo in cui le neuroscienze hanno documentato le azioni delle psicoterapie sulle funzioni cerebrali. Il superamento del modello manicomiale ed i numerosi modelli italiani di riabilitazione psicosociale assumono una diversa prospettiva operativa nell'orizzonte tracciato da queste scoperte. Allo scopo, ha un particolare valore il fatto che il corpo acquisisce un ruolo determinante poiché coglie il mondo "fisicamente", ed in quanto attraverso l'intelligenza del corpo che anima l'intersoggettivo si implementano percorsi di conoscenza e di condivisione pre-logica e pre-razionale del mondo esterno. L'area dell'intersoggettività riappare quale meccanismo «naturale» che facilita l'accoglimento dell'altro come essere simile a noi, ed in quanto soggetto che condivide con noi le stesse esperienze. Nel condividerle egli ha in comune con noi gli stessi meccanismi neurali che quelle esperienze sottendono. Tutti noi possediamo i medesimi sistemi cerebrali mentre sono differenti i modi in cui i neuroni sono connessi. Molte ricerche dimostrano correlazioni tra disturbi psichiatrici e modificazioni cerebrali che possono essere interpretate come espressione di deterioramento delle connessioni e l'"Io" è soprattutto connesso all'integrazione delle connessioni sinaptiche. Poiché le sinapsi di tutti questi sistemi possono essere modificate dall'esperienza (e l'esperienza terapeutica rappresenta la forma in cui modifiche ambientali intenzionali si traducono in esperienza soggettiva) l'integrità dell'Io e le sue disfunzioni vanno assunte quali dimensioni dinamiche che, se pur fragili, possono comunque ristabilirsi attraverso lo sviluppo di nuove connessioni.

Quali prospettive emergono nel campo della riabilitazione psicosociale alla luce di tali ipotesi? Molte sono le prospettive scientifiche ed epistemologiche, ad esempio, legate alla possibilità che essendo immersi in un mondo mentale composto da menti di "altri" questa immersione è prevalentemente mediata dal mondo fisico. Gran parte dei concetti che normalmente utilizziamo nel linguaggio e nel pensiero possono rimanere legate alle iniziali radici senso-motorie [54], dando vita ad una identità sociale che poggia le proprie basi su una dimensione "fisica" pre-verbale e prerazionale. Altrettanto rilevante è il fenomeno legato alla comprensione di una frase: quando questa frase esprime un'azione nel cervello che è proteso alla comprensione, si attivano parte degli stessi circuiti nervosi motori coinvolti durante l'effettiva esecuzione di quella stessa azione. Non da meno, è il rilievo delle evidenze che suggeriscono come la comprensione semantica del linguaggio sia mediata da meccanismi di simulazione o «risonanza» che vedono coinvolto il sistema motorio. Una delle più recenti ipotesi, sostenuta proprio da Vittorio Gallese, è che lo stesso meccanismo regoli anche la percezione estetica delle opere d'arte: "Emozionarci per un balletto o rabbrivire ascoltando un brano di musica sono probabilmente frutto del meccanismo di simulazione scatenato dai neuroni specchio".

Da tali prospettive si evince quanto la scoperta dei "neuroni specchio" abbia promosso numerose traiettorie esplicative che coinvolgono nuovi aspetti metodologici ed epistemologici. Intenzionalità e motivazione hanno riscoperto un loro substrato sostanziale nel corpo e nel valore che esso assume quando si muove ed agisce, dona senso all'esserci, coinvolgendo in questo alone di senso i propri simili. Ciò che pensiamo e facciamo usualmente è modellato da coloro con i quali stiamo interagendo fisicamente. I progressi e l'efficacia degli interventi psicosociali non possono ignorare questi dati, poiché imparare

dalle esperienze degli altri implica l'utilizzo di modelli della mente altrui supposti essere migliori e più sani e tutto questo meccanismo non può prescindere da una immersione fisica nel mondo degli altri. In sostanza, appare evidente il ruolo *intelligente* del *corpo*. Questo corpo vivente e non solo organismo [55], che stabilisce connessioni con il mondo è anche il fondamento dello sviluppo dell'intelligenza e della cognizione sociale, della coscienza di sé e della propria ipseità in quanto attore di uno spazio "noi-centrico" di chiara matrice intersoggettiva.

La comprensione dell'altro è la risultante di un contagio emozionale determinato dalla interazione tra corpi sulla base di una atmosfera empatica. I processi di individuazione ed identificazione attraverso dinamiche di risonanza emozionale e di simulazione incarnata rappresentano l'elemento di significazione dell'intersoggettività. In questo luogo facciamo esperienza dell'altro *come se* stessimo eseguendo la sua stessa azione, provando la sua stessa emozione, emettendo le sue stesse voci.

A molti apparirà riduttivo ad altri pleonastico il fatto di partire dai neuroni per rivedere alcuni assunti tradizionali del sapere nel campo della riabilitazione psicosociale, ma in una prospettiva trasformazionale gli interventi biologici e quelli psicosociale sono integrati in un processo di riorganizzazione dell'Io, dei *talenti* dei nostri assistiti. Non possiamo ignorare che questa riorganizzazione sia mediata da una riorganizzazione *sinaptica* che chiameremo "cura", né tantomeno che il terapeuta ed il paziente costruiscono questa dimensione intensionale quando si muovono con un fine ed uno scopo unico e condiviso. Uno stesso "telos" che lega, in una sola consonanza, curante e curato.

*Psichiatra, Segretario nazionale SIRP.

Bibliografia

- [1] Konorski J. *Conditioned Reflexes and Neuron Organization*, Cambridge University Press, Cambridge, 1948.
- [2] Schopenhauer A. *Il mondo come volontà e rappresentazione*, Mondadori, Milano, p. 75, 1989.
- [3] Carr L., Iacoboni M., Dubeau MC, Mazziotta JC, Lenzi GL, *Neural mechanisms of empathy in humans: a relay from neural systems for imitation to limbic areas*, PNAS, 9, pp. 5497-5502, 2003.
- [4] Wykes T., Brammer M., Mellers J. et al. *Effects on the brain of a psychological treatment: cognitive remediation therapy. Functional magnetic resonance imaging in schizophrenia*, British Journal of Psychiatry, 181:144-152, 2002.
- [5] Bowlby J. *Una base sicura. Applicazioni cliniche della teoria dell'attaccamento*, Raffaello Cortina Ed., Milano, 1988.
- [6] Perris C. *Terapia cognitiva con i pazienti schizofrenici*, Bollati Boringhieri, Torino, 1996.
- [7] Edelman G. *Darwinismo neuronale. La teoria della selezione dei gruppi neuronali*, Einaudi, Torino, 1995.
- [8] Eriksson PS, Perfilieva E., Bjork-Eriksson T. et al. *Neurogenesis in the adult human hippocampus*. Nature Med, 4: 1313-1317, 1998.
- [9] Kempermann et al. *More Hippocampal neurons in adult mice living in an enriched environment*, Nature, n. 386, pp. 493-495, 1997

- [10] Gould E., Beylin A., Tanapat P. et al. *Learning enhances adult neurogenesis in the hippocampal formation*, Nature Neuroscience 2:260–265, 1999. Ed anche: Shors TJ, Miesegaes G., Beylin A., Zhao M., Ridel T., Gould E. *Neurogenesis in the adult is involved in the formation of trace of memories*, Nature, 410:, pp. 372-6, 2001.
- [11] Chen B., Dowlatsashahi D., MacQueen GM et al. *Increased hippocampal BDNF immunoreactivity in subjects treated with antidepressant medication*, Biol Psychiatry, 50:260–265, 2001.
- [12] Konorski J. *Conditioned Reflexes and Neuron Organization*. Cambridge University Press, Cambridge, 1948
- [13] Le Doux, *Il Sé sinaptico*, Raffaello Cortina,
- [14] Gopnik A. *The Scientist in the Crib: What Early Learning Tells Us About the Mind*, Harper Paperbacks, New York, 2000.
- [15] Konradi C., Heckers S. *Molecular aspects of glutamate dysregulation: implications for schizophrenia and its treatment*, Pharmacol Ther.;97(2) , pp.153-79, 2003.
- [16] Crow T.J. *Molecular pathology of schizophrenia; more than one disease process?*, British Medical Journal, 280, pp. 66–68, 1980.
- [17] Riehemann S. Volz HP, Stutzer P. et al. *Hypofrontality in neuroleptic-naive schizophrenic patients during the Wisconsin Card Sorting Test--a fMRI study*, Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci, 251(2), pp. 66-71, 2001.
- [18] Thompson P.M., Vidal C., Giedd J.N., Gochman P., Blumenthal J., Nicolson R., Toga A.W., Rapoport J.L. *Mapping adolescent brain change reveals dynamic wave of accelerated gray matter loss in very early-onset schizophrenia*, Proc Natl Acad Sci USA, 98(20):11650-5, 2001.
- [19] Kandel E.R. Et al. *Principi di Neuroscienze*, terza edizione, Casa editrice Ambrosiana, 2003.
- [20] Tan Y.L., Zhou D.F., Cao L.Y., Zou Y.Z. and Zhang X.Y. *Decreased BDNF in serum of patients with croni schizophrenia on long-term treatment with antipsychotics*, Neurosci Lett, 382 (1-2), pp. 27-32, 2005.
- [21] Leone E., Carlino D., Marin R.F., De Vanna M., Tongiorgi E., *The ratio between BDNF precursor and its mature form is decreased in serum of schizophrenic patient*, Submitted to: Journal of Neurochemistry; Journal of Psychiatric Research, 2008.
- [22] Maiorana A. *Ipotesi fisiologiche ed ipotesi psicologiche nella teoria di D.O. Hebb*, "Rass. Psicol. Gen. Clinica", 11, 3, 208-229, 1957.
- [23] Hebb D.O. *Organization of behaviour*, Wiley, New York, 1949
- [24] Chambless D.L., Ollendick T.H. *Gli interventi psicologici validati empiricamente: controversie ed evidenze empiriche*, Psicoterapia e scienze umane, XXXV, 3: 5-46, 2001., Kandel E.R. *A new intellectual framework for psychiatry*, American Journal of Psychiatry, 155, 4, pp. 457-469, 1998. Siracusano A. Rubino *Psicoterapia e Neuroscienze*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 2006.
- [25] Paquette V., Lévesque J., Mensour B. et al. *Change the mind and you change the brain: effects of cognitive-behavioral therapy on neural correlates of spider phobia*, NeuroImage 2003; 18:401-409 , I.A.,
- [26] Jaspers K. *Filosofia*, Utet, Torino, 1978.
- [27] Rizzolatti G., Fogassi L., Gallese V. *Mirrors in the Mind*, Scientific American, 295 (5), p. 56-91, 2006.

- [28] Rizzolatti G., Fadiga L., Gallese V., Fogassi L. *Premotor cortex and the recognition of motor action*, Cognitive Brain Research, 3, p. 131-141, 1996.
- [29] Gallese V., Goldman A. *Mirror neurons and the simulation theory of mind-reading*, Trends in Cognitive Sciences, 2, 12 pp. 493-501, 1998.
- [30] Rizzolatti G. e Sinigaglia C. *So quel che fai, il cervello che agisce ed i neuroni specchio*, Raffaello Cortina, Milano, 2006.
- [31] Gallese V. *Embodied simulation: from neurons to phenomenal experience*, Phenomenology and the Cognitive Sciences, 4, p. 23-48, 2005.
- [32] Piro S., *I mille talenti. Manuale della scuola sperimentale antropologico-trasformativa*. Franco Angeli, Milano 1995. E sempre dello stesso autore: *L'accadere antropico come complessità e pancronia*, in: V. Vittoria, *E' il futuro già dato?*, Guida, Napoli, pp. 119-140, 2000.
- [33] Gallese V. *La consonanza Intenzionale: una prospettiva neurofisiologica sull'intersoggettività e sulle sue alterazioni nell'autismo infantile*, Dedalus, 2006.
- [34] Perris C., *Terapia cognitiva con i pazienti schizofrenici*, Bollati Boringhieri, Torino, 1996.
- [35] Stern D.N. *The interpersonal world of the infant*, Basic Books, New York, 2000.
- [36] Oberman L.M., Hubbard E.H., McCleery J.P., Alschuler E., Ramachandran V.S., Pineda J.A., *EEG evidence for mirror neuron dysfunction in autism spectrum disorders*, Journal of Cognitive Brain Research, 2005.
- [37] Dapretto L., Davies M.S., Pfeifer J.H., Scott A.A., Sigman M., Bookheimer S.Y., Iacoboni M. *Understanding emotions in others: mirror neuron dysfunction in children with autism spectrum disorders*, Nature Neuroscience, 9, p. 28-30, 2006.
- [38] Gallese V., Migone P., Eagle M.N. *La simulazione incarnata: I neuroni specchio e le basi neurofisiologiche dell'intersoggettività e alcune implicazioni per la psicoanalisi*, Psicoterapia e scienze Umane, N. 3, Franco Angeli, 2006. ed anche : Gallese V. e Lakoff G. *The brain's concepts: The role of the Sensory-Motor System in Reason and Language*, Cognitive Neuropsychology, 22, p. 455-477, 2006.
- [39] Preston S. D., De Waal F.B.M., *Empaty: its ultimate and proximate bases*, Behavioral and Brain Sciences, 25, p. 1-72, 2002.
- [40] Gallese V., *Embodied simulation: from neurons to phenomenal experience*, Phenomenology and the Cognitive Sciences, 4, p. 23-48, 2005.
- [41] Gallese V. *La Consonanza Intenzionale: una prospettiva neurofisiologica sull'intersoggettività e sue alterazioni nell'autismo infantile*, Dedalus, 2006.
- [42] Gallese V., 2005, op. cit..
- [43] Catapano F., Corrivetti G., Perozziello F. *Fattori Specifici ed Aspecifici della Riabilitazione Psicosociale*, Noos, 3, 2009, in corso di stampa.
- [44] Alison P., Corrivetti G., Di Munzio W., Viggiani, *Culture organizzative e servizi psichiatrici*, in: Graziosi K., Rebecchi E. e Spinedi V., "Psichiatria senza manicomi" , Clueb Ed., Bologna, 1991.
- [45] Gegerly G., Bekkerin H., Kiraly I. *Rational imitation in preverbal infants*, Nature, 415, 753-757, 2002.
- [46] Frith C.D. *Inventare la mente. Come il cervello crea la vita mentale*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2009.
- [47] Falloon I.R.H., Liberman R.P. *Interactions between drug and psychosocial therapy in schizophrenia*, Schizophrenia Bulletin, 9, pp. 543-554, 1983.

- [48] Tarrier N., Barrowclough C., Vaughn C., Bamrah J.S., Porceddu K., Watts S. and Freeman H., *The community management of schizophrenia. A controlled trial of a behavioural intervention with families to reduce relapse*, The British Journal of Psychiatry, 153, pp. 532-542, 1988.
- [49] Wykes T., Brammer M., Mellers J. et al. *Effects on the brain of a psychological treatment: cognitive remediation therapy. Functional magnetic resonance imaging in schizophrenia*, British Journal of Psychiatry 2002; 181:144-152
- [50] Meyler A., Keller T.A., Cherkassky V.L., Gabrieli J.D., Just M.A. *Modifying the brain activation of poor readers during sentence comprehension with extended remedial instruction: a longitudinal study of neuroplasticity*, Neuropsychologia, Aug;46(10):2580-92, 2008. Epub 2008 Mar 25.
- [51] Marronaro M., Riccardi I., Pacifico R., Di Tommaso S., Rossi A., Stratta P. *Rimedio Cognitivo: oltre la psicosi?*, Giornale italiano di psicopatologia, 15, pp. 13-24, 2009.
- [52] Lysaker P.H., Clements C.A., Plascak-Hallberg C.D., Knipscheer S.J., Wright D.E., *Insight and personal narratives of illness in schizophrenia*, Psychiatry, 65, pp. 197-206, 2002.
- [53] Mazza M., Lucci* G., Pollice R., Casacchia M., Roncone R. University of L'Aquila, L'Aquila, Italy; * University "La Sapienza"- Rome, Italy *Rehabilitation treatment based on observation and imitation can improve social cognition abilities in schizophrenia?*
- [54] Gallese V. e Lakoff. G. *Cognitive Neuropsychology*, cit.
- [55] Galimberti U. *Il corpo*, cit.

Psicopatologia e Doppia Diagnosi

di Gilberto Di Petta, Luciano Petrillo**, Antonina Di Cintio***, Andrea Valdevit***, Assunta Cangiano***, Teresa Pandolfi****, Luigi De Gregorio******

Negli ultimi venti anni l'incremento massivo e la cronicizzazione delle condotte di abuso e dei trattamenti correlati, l'abbassamento dell'età critica di contatto con le sostanze, il mutamento di composizione delle sostanze stesse d'abuso sono stati solo alcuni dei fattori che hanno contribuito al viraggio di una cospicua quota di tossicodipendenti "classici" verso l'area sintomatologica della psichiatria clinica; di contro, a partire dagli anni Ottanta del Secolo scorso, la deistituzionalizzazione della psichiatria "manicomiale" e la sua apertura al territorio e al sociale, hanno consentito ad una quota sempre maggiore di giovani pazienti in origine puramente psicotici (i cosiddetti "nuovi cronici") che prima erano del tutto esclusi dal mondo, di entrare in contatto con l'ambiente circostante e, quindi, di ingaggiarsi con le sostanze di cui l'ambiente circostante è completamente impregnato.

Di fatto, a tutt'oggi, una quota non indifferente di soggetti-sensibili, in incremento pericolosamente progressivo (stimato essere oltre il 50% della popolazione dei tossicomani), occupa assai problematicamente questa nuova "terra di nessuno" tra l'area delle Dipendenze e l'area della Salute mentale.

La particolare complessità di questi soggetti (tossicodipendenti malati di mente, spesso con precedenti penali e compromissione somatica polidistrettuale), l'inadeguatezza degli operatori di Servizi come i Ser.T. o i DSM², troppo distinti e distanti, la mancanza di contatto e di coordinamento degli interventi stanno impattando drammaticamente sul sociale. Il disagio che ne consegue, individuale e collettivo, e il bisogno disperato di una cura a qualunque costo, spesso si traducono nella via finale comune di ricoveri ospedalieri protratti e coatti, o, peggio, nell'ospedalità psichiatrica privata e convenzionata con il SSN, con l'effetto di un'esclusione sociale definitiva e peggiorativa sulle condizioni del soggetto-bersaglio. Quando non nella carcerazione, o nel passaggio a *rolling door* attraverso le strutture comunitarie più varie.

² Gli utenti affetti da Doppia Diagnosi, abbandonati a se stessi e dilaniati dalla cronicità pervasiva di due patologie già di per sé croniche ed emarginanti, tolgono inutilmente spazio e assorbono a vuoto le energie di équipe di operatori che non possono fare di più che tamponare, di volta in volta, la sola fetta del problema che essi stessi sono in grado di considerare.

Questo fenomeno, definito con il termine ambiguo e non ancora universalmente accettato di *doppia diagnosi*, si va espandendo da macchia di leopardo a macchia d'olio, fino a diventare, da eccezione, regola. Cioché oggi non c'è psichiatra, nel nostro Paese, che di fronte ad un soggetto in preda ad una crisi psicotica acuta non si chieda se questi ha assunto sostanze, e non c'è operatore dei Ser.T. che di fronte ad un tossicomane poliabusatore con scarsa *compliance* al trattamento o con ricadute fuori da ogni prevedibilità non si domanda se, per caso, non c'è, in quel paziente, una salienza psicopatologica tale che rende la sola presa in carico tossicologica inadeguata.

Va detto anche che, a tutt'oggi, le maggiori resistenze ad accettare il costrutto clinico-concettuale della *doppia diagnosi* vengono proprio da parte psichiatrica. Questo, però, evidenzia un'atroce contraddizione. Come è possibile che proprio quella stessa psichiatria che si è andata riconoscendo e asservendo, senza sostanziali opposizioni, al sistema nosografico standardizzato del DSM, oggi rifiuta un prodotto tipico e scontato di quello stesso sistema?

Ancora, gli stessi psichiatri, che hanno sempre considerato il tossicodipendente come un mondo a parte, oggi rifiutano l'idea che possa esistere una compromissione psicopatologica, nel tossicodipendente, che merita attenzione e trattamento specifici? E con quale argomentazione, poi: che da sempre i tossicodipendenti hanno una struttura psicopatologica portante e motivante l'abuso. Che strano: non erano questi, certo, i referti che venivano fatti quando questi pazienti erano inviati dai Ser.T. in consulenza ai DSM. Veniva, piuttosto, sempre enfatizzato che il problema era l'abuso, non la componente psicopatologica, peraltro difficile da obiettivare con i metodi canonici. Il punto è che mentre si discute, nelle varie sedi e a più livelli, del cosiddetto *seso degli angeli*, cioè dell'esistenza o meno di questo disturbo denominato pragmaticamente *doppia diagnosi* o doppio disturbo, ci sono migliaia di pazienti che oggi, in Italia, non ricevono cure adeguate, che vengono sballottati tra un Servizio ed un altro, che sono doppiamente a rischio di perdere la vita, di infettarsi o di finire in carcere per reati connessi alla loro condizione.

Allora, perché aggiungere ai due problemi già esistenti, e di per sé gravi, quello della *malattia mentale* e quello della *dipendenza*, un terzo problema, ancora più complesso, quello della *doppia diagnosi*?

Esiste almeno un vantaggio, attualmente, nel portare avanti il costrutto clinico della *doppia diagnosi*, ed è quello di guardare, per la prima volta, da una prospettiva unitaria e nuova ad ambiti patologici che finora, considerati parallelamente di per sé stessi, hanno condotto in molti casi lontano dal cuore del problema e in altri casi ad una vera e propria secca.

Quindi l'epistemologia e la clinica della *doppia diagnosi* acquistano un significato se, più che diventare un ingombrante *terzo settore* (che va ad aggiungersi, con il suo carico assistenziale, agli ambiti già esistenti e sovraccaricati delle dipendenze e della salute mentale), rappresentano la concreta possibilità di re-istituire delle *connessioni di senso* tra ambiti che sono ricchi di omologie e sinergie ma che sono finiti, per vari motivi, tranne che scientifici, storicamente separati³. Questo non per ridurre il complesso al semplice, ovvero non per psichiatrizzare il problema delle dipendenze e asserire *tout court* che la dipendenza

³ E'ipotizzabile che la questione della doppia diagnosi diventi, ben presto, una sorta di pasticcio all'italiana, nel senso che il nostro Paese rischia di incartavisci, molto più di quanto stia accadendo altrove. Di fatto la vera anomalia del nostro paese non è la doppia diagnosi, ma sono i SerT che, concepiti ormai oltre venti anni fa sulla popolazione degli eroinomani hanno fatto sì che tutto ciò che avesse a che fare con le sostanze venisse derubricato dalla psichiatria. Negli altri paesi occidentali i SerT non esistono. Di fatto da sempre la psichiatria o cliniche specifiche si sono fatte carico degli stati tossicomani. Negli Stati Uniti si sta differenziando una ulteriore branca della Salute mentale, che è la Addiction Psychiatry. In conclusione, la confluenza di due frange di pazienti, quelli psicotici e quelli tossicomani, originariamente ope legis distinti, in un'unica popolazione, rischia di inertizzare la risposta dei Servizi organizzata per far fronte alle forme cosiddette pure dell'uno o dell'altro.

è un *mental disorder* come tutti gli altri, quanto, piuttosto, per valorizzare e strategicamente combinare, dopo anni di operatività distante, due saperi e due prassi terapeutiche che danno maggiore chiarezza e comprensione all'unico vero problema di tutti i problemi: cioè l'uomo e l'angoscia che gli deriva dal suo *essere-nel-mondo* in relazione con gli altri e con se stesso. E' bene, dunque, ripartire dalle origini.

Perché il problema della doppia diagnosi si è posto nella sua drammaticità solo negli ultimi anni? Si possono fare alcune ipotesi.

1) *La diffusione capillare del mercato delle sostanze.* Il passaggio dall'uso iniziatico di sostanze da parte di pochi soggetti ideologicamente impregnati di controcultura al consumo indiscriminato, puramente ludico e sperimentale, ha allargato enormemente la fascia degli utenti e ha contribuito alla clinicizzazione del fenomeno dell'abuso-dipendenza. In questo modo del tutto casuale e dovuto solo all'allargamento della popolazione, sono stati reclutati soggetti con una vulnerabilità psicobiologica intrinseca alla psicosi, ovvero soggetti che, comunque, anche indipendentemente dall'uso di sostanze, con molta probabilità in risposta a *stressors* psicosociali, avrebbero sviluppato una schizofrenia. Gli studi sulla schizofrenia indicano che una persona ogni cento sviluppa la malattia, ma le persone con una vulnerabilità alla schizofrenia sono molte di più. Se la vulnerabilità non incontra fattori scatenanti può rimanere latente tutta la vita oppure esprimersi nelle varie forme dello spettro schizofrenico, schizoide, schizotipico. E' il caso di dire che chi soffre di un disturbo di spettro e si trova in un'età critica e fa esperienza della sostanza come di un lenimento o di un aiuto automedicativo o autoterapeutico rispetto al disagio che prova, difficilmente si staccherà, poi, dalla sostanza stessa, precipitando, ad un certo punto del percorso, nello scompensamento psicotico.

2) *L'abbassamento dell'età di accesso al consumo.* I consumatori attuali sono più immaturi sul piano della formazione del carattere e della personalità e sono, mediamente, più giovani rispetto alla prima generazione di eroinomani. E' noto che l'adolescenza è un periodo critico rispetto alla facilità di scompensamento psicotico alla possibilità di prendere pieghe evolutive pericolose anche in senso psicopatologico. Secondo questa ipotesi la sostanza o le sostanze, assunte e abusate durante l'adolescenza, entrerebbero nella costituzione dello sviluppo psicotico, anche in maniera indipendente da una vulnerabilità di base, poiché deformerebbero la morfogenesi di alcuni distretti del sistema nervoso centrale e disturberebbero la strutturazione di un adeguato rapporto tra il soggetto e la realtà.

3) *Il passaggio dalla monogamia con la sostanza al multi-consumo o policonsumo.* L'interazione tra due o più sostanze può scatenare effetti che una singola sostanza, anche ripetuta nel tempo, non avrebbe mai scatenato. Le sinergie tra le sostanze non sono prevedibili, poiché non sono mai prevedibili il quantitativo, la dose, la presenza di sostanze di taglio, i tempi di somministrazione, la base o il sostrato su cui le sostanze vanno a ricombinarsi. Oltre a sinergie si può parlare di antagonismi veri e propri, ossia di classi di effetti diversi ed opposti. I casi più tipici di poliabuso sono: eroina e cocaina (*speed*), cocaina e alcol, cocaina e amfetamine, cocaina, eroina e amfetamine, funghetti, acidi e cocaina. Come sfondo, alcol, benzodiazepine e cannabinoidi sono universalmente presenti. Lo scopo del poliabuso è molteplice. Da un lato è più accessibile poiché i costi e la reperibilità della sostanza pura sono proibitivi per i più. Dà un effetto che non è mai prevedibile e scontato e quindi incrementa al componente di rischio e probabilità. Differenzia dal *cliché* stereotipo del *tossico* eroinomane classico. Differenzia l'astinenza e la rende meno insopportabile. Illusoriamente sottrae alla dipendenza della terapia metadonica. L'effetto sul sistema nervoso centrale e sul rapporto con la realtà è devastante. La precipitazione psicotica è frequentissima.

4) *L'utilizzo di sostanze ad azione eccitatoria, cioè che mandano fuori, o, nel gergo, che schizzano, come le amfetamine e la cocaina, e quindi più capaci di stimolare sintomi psicotici produttivi. L'utilizzo di queste sostanze va nel senso di un sistema sociale dai tempi adrenalini, dove è cruciale stare al passo ed essere sempre smaglianti e competitivi, dove anche i ritmi del divertimento ricalcano la cultura dell'estremo.*

5) *Il consumo di sostanze da parte di soggetti già affetti da patologia psichiatrica conclamata, i quali, vivendo integrati nel proprio territorio, accedono al mercato di sostanze come consumatori. Vengono fatti oggetto dell'attenzione dei pusher e diventano utenti affezionati quanto inconsapevoli e incauti, poiché, già avvezzi ai farmaci psicotropi, sperimentano l'effetto gratificante delle sostanze.*

6) *Gli effetti frustranti dello stress cronico sul soggetto tossicomane che non riesce mai ad uscirne, la cui vita diventa un'alternanza discontinua di sbalzo e di lucidità, di overdose e di comorbidità. Tutto ciò, a lungo andare, mina le basi relazionali e affettive della vita e altera il rapporto con la realtà.*

7) *L'azione ripetuta e cumulativa di traumi sull'equilibrio psichico che derivano al soggetto tossicomane, dalla carcerazione e dalla distruzione di legami affettivi, passando per la mancata realizzazione lavorativa.*

8) *Lo scivolamento verso un disturbo delle percezioni e dell'ideazione dovuto al ripetersi ravvicinato e pericoloso di entrate e uscite da stati non ordinari di coscienza come quello che i tossicomani chiamano lo sbalzo. Esperienze di depersonalizzazione, di derealizzazione e di dissociazione ripetute possono contribuire a quello che viene chiamato un indebolimento dell'io.*

9) *L'effetto di un prolungato distacco dalla realtà che la sostanza e lo stile di consumo impongono rende il soggetto inidoneo al funzionamento sociale. Anche disintossicato, si percepirà sempre come un estraneo al mondo circostante.*

10) *L'attaccamento alla sostanza produce, nel tempo, un rimaneggiamento dei pattern di organizzazione interna del soggetto, tali che poi, nella fase di disassuefazione, vengono a ricrearsi dei vuoti che il trattamento non riesce a compensare. Pertanto, in questi casi, la guarigione dalla dipendenza può significare l'ingresso nella definitiva patologia psichiatrica.*

Quanti utenti tossicodipendenti afferenti ai Servizi e alla rete delle comunità terapeutiche sono affetti da doppia diagnosi? Una delle ragioni del fatto che il problema è sottostimato è che gli utenti stessi dipendenti percepiscono il disturbo psichiatrico con meno intensità rispetto ai pazienti psichiatrici puri. In altri termini le sostanze tendono, in molti casi, a trasformare la sintomatologia da egodistonica a egosintonica. Questo accade nella misura in cui esse creano uno stato alterato di coscienza che impedisce alla sintomatologia di profilarsi in modo netto. Il contatto tra gli operatori con gli utenti nei Servizi ad alto carico è piuttosto veloce e quindi manca la possibilità di una ricognizione dettagliata⁴.

Il nesso di causalità che intercorre tra uso, misuse e abuso di sostanze psicotrope e stupefacenti e sintomatologia psichiatrica, a tutt'oggi, non è chiaro. Di fronte ad un paziente affetto dalla cosiddetta "doppia diagnosi", è ipotizzabile, in un'ottica più

⁴ In Italia abbiamo finora pochi studi e contraddittori su campioni di pazienti non rappresentativi. Negli USA i dati cominciano ad essere sempre più dettagliati e sono allarmanti. In un suo lavoro abbastanza recente Schneider (2000) dice, ad un certo punto, che la doppia diagnosi è un'aspettativa, non un'eccezione. Il che significa che la doppia diagnosi diventa la complicità più frequente del disturbo da uso di sostanze. Questo aspetto, data l'enormità del consumo rischia di far esplodere l'epidemiologia dei disturbi psichiatrici nella popolazione generale. Nel Regno Unito, se vengono inclusi anche i disturbi di personalità, i dati arrivano all'80% di doppie diagnosi sulla popolazione di tossicodipendenti.

strettamente operativa, che le sostanze, relativamente alla loro specifica struttura chimica e alla costituzione della personalità del soggetto possano:

- indurre, slatentizzare e sostenere l'attivazione di un processo psicopatologico specifico;
- contenere, mascherare, imbrigliare e favorire (effetto protettivo automedicante) l'incistamento dello stesso processo.

In altri termini, la correlazione tra sostanze e psicopatologia è, a tutt'oggi, ambigua e assai aspecifica, potendo le stesse sostanze sia slatentizzare che medicare un disturbo mentale. A seconda di quale delle suddette eventualità prevalga possono darsi i due casi classici:

- 1) l'assunzione acuta o protratta della sostanza evidenzia una condizione psicopatologica (caso del *disturbo mentale indotto da sostanze*);
- 2) la sospensione della sostanza o la disassuefazione dalla stessa consegnano il paziente alla psicopatologia che la presenza della sostanza mascherava (caso del *disturbo mentale automedicato dalle sostanze*).

Ad ogni modo, in entrambi i casi, ci si trova spesso di fronte ad un paziente che non presenta quasi mai un quadro psicopatologico chiaro, cioè immediatamente riferibile a sindromi psichiatriche nosograficamente "pure". La presenza della sostanza è in grado, di fatto, di mutare profondamente laptomorfosi e la pervasività del disturbo psichiatrico (primario o secondario) allacciandolo, in una sorta di saliscendi interminabile a corda doppia, con il problema della dipendenza. E' ovvio che la presenza di elementi psicopatologici, riconosciuti o meno, è in grado di compromettere la riuscita dell'intero trattamento e la gestione stessa del paziente. Quando c'è una sostanza di mezzo il quadro è complicato. Innanzitutto bisogna valutare se c'è una condizione di intossicazione o piuttosto al contrario di astinenza. Sia l'intossicazione che l'astinenza possono simulare un quadro psichiatrico che poi tende a risolversi. In linea di massima dobbiamo pensare alla presenza di un disturbo psichiatrico dotato di una sua coerenza e organicità quando esso permane per un congruo periodo di tempo, si stabilizza nella struttura del paziente anche lontano dall'uso acuto della sostanza. Si ricorda che i criteri diagnostici del DSM-IV sono basati su quattro parametri che, in linea di massima, è sempre bene tener presente. Essi sono: descrizione dei sintomi; valutazione del loro impatto sul funzionamento sociale; andamento cronologico degli stessi; esclusione di altre condizioni o componenti.

Una forma possibile e abbastanza pratica di stima della gravità della doppia diagnosi è la seguente :

- bassa intensità del disturbo psichiatrico e bassa intensità del disturbo da uso di sostanze;
- bassa intensità del disturbo psichiatrico e alta intensità del disturbo da uso di sostanze;
- alta intensità del disturbo psichiatrico e bassa intensità del disturbo da uso di sostanze;
- alta intensità del disturbo psichiatrico e alta intensità del disturbo da uso di sostanze.

Un altro tipo di distinzione che si trova frequentemente in letteratura è quello tra MICA, CAMI e CA. Si tratta di un modo pragmatico di tripartire la popolazione tossicomania in tre ambiti:

MICA: *Mental Illness Chemical Abuse*. E' la categoria dei pazienti primitivamente compromessi da un punto di vista mentale che cadono secondariamente nella dipendenza;

CAMI: *Chemical Abuse Mental Illness*. E' la categoria dei tossicodipendenti che sviluppano una malattia mentale;

CA: *Chemical Abuse*. E' la categoria dei tossicodipendenti cosiddetti puri, ma comunque affetti da disturbi di personalità di tipo *borderline* e antisociale.

In linea di massima, allo stato attuale, sulla base dell'esperienza di chi scrive, è estremamente difficile se non impossibile stabilire dei confini e delle correlazioni univoche tra abuso di sostanze e sintomatologia psichiatrica. A posteriori l'utilizzo del criterio temporale della remissione ci consente di dire che un determinato episodio di scompenso mentale, risoltosi più o meno completamente, poteva essere collegato all'abuso di sostanze in quel determinato periodo. Oltre questo è difficile azzardare qualunque ipotesi. Ciò che torna utile, piuttosto, anche rispetto al piano del trattamento, è guardare al problema in una prospettiva unitaria e cercare di ottenere, innanzitutto e con qualunque mezzo a disposizione, la stabilizzazione di entrambi gli aspetti, quello della dipendenza e quello psicopatologico.

Sempre più larghe fasce della popolazione giovanile sono interessate e coinvolte massivamente dall'abuso di sostanze o da comportamenti di dipendenza. L'assetto psicobiologico e comportamentale della dipendenza sembra essere, oggi, per certi versi, il canale preferenziale di espressione del disagio del modello culturale occidentale alla sua fase di piena maturità, se non di decadenza. Questo significa che, prima di poter arrivare a manifestare qualunque disagio mentale legato a condizioni biopsicosociali, sempre più adolescenti incontrano le sostanze che il mercato offre loro con una copiosità ed un'accessibilità mai vista prima nella storia. L'assistenza ai tossicomani, ad ogni modo, da qualche anno a questa parte, sembra stare uscendo da una fase generalistica, basata su di uno *standard* assistenziale di basso profilo e meramente orientato alla riduzione del danno. Questo approccio vecchio stile, basato semplicemente sulla riduzione del danno, non è più possibile per una serie di fattori. Innanzitutto di natura economica. Non è pensabile che denaro pubblico venga impiegato senza dati precisi sulle percentuali di recupero e senza una verifica sulla qualità dei trattamenti. Poi perché la popolazione tossicomana sta uscendo dalla notte in cui tutte le vacche sono nere. In altri termini non è giustificato, soprattutto con l'avvento del poliabuso e delle altre sostanze, continuare a considerare i tossicomani una popolazione compatta dalle caratteristiche omogenee. Inizia, così, una tipizzazione diagnostica non solo rispetto alla dipendenza in sé ma anche rispetto alla eventuale comorbidità psichiatrica, che, ove presente, muta tutto l'assetto del trattamento. Il trattamento della dipendenza può essere, in altri termini, seriamente influenzato dalla valutazione e dalla cura della comorbidità psichiatrica. Non è più concepibile, quindi, impostare *a priori* un programma di disassuefazione senza tener conto di un *assessment* psicopatologico della persona, del suo io, delle sue relazioni e della sua vulnerabilità. Di fatto, nella nostra pratica clinica di 650 casi trattati con BPNF, abbiamo rilevato che le maggiori problematiche di *discomfort* sono state presentate proprio dai pazienti che poi si sono rivelati essere affetti da "doppia patologia"⁵.

Il discorso della psicopatologia degli stati e negli stati tossicomani, del resto, non è *tout court* trasportabile dalla psicopatologia delle condizioni psichiatriche. Questo non solo per la presenza della sostanza e del suo effetto nebbiogeno di occultamento o stimolante di esaltazione. E' nostra convinzione che il tossicomane presenta caratteristiche e peculiarità sue proprie per le quali vanno applicati strumenti di accuminata sensibilità. Sotto questo aspetto la nozione di *doppia diagnosi* non va intesa come posizione visuale provocante una scissione delle problematiche, quanto piuttosto come apertura di un canale di valutazione,

⁵ In questo senso la BPNF funziona come una sonda che consente di evidenziare la doppia patologia, proprio per il grado di lucidità che comporta, non tanto e non solo per il suo potenziale di attivazione specifico, quanto per il fatto che attivando in maniera ridotta, ovvero submassimale il recettore mu, esita in un effetto oppiaceo, ovvero "depressogeno", molto minore rispetto al metadone e all'eroina. Senza contare il discorso, non ancora del tutto chiaro, dell'antagonismo k.

quello dell'assetto psichico e comportamentale del soggetto, che finora è stato colpevolmente trascurato con effetti devastanti anche sul trattamento della patologia primaria. Questo può provocare una ricalibratura dei trattamenti, sia sostitutivi e sia di tipo internistico (ad es. interferone), sia di tipo comunitario che tengano ben presente la soglia del disturbo psichiatrico⁶. Uno *screening* siffatto dei nostri pazienti può darci una maggiore capacità di interloquire con i colleghi psichiatri dei DSM e facilitare loro la strada laddove si verifichi la necessità di una collaborazione. Non è da escludere, inoltre, che perfino l'inquadramento clinico e nosografico delle psicosi maggiori in psichiatria possa risentire, eventualmente, dei risultati che verranno fuori dal monitoraggio psicopatologico degli stati tossicomani. Posta la questione in questi termini diventa cruciale poter andare a cercare, nel paziente, un'avvisaglia sintomatologica fortemente indicativa di un possibile quadro psichiatrico grave, pregresso o incipiente, come schizofrenia, psicosi schizoaffettiva, o disturbo dell'umore che consenta di modulare più opportunamente la terapia sostitutiva e/o il trattamento psicoterapeutico-riabilitativo, piuttosto che rimanere in attesa di una valutazione psichiatrica più specifica e approfondita, che, purtroppo, ci viene fornita sempre con molta difficoltà dai colleghi dei Dipartimenti di Salute Mentale. In questo senso si pone l'impiego su larga scala del Questionario dei Sintomi-Base (FBB), per la sua capacità di rilevare la presenza di alterazioni dell'esperienza interna di salienza psicotica, sia prima che dopo la crisi acuta. La struttura del Questionario ci consente anche di capire se una quota di sintomi-base è attribuibile all'effetto diretto della sostanza di abuso o si è instaurata ormai a prescindere dalla sostanza di abuso. Il lavoro con l'FBB sposta l'attenzione del clinico e dell'operatore sulla psicopatologia, piuttosto che sulla nosografia e consente, inoltre, il primo aggancio tra operatore e paziente, stabilendo, attraverso la sua precisa formalizzazione di alcuni vissuti disturbanti, una prima possibilità di condivisione tra operatore e utente.

Psichiatra dirigente, **Psichiatra borsista, *Psicologo volontario, ****Animatrice di comunità volontaria, *****Volontario - Unità Operativa di Doppia Diagnosi-Centro Diurno "Giano", ASL NA2 nord Via libero Bovio n.1, Casavatore, Napoli.*

Bibliografia

- AA.VV., *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)*, American Psychiatric Association, Washington, 1994.
- AA.VV., (a cura di A. Garofalo e L. Del Pistoia), *Sul comprendere psicopatologico*, ETS Pisa, 2003.
- Anageli F., Radice E., *Cocaparty*, Bompiani, Milano, 2008.
- Ballerini A., Callieri B., *Breviario di Psicopatologia*, Feltrinelli, Milano, 1996.

6 Oppure, in alcuni casi, l'utilizzo di una prospettiva psicopatologica può legittimare l'utilizzo di un farmaco agonista sostitutivo non tanto sulla base dell'esito dei tossicologici, ovvero sulla presenza o meno di oppiacei nelle urine e quindi nel circolo, bensì sulla scorta di una valutazione del paziente che tenga presente la struttura dei suoi bisogni collocati in un quadro di valutazione più ampio. Dove è in gioco il recupero di una persona non può essere solo il tossicologico a decidere cosa fare e cosa non fare. I farmaci agonisti, in quest'ottica, tendono ad uscire dall'alveo confinato del cosiddetto trattamento sostitutivo e diventano degli strumenti e dei mezzi indispensabili, per il clinico, ad ottenere come finalità precipua la stabilizzazione del paziente, ben oltre i parametri tossicologici, sul piano dell'umore, del pensiero e del comportamento.

- Ballerini A., *Psicopatologia fenomenologica: percorsi di lettura*, CIC, Roma, 2002.
- Benedetti G., *Paziente e terapeuta nell'esperienza psicotica*, Boringhieri, Torino, 1991.
- Bergeret J., *Toxicomanie et personnalité*, Presses Universitaires de France, Paris, 1982.
- Bergeret J., *La personalità normale e patologica*, Cortina, Milano, 1984.
- Bignamini E., *Dipendenza da sostanze e patologia psichiatrica*, Editeam, Bologna, 2002.
- Binswanger (1957), *La psichiatria come scienza dell'uomo*, Ponte alle Grazie, Firenze, 1992.
- Binswanger L. (1963), *Essere nel mondo*, Astrolabio, Roma, 1973.
- Binswanger L. (1965), *Delirio*, Marsilio, Venezia, 1990.
- Blakenburg W., *Der Verlust der natürlichen Selbstverstaendlichkeit*, Enke, Stuttgart, 1971.
- Blakenburg W., *Wahn und Perspektivitaet*, Enke Verlag, Stuttgart, 1991.
- Borgna E., "La tossicomania come esperienza psicoterapeutica", in *Psichiatria Generale e dell'età evolutiva*, 1978, I, 127-137.
- Borgna E., *I conflitti del conoscere*, Feltrinelli, Milano, 1989.
- Borgna E., *Come se finisse il mondo. Sul senso delle esperienze schizofreniche*, Feltrinelli, Milano, 1995.
- Borgna E., *Nei luoghi perduti della follia*, Feltrinelli, Milano, 2008.
- Buber M., *Il principio dialogico e altri scritti*, San Paolo, Milano, 1992.
- Callieri B., *Psichiatria*, Enciclopedia del Novecento, Ed. Enclicl. Ital., 5, 1981.
- Callieri B., "Il paziente borderline sulla linea di confine tra mondo isterico e mondo narcisista", in *Personalità e Psicopatologia*, (a cura di P. Sarteschi e C. Maggini), ETS, Pisa, 1990, 223-230.
- Callieri B., "L'atto clinico come demitizzazione della nosologia", *Attualità in Psicologia*, Ed. Univ. Romane, 1992, 4,5-12.
- Callieri B., "L'esperienza del Leib sessuale nei tossicodipendenti", *Attualità in Psicologia*, 1993, 5-9, 8.
- Callieri B., *Percorsi di uno psichiatra*, Ed. Univ. Romane, Roma, 1993.
- Callieri B., "Aspetti antropofenomenologici dell'incontro con la persona delirante", in *Il delirio*, (a cura di Pancheri P. e Biondi M.), Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 1994, 37-46.
- Callieri B., Maldonato M., *Ciò che non so dire a parole*, Guida, Napoli, 1998.
- Callieri B., Maldonato M., Di Petta G., *Lineamenti di psicopatologia fenomenologica*, Guida, Napoli, 1999.
- Callieri B., *Quando vince l'ombra*, Ed. Univ. Romane, Roma, 2001.
- Callieri B., *Corpo, Esistenze, Mondi. Per una psicopatologia antropologica*, Edizioni Universitarie Romane, Roma, 2007.
- Calvi L., "Prospettive antropofenomenologiche", in *Trattato Italiano di Psichiatria*, AA.VV., Masson, Milano, 1993, 97-100.
- Calvi L., *Il tempo dell'altro significato. Esercizi fenomenologici di uno psichiatra*, Mimesis, Milano, 2005.
- Calvi L., Introduzione a *Gruppoanalisi dell'esserci*, di G. Di Petta, F. Angeli, Milano, 2006.
- Cantoni G., Cardinale U., Cavuoto D., Della Porta D., Di Cintio A., Cannavò M., Di Petta G., "Doppia diagnosi: ricognizione fenomenologica con la FBF, studio su 40 casi clinici". Atti del III° Congresso Nazionale FeDerSerD, Firenze, 2004, 27-35.
- Cargnello D., *Alterità e alienità*, Feltrinelli, Milano, 1977.
- Correale A., *Il Campo Istituzionale*, Borla, Roma, 1991.

- Correale A. et al., *Borderline, lo sfondo psichico naturale*, Borla, Roma, 2001.
- Correale A., *Area traumatica e campo istituzionale*, Borla, Roma, 2007.
- Costa V., Franzini E., Spinicci P., *La fenomenologia*, Einaudi, Torino, 2002.
- Dalle Luche R., Prast H., Molon S., Maggini C., "L'immagine della schizofrenia in relazione al concetto di "Sintomi-base"", in Sarteschi P., Maggini C. *Atti Personalità e Psicopatologia*, ETS, Pisa, 1990, vol II.
- Di Petta G. *Il mondo tossicomane, fenomenologia e psicopatologia*, Franco Angeli, Milano, 2004.
- Di Petta G., *Gruppoanalisi dell'esserci: tossicomania e terapia delle emozioni condivise*, F. Angeli, Milano, 2006.
- Di Petta G., *Il mondo sospeso. Psicopatologia del presagio schizofrenico*, Edizioni Unversitarie Romane, Roma, 1999.
- Di Petta G., *Il mondo tossicomane. Fenomenologia e psicopatologia*, F. Angeli. Milano, 2004
- Di Petta G., *Il mondo vissuto. Clinica dell'esistenza, fenomenologia della cura*, Ed. Univ. Romane, Roma, 2003.
- Di Petta G., "La descrizione dell'incontro in psicopatologia clinica", in *Breviario di psicopatologia*, (a cura di A. Ballerini e B. Calmieri), Feltrinelli, Milano, 1996, 59-74.
- Di Petta G., Scurti P., *Merci Madame: eroiniche vite*, Dante e Descartes, Napoli 2001.
- Ferro F. M., Grosso L., "Sintomi di base e crisi psicotica iniziale", in *Psicopatologia e clinica della schizofrenia*, (a cura di C. Maggini), ETS, Pisa, 1995, 131-152.
- Fioritti A., "Schizofrenia e abuso di sostanze; dalla epidemiologia clinica all'integrazione dei trattamenti", in *Personalità e Dipendenze*, Mucchi, Modena, 2003, 177-191, 9, 2.
- Galanter M., Kleber D. H., *Trattamento dei disturbi da uso di sostanze*, Masson, Milano, 1998.
- Galanter M., *Terapia di rete per i disturbi da uso di sostanze*, Bollati Boringhieri, 2002.
- Galimberti U., *Il corpo*, Feltrinelli, Milano, 1983.
- Galimberti U., *Dizionario di Psicologia*, UTET, Torino, 1992.
- Galimberti U., *L'ospite inquietante, Il nichilismo e i giovani*, Feltrinelli, 2008.
- Gatti C. R., *Ecstasy e nuove droghe*, Angeli, Milano, 1998.
- Gozzetti G., "La nascita del delirio", in *Fenomenologia del delirio*, (a cura di S. Rodighiero), Teda, Castrovillari, 1997, 43-63.
- Gozzetti G., Cappellari L., Ballerini A., *Psicopatologia fenomenologica della psicosi, Sul senso dell'incontro con l'esperienza psicotica*, Cortina, Milano, 1999.
- Green A., *Psicoanalisi degli stati limite. La follia privata*, Cortina, Milano, 1991.
- Green A., *La psicosi bianca*, Borla, Roma, 1992.
- Greenson R., Kohut H., *Noia e apatia*, Bollati Boringhieri, Torino, 1992.
- Gross G., Huber G., Klosterkoetter J., Linz M., *BSABS. Bonner Skala fur die Beurteilung von Basissympomen*, Springer, Berlin-Heidelberg-New York, 1987, *Scala di Bonn per la valutazione dei Sintomi di Base (BSABS)*, (Edizione Italiana a cura di C. Maggini, R. Dalle Luche R.), ETS, Pisa, 1992.
- Heidegger M., (1927), *Essere e tempo*, Longanesi, Milano, 1976.
- Husserl E., (1907), *L'idea della Fenomenologia*, Il Saggiatore, Milano, 1988.
- Husserl E., *Per una fenomenologia della coscienza interna del tempo*, Franco Angeli, Milano, 1981.

- Jaspers K., (1950-1955), *Il medico nell'età della tecnica*, intr. di U. Galimberti, Cortina, Milano, 1986.
- Jaspers K., *Psicologia delle visioni del mondo*, Astrolabio, Roma, 1950.
- Jaspers K. *Psicopatologia Generale, Il Pensiero Scientifico, Roma, 1998.***
- Julien M. R., *Droghe e farmaci psicoattivi*, Zanichelli, Bologna, 1997.
- Kernberg O., *Disturbi gravi della personalità*, Boringhieri, Torino, 1987.
- Kernberg O., *Sindromi marginali e narcisismo patologico*, Boringhieri, Torino, 1990.
- Kernberg O., *Aggressività, disturbi della personalità e perversioni*, Cortina, Milano, 1993.
- Kernberg O., *Psicoterapia psicodinamica dei pazienti borderline*, Edizioni Univ. Romane, trad. di G. Di Petta, Roma, 1996.
- Klosterkoetter J., *Basissymptome und Endphaenomene del Schizophrenie*, Springer, Berlin, 1988.
- Kohut H., *La guarigione del sé*, Boringhieri, Torino, 1987.
- Kohut H., *Narcisismo e analisi del sé*, Boringhieri, Torino, 1988.
- Laing R. D., *L'io diviso. Studio di psichiatria esistenziale*, Einaudi, Milano, 1969.
- Maggini C., (a cura di) *Psicopatologia e clinica della schizofrenia*, ETS, Pisa, 1995.
- Maggini C., Dalle Luche R., et AL., "Sintomi di base e delirio nella schizofrenia", in *Delirio*, (a cura di P. Pancheri e M. Biondi), Il Pensiero Scientifico, Roma, 1994, 137-153.
- Margaron H., *Le stagioni degli dei. Storia medica e sociale delle droghe*, Cortina, Milano, 2001.
- Masullo A., *Paticità e indifferenza*, Il Melangolo, Genova, 2003.
- Merleau-Ponty M., (1945), *Fenomenologia della percezione*, Il saggiatore, Milano, 1965.
- Minkowski E., (1966) *Trattato di psicopatologia*, Feltrinelli, Milano, 1972.
- Minkowski E., (1968), *Il tempo vissuto. Fenomenologia e psicopatologia*, Einaudi, Torino, 1971.
- Nietzsche F., (1876), *La nascita della tragedia*, Adelphi, Milano, 1977.
- Nietzsche F., *Così parlò Zarathustra*, Adelphi, Milano, 1992.
- Olievenstein C., *Il destino del tossicomane*, Borla, Roma, 1980.
- Olievenstein C., *Droga*, Cortina, Milano, 2001.
- Rossi Monti M., *Percorsi di psicopatologia. Fondamenti in evoluzione*, Angeli, Milano, 2001.
- Rossi Monti M., *Forme del delirio e psicopatologia*, Cortina, Milano, 2008.
- Santacroce I., *Destroy*, Feltrinelli, Milano, 1999.
- Scharfetter C., *Psicopatologia Generale*, Feltrinelli, Milano, 1992.
- Schmideberg M., "I casi limite", in *Manuale di psichiatria*, (a cura di S. Arieti), Boringhieri, Torino, 1969, 537-557.
- Schneider K., (1965), *Psicopatologia clinica*, trad. di B. Callieri, Citta Nuova, Roma, 1983.
- Stanghellini G. *Verso la Schizofrenia: la teoria dei sintomi-base*. Idelson Liviana, Napoli, 1992.
- Sullwold L. (a cura di Stanghellini G., Ricca V., Quercioli L., Cabras P.L.). *FBF, Questionario dei sintomi-base, Manuale*, OS, Firenze, 1991.
- Tarantino F., *Tossicomane ed esistenza. Aspetti psicologici e psicoterapeutici*, Capone, Lecce, 1995.
- Tarantino F. "Il disagio esistenziale dei minori nell'evoluzione delle tossicomane: prospettive e proposte", *Voci di strada*, 2004, 146-183, III.
- Tarantino F., *Devianze e tossicodipendenze giovanili in una prospettiva esistenziale*, *Voci di strada*, 132-181, I, 2005.
- Tatossian A., *Phenomenologie des Psychoses*, Masson, Paris, 1979.
- Welsh I., *Il lercio*, Guanda, Parma, 1998.
- Welsh I., *Acid House*, Guanda, Parma, 1999.
- Zoja L., *Nascere non basta: iniziazione e tossicodipendenza*, Cortina, Milano, 2003.

Zolla E., *Il dio dell'ebbrezza*, Einaudi, Torino, 1998.

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.