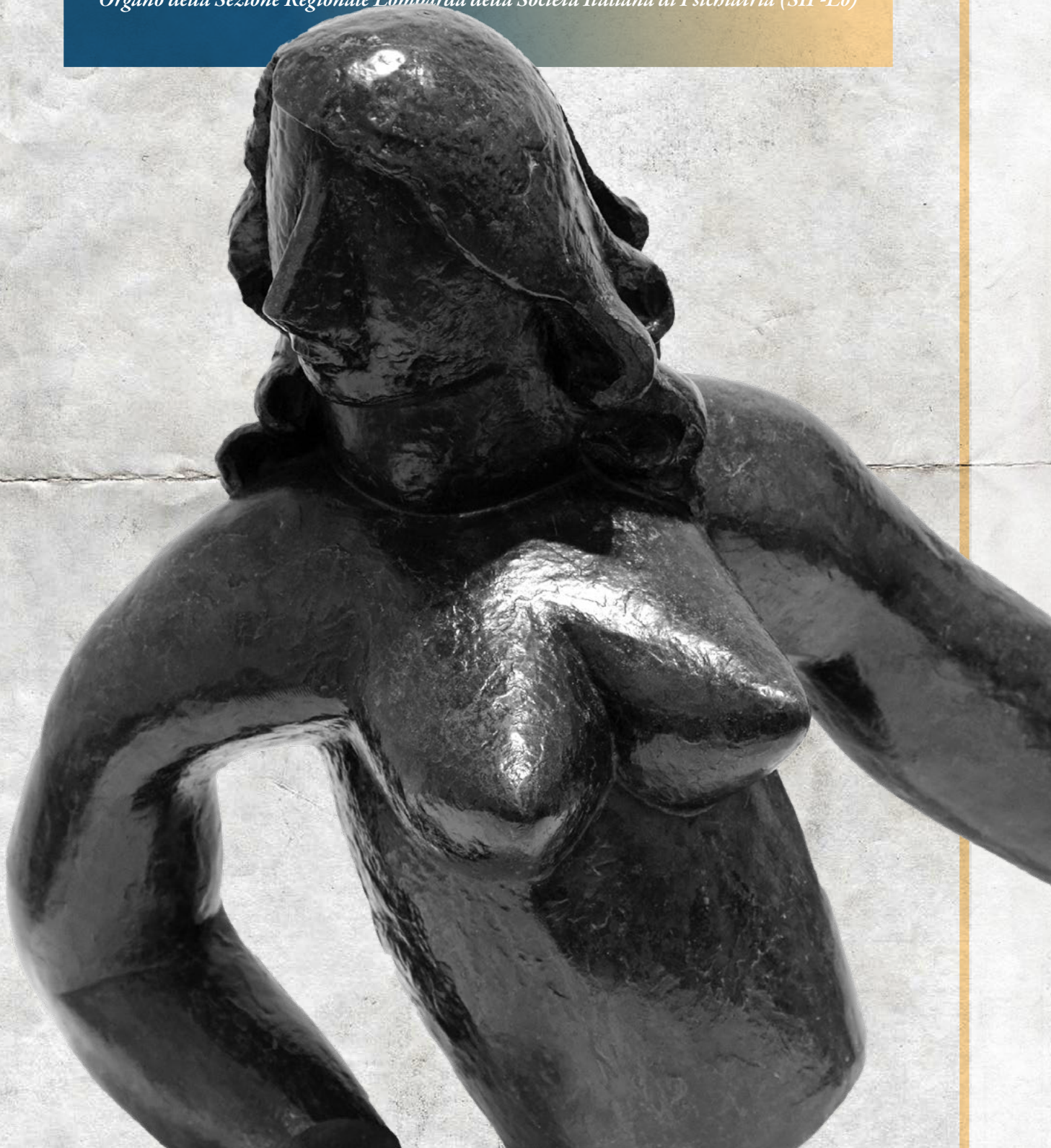




PSICHIATRIA OGGI

Fatti e opinioni dalla Lombardia

Organo della Sezione Regionale Lombarda della Società Italiana di Psichiatria (SIP-Lo)





SOMMARIO

Anno XXXIV • n. 1 • gennaio–giugno

PSICHIATRIA OGGI

Fatti e opinioni dalla Lombardia

Organo della Sezione Regionale Lombarda della Società Italiana di Psichiatria (SIP-Lo)

Fondata da:
Alberto Giannelli

Diretta da:
Giancarlo Cerveri (Lodi)

Comitato di Direzione:
Massimo Clerici (Monza)
Mauro Percudani (Milano Niguarda)

Comitato Scientifico:
Carlo Fraticelli (Como)
Giovanni Migliarese (Vigevano)
Gianluigi Tomaselli (Triviglio)
Mario Ballantini (Sondrio)
Franco Spinogatti (Cremona)
Gianmarco Giobbio (San Colombano)
Luisa Aroasio (Voghera)
Carla Morganti (Milano Niguarda)
Federico Durbano (Melzo)
Alessandro Grecchi (Milano SS Paolo Carlo)
Camilla Callegari (Varese)
Antonio Magnani (Mantova)
Laura Novel (Bergamo)
Pasquale Campajola (Gallarate)
Giancarlo Belloni (Legnano)
Marco Toscano (Gavagnate)
Antonio Amatulli (Vimercate)
Caterina Viganò (Milano FBF Sacco)
Claudio Mencacci (Milano FBF Sacco)
Emi Bondi (Bergamo)
Pierluigi Politi (Pavia)
Emilio Sacchetti (Milano)
Alberto Giannelli (Milano)
Simone Vender (Varese)
Antonio Vita (Brescia)
Giuseppe Biffi (Milano)
Massimo Rabboni (Bergamo)

Segreteria di Direzione:
Silvia Paletta (ASST Lodi)
Matteo Porcellana (ASST GOM Niguarda)
Davide La Tegola (ASST Monza)

Art Director:
[Paperplane snc](#)

Gli articoli firmati esprimono esclusivamente le opinioni degli autori

COMUNICAZIONE AI LETTORI

In relazione a quanto stabilito dalla Legge 675/1996 si assicura che i dati (nome e cognome, qualifica, indirizzo) presenti nel nostro archivio sono utilizzati unicamente per l'invio di questo periodico e di altro materiale inerente alla nostra attività editoriale. Chi non fosse d'accordo o volesse comunicare variazioni ai dati in nostro possesso può contattare la redazione scrivendo a info@psichiatriaoggi.it.

EDITORE:
Massimo Rabboni, c/o Dipartimento di Salute Mentale dell'Azienda Ospedaliera Papa Giovanni XXIII Piazza OMS, 1-24127 Bergamo
Tel. 035 26.63.66 - info@psichiatriaoggi.it
Registrazione Tribunale Milano n. 627 del 4-10-88
Pubblicazione semestrale - Distribuita gratuitamente tramite internet.

IN PRIMO PIANO

- 3** Siamo responsabili dei nostri sogni?
di Giannelli A.
- 14** Una particolare attenzione all'ansia ai tempi del Covid-19
di Cerveri G.
- 19** Tracciare la solitudine nel post Sindemia
di Mencacci C.

RECENSIONI

- 21** I grandi pensieri vengono dal cuore
Educare all'ascolto
di Giannelli A.

SEZIONE CLINICO-SCIENTIFICA

- 23** Il Progetto innovativo TR65
Budget di salute dell'ASST Pavia
di Abbiati V., Marraffini E., Aroasio P.L., Migliarese G., Politi P.
- 30** Study skills e intervento precoce
di Amato L., Flauto S., Tirelli V., Meneghelli A., Monzani E.
- 35** Suonare per curare: il gruppo musica in riabilitazione psichiatrica
L'esperienza riabilitativa musical-letteraria nel vivere il tempo "so-speso" del primo lockdown
di Besana F., D'Amato M., Tanzi A., Silva A., Rocchetti M., Farinella E., Politi P.
- 46** La personalizzazione della cura nella schizofrenia
Un caso clinico
di Cusi L., Porcellana M., Morganti C., Percudani M.
- 53** I percorsi dell'urgenza
Rilevazione dell'intervento urgente psichiatrico presso il DEA del P.O. San Carlo Borromeo nel corso della seconda ondata della pandemia da COVID-19
di Grecchi A., Beraldo S., Maresca G., Martini A., Ferrarini F., Fui E., Faraci G., Santini A., Petri E., Salvaggio F., Tisi G., Gallotti P., Colombo M., Carozzi A., Magnolfi V., Candotti S., Ranieri R., Sileoni A., Miragoli P.

- 60** Psichiatria e migrazione
Dal riconoscimento della vulnerabilità all'accompagnamento alla cura di pazienti migranti, richiedenti asilo e vittime di tortura
di Marzagalia M., Calatroni R., Zanobio A., Cardullo A., Contini M., Curia M., Mosca L., Ruffetta C., Stirone V., Percudani M.

- 72** L'esperienza di una struttura residenziale riabilitativa di ASST Lariana in Appiano Gentile dedicata ai giovani adulti
Gli interventi e gli esiti
di Molinari G., Alamia A., Di Noia M.P., Menni A., Pini M., Di Leva A., Brambilla M., Casarin N., Cominardi S., Fraticelli C.

- 80** Nuovi orientamenti della contenzione fisica nei servizi psichiatrici italiani
crocevia di una rivoluzione silenziosa
di Nichini C., Alecci E.

- 91** Insorgenza di disturbi psichiatrici in pazienti ospedalizzati per infezione da SARS COV-2
di Paletta S., Bonizzoni M., Vercesi M., Grasso F., Bertorello A., Grassi S., Cerveri G.

- 99** Recovery in psichiatria
di Vaccaro A.G., Mencacci C.

PSICHIATRIA FORENSE

- 115** La prescrizione farmacologica OFF LABEL in psichiatria
di Mantovani R. e Mantovani L.

LA RICERCA INFERMIERISTICA IN SALUTE MENTALE

- 117** L'intelligenza emotiva degli infermieri e la soddisfazione dell'utente nel servizio psichiatrico di diagnosi e cura
Studio osservazionale
di Iacometti G., Parini A.M., Frediani G., Moro C.

IN COPERTINA: *Baigneuse (fragment)*, Henri Laurens, 1931
Collezione Tate Modern

© Marie-Lan Nguyen / Wikimedia Commons / CC-BY 2.5

Gli Operatori interessati a ricevere comunicazioni sulla pubblicazione del nuovo numero della rivista

PSICHIATRIA OGGI

possono iscriversi alla newsletter attraverso il sito:
www.psichiatriaoggi.it

Recovery in psichiatria

Ascanio G. Vaccaro*, Claudio Mencacci**

INTRODUZIONE

Questo libro rappresenta la *summa* di un'esperienza teorica e pratica durata oltre trentacinque anni. I primi passi sono stati mossi all'interno di un day hospital, appartenente all'ex istituzione manicomiale "Paolo Pini" di Milano. Erano i primi anni '80 e da poco era stata approvata la cosiddetta legge Basaglia del 1978. Vi erano molti dubbi e perplessità su come attuarla e se il coraggioso tentativo, per quanto riguarda la branca della medicina, che ci vedeva, per una volta all'avanguardia nel mondo, sarebbe esitato nel caos oppure in una nuova concezione e organizzazione che avrebbe funzionato bene.

A distanza di oltre quarant'anni si può dire che l'esperimento sostanzialmente sia riuscito, anche se non mancano i problemi e punti di vista, anche politici, fortemente contrastanti. Il concetto di fondo che si è affermato è che il malato di mente va curato e non internato o istituzionalizzato a vita con una visione, per così dire, "senza speranza".

La cura si è basata, e si basa tuttora, sugli interventi psicofarmacologici, sulla psicoterapia e soprattutto sulla riabilitazione psicosociale. Quest'ultimo pilastro della psichiatria moderna è il vero perno attorno a cui ruotano le possibilità di recupero e di reintegro nella società, con tutti i diritti e i doveri connessi, di persone affette da gravi patologie mentali croniche e disabilitanti.

Il mio coinvolgimento emotivo, cognitivo e comportamentale nelle attività ri-abilitative è stato, sin dall'inizio, completo e alimentato da un grande entusiasmo. Allora le procedure e i riferimenti metodologici erano esclusivamente di tipo psicodinamico. In seguito, iniziavo una formazione di tipo cognitivo comportamentale per una "naturale" propensione verso tecniche e procedure chiare, riproducibili e quindi esportabili (evidence based).

L'esperienza pratica avveniva via via in ambiti territoriali diversi, in unità operative afferenti agli ospedali milanesi

di Niguarda prima e S. Paolo poi. Il filo conduttore era sempre la pratica riabilitativa e la costruzione sul piano operativo di tecniche e procedure che si dimostravano efficaci ed efficienti (*effectiveness-efficacy-efficiency*). Sotto il profilo del *target*, il paziente tipo era rappresentato dallo psicotico cronico e, in particolare, dallo schizofrenico. Un altro tratto importante del percorso si è svolto in un istituto per pazienti con disabilità intellettive gravi e disturbi pervasivi dello sviluppo tra cui, in modo specifico, l'autismo in età adulta. In quegli stessi anni seguivo, in qualità di tutor un progetto sperimentale della regione Lombardia sull'autismo. Seguivano altri anni in cui mi dedicavo alla Direzione Sanitaria e Direzione del servizio di Riabilitazione Psicosociale presso strutture comunitarie prevalentemente indirizzate al reintegro nel proprio ambiente di vita reale di pazienti con psicosi croniche.

Le procedure proposte e codificate sempre più precisamente si sviluppavano all'interno della cornice metodologica cognitivo-comportamentale, arricchendosi però di spunti originali e specifici legati ai contesti in cui si realizzava l'esperienza.

Questo libro rappresenta la sintesi di tale esperienza, per tanti versi unica e irripetibile. La volontà che mi ha portato ad affrontare questo compito impegnativo e a un tempo ambizioso è stata stimolata dal fatto di non disperdere tanto prezioso materiale teorico e pratico che si andava accumulando, che aveva inoltre il pregio/difetto di nascere in una realtà tutta italiana. Alcuni aspetti di questa esperienza si prestano a critiche, anche per la chiara scelta di campo, cosa che per altri versi rappresenta un punto di forza rispetto a teorizzazione e prassi confuse o pseudo-eclettiche.

Se vi è un merito nell'aver scritto questo testo, esso va cercato soprattutto nel tentativo di descrivere chiaramente quello che si fa, chi lo fa, con quali procedure e codifiche in processi facilmente intellegibili. Spetterà al lettore, ovviamente, valutare se l'intento corrisponderà al risultato. Parafrasando il linguista e *opinion leader* mondiale Noam Chomsky, l'ignoranza presenta aspetti definibili come problemi e altri come misteri, inten-

dendo con ciò che sui primi possiamo fare almeno delle congetture, mentre sui secondi non sappiamo nemmeno da che parte cominciare. Quando dai misteri si passa ai problemi, quindi, si fanno passi in avanti; altri passi sono necessari per arrivare al sapere.

La conoscenza dovrebbe basarsi sulla chiarezza descrittiva e, al contempo, sulla possibilità di confutare e/o verificare gli assunti teorici di base. Il sapere, se non diventa saper fare, rimane una forma di conoscenza sterile e questo risulta ancor più vero se abbiamo a che fare con la salute nonché il benessere psichico e fisico delle persone.

Da bambino, come tanti altri, chiedevo sempre “perché?”, e non di rado mi capitava di esasperare genitori e insegnanti con domande insistenti, che frequentemente non ottenevano risposte esaustive. Da studente universitario di medicina, una serie di risposte le ho trovate nella scienza, che mi aveva convinto della possibilità di spiegare tutti i segreti dell’universo, del corpo umano e della mente. Ho davvero creduto che, almeno sotto il profilo teorico, la scienza fosse in grado di spiegare ogni cosa.

È mia convinzione ora, che la scienza possa solo contribuire, anche se in maniera preponderante, alla conoscenza e, in particolare, a quella relativa al funzionamento della mente. Ciò non toglie che esistano altri approcci epistemologici che contribuiscono alla conoscenza della realtà in modo esauriente e plausibile. Il punto di forza del metodo scientifico resta, però, quello di spiegare descrivendo in modo chiaro e intellegibile i fenomeni osservati; è su questo aspetto che si è focalizzata la mia attenzione e gli sforzi fatti per descrivere perché e come devono essere organizzate le procedure riabilitative. Alcuni, o numerosi, concetti qui espressi potrebbero in tutto o in parte rivelarsi inesatti, ma rimarrà il pregio di aver cercato la strada della trasparenza e della chiarezza.

Sul piano clinico e sotto il profilo riabilitativo e i risultati di oltre trentacinque anni di lavoro si sono dimostrati confortanti e validi anche su patologie, per alcuni aspetti distanti, come l’autismo, i deficit intellettivi, i disturbi di personalità, i disturbi bipolari gravi e la schizofrenia,

sia sotto l’aspetto naturalistico sia sotto il profilo della validità scientifica.

L’approccio epistemologico è un processo complesso di non facile impostazione. L’introduzione del libro esplicita chiaramente l’obiettivo di stimolare il lettore a riconsiderare l’approccio epistemologico di base, volto a spiegare i fenomeni della realtà con le classiche categorie di tipo riduzionistico di causa ed effetto.

Per spiegare i fenomeni complessi è meglio far riferimento alla logica circolare o sistemica. Ne consegue la necessità, sul piano teorico, di utilizzare l’approccio multifattoriale e multimodale, nonché sul piano operativo, l’azione coordinata di un’équipe multi disciplinare per quel che concerne la cura e la riabilitazione di psicopatologie gravi e croniche di tipo clinico, come la schizofrenia, o dell’età dello sviluppo, come lo spettro autistico. Il libro contiene anche una descrizione chiara e semplice, pur senza abdicare al rigore scientifico, di come impostare un corso informativo e formativo di *parent training*, illustrando e approfondendo i vari temi da trattare. Gli argomenti affrontati iniziano con la disamina del modello multimodale e finiscono con la descrizione dettagliata di protocolli di intervento abitativo e riabilitativo.

I corsi di *parent training* associati ai gruppi di *social skills training* si sono dimostrati, in vari studi di meta analisi disponibili a livello internazionale, efficaci per ridurre fin del 70% le ospedalizzazioni e l’insorgenza di crisi acute, oltre che nel consentire l’utilizzo di posologie ridotte di psicofarmaci. La riabilitazione non può far a meno di queste due procedure, se vuole incidere positivamente sulla possibilità di reintegrazione sociale.

Libertà, autonomia e indipendenza, sono i concetti chiave da sviluppare da parte di ogni persona adulta, con o senza psicopatologie di rilievo, rappresentano la finalità della pratica abitativa e riabilitativa indipendentemente dalle specifiche abilità in questione.

Questo libro si rivolge a chiunque sia curioso di capire come funziona la riabilitazione psicosociale, ma anche a chi vuole approfondire temi quali le abilità sociali e

relazionali, la gestione delle emozioni, la comunicazione, l'assertività e la *leadership*, l'autoestima, il *problem solving*, le neuro cognizioni e l'apprendimento. Sono affrontati anche i temi dell'educazione sessuale nel contesto comunitario, tema di difficile gestione, spesso scotomizzato ossia negato o non visto.

L'interlocutore privilegiato però a cui mi rivolgo è lo psichiatra e, ancor più, al direttore sanitario di strutture residenziali e non, in particolare le comunità psichiatriche, che deve provvedere a organizzare i servizi, i processi e le cure di pazienti altamente problematici. Il libro riporta un programma completo di riabilitazione psicosociale, che naturalmente va adattato alla realtà specifica, alle risorse disponibili, ivi comprese le varie figure professionali. Chi desidera avere un programma chiaro, *evidence based* sull'organizzazione di varie attività di gruppo realmente riabilitative fino al raggiungimento del pieno recupero funzionale (*full functional recovery*) e compenso clinico, troverà quanto gli serve per avviare ex novo o completare programmi già in essere in una struttura residenziale e non tesa al recupero e alla reintegrazione sociale di persone con disabilità importanti. Il libro però non è stato scritto solo per psichiatri e coordinatori di comunità, medici generici, psicoterapeuti, psicologi, infermieri, assistenti sociali e soprattutto educatori e tecnici della riabilitazione, ma si rivolge anche al lettore profano che voglia avvicinarsi a temi insoliti ma molto attuali.

LUNGO PERCORSO PER LA GUARIGIONE IN PSICHIATRIA

Il cammino verso la *recovery* in psichiatria è iniziato molti anni fa con il processo di deistituzionalizzazione, avviato con la chiusura dei manicomi in Italia e l'avvio del modello basato sulle comunità in tutte le regioni d'Italia. Il 23 dicembre del 1978 la cosiddetta legge Basaglia veniva recepita e inserita nella legge nazionale 180/833. Da allora l'Italia si è posta all'avanguardia nel mondo per quanto riguarda l'organizzazione, i processi, le cure e la presa in carico dei pazienti psichiatrici. Si tratta di uno dei pochi

casi in cui una branca della medicina italiana è diventata punta di diamante a livello mondiale.

Il processo è stato molto lungo e, per certi versi, non è stato ancora completato. In estrema sintesi si è trattato di passare dal concetto di custodia, come tipicamente avveniva nelle istituzioni manicomiali, a quello di cura, che necessariamente doveva avvenire negli ospedali e nei servizi dislocati sul territorio.

I risultati in termini di cura sono enormemente migliorati, confermando che la presa in carico nelle comunità è decisamente un approccio più appropriato per la presa in carico e il supporto ai pazienti psichiatrici con gravi disturbi psicotici, in particolare schizofrenici, disturbi bipolari e/o gravi disturbi di personalità.

Il passaggio dalla concezione manicomiale alle cure e alla presa in carico (*cure and care*) in particolare nelle comunità ha rivoluzionato l'approccio psichiatrico tradizionale basato sul modello causale lineare, per approdare al modello multifattoriale in termini eziopatogenetici, multimodale per quanto riguarda gli interventi e multidisciplinare per quanto riguarda le figure professionali coinvolte. Non esiste la causa della schizofrenia, dell'autismo, dei disturbi di personalità. Esistono una serie di fattori di rischio che concorrono a determinare l'evento malattia (in psichiatria si preferisce usare l'eufemismo disturbo), andando a impattare su fattori vulnerabili di tipo genetico, epigenetico, biologici, psicologici e ambientali.

L'istituzione manicomiale non solo non curava e non si curava di correggere questi fattori, ma di fatto li aggravava ed era esso stesso fattore di cronicizzazione della malattia mentale. Esistono ancora nel mondo diverse istituzioni manicomiali o simil manicomiali, quali i grandi ospedali psichiatrici con centinaia e, a volte migliaia di pazienti psichiatrici, ma la linea tracciata in Italia ha seguaci su tutto il pianeta, anche in quelli dove non è stata ancora attuata la demanicomializzazione come a Cuba e altri paesi. Molte nazioni, tra cui gli Stati Uniti e altri paesi europei, pur non necessariamente legiferando in tal senso, hanno comunque chiuso i manicomi e avviata

l'organizzazione territoriale e ospedaliera della psichiatria.

Tutto ciò però non è ancora sufficiente e da almeno un decennio l'obiettivo è diventato la *recovery*, ma cosa vuol dire questo termine che ha diverse traduzioni? *Recovery* significa guarigione, ma anche recupero, ripresa o riconquista. La sfida della guarigione è stata accolta dagli psichiatri pur con diversi distinguo.

La guarigione può essere intesa come il pieno recupero funzionale e non necessariamente l'assenza di qualsiasi sintomo clinico, ed è in questa accezione che sarà utilizzata in questo contesto. Non dobbiamo aver paura di parlare di pieno recupero funzionale (*full functional recovery*) e cercare di raggiungere questo obiettivo quanto meglio possiamo fare e per quanto è possibile.

Nell'ambito della riabilitazione psicosociale si vedono molto spesso applicare le procedure tradizionali, non molto dissimili a dire il vero, da alcuni processi ricreativi o occupazionali praticati anche nelle strutture manicomiali.

Far disegnare su dei fogli non equivale ad arte terapia, così come ascoltare musica o suonare uno strumento non equivale a musicoterapia. Utilizzare i colori diventa automaticamente cromoterapia e manipolare la sabbia *sand play therapy*, come giocare a calciobalilla diventerebbe calciobalilla terapia, giocare con l'acqua idroterapia e così via.

Riflettendoci su potremmo chiederci come mai con tutte queste terapie non guarisce nessuno? La sfida della guarigione può essere accettata nella misura in cui si rivoluziona l'approccio epistemologico dal modello causale lineare diretto (causa-effetto) al modello multimodale o sistemico in cui fattori di rischio e di vulnerabilità, ma anche fattori protettivi agiscono e interagiscono fino a determinare l'evento malattia o a prevenirlo, prima ancora che curarlo.

Ancora pochi operatori nell'ambito della riabilitazione psicosociale sono formati e applicano il modello multimodale (*vulnerability, stressors, social competence, copy and resilience*) per via della genesi multifattoriale delle psicosi.

La *cognitive behavior therapy* (CBT) è il miglior approccio metodologico a tutt'oggi per raggiungere il pieno recupero funzionale. Certi miti di tipo tradizionalistico sostengono che noi non possiamo fare molto per cambiare la disabilità psicotica. In realtà, l'abitudine e gli schemi non sono altro che la nostra abilità di esercitare compiti ripetitivi, come allacciarsi le scarpe o lavarci i denti, in modo sempre più efficiente.

Un intervento in medicina può dirsi appropriato se soddisfa i criteri di: efficacia (*effectiveness, efficacy*), efficienza (*efficiency*), equità (*equity*) e soddisfa i bisogni clinici (*clinical needs*). L'efficacia nella pratica clinica è il grado di miglioramento reale della salute raggiunto mediante la scienza e la tecnologia applicata alla salute, quando vengono usate nei modi appropriati. L'efficienza nella pratica clinica è la relazione tra le risorse utilizzate e gli interventi forniti.

L'equità è la combinazione di risorse limitate con i criteri di giustizia e solidarietà, il miglior uso delle risorse, il miglior rapporto costo beneficio, senza favorire il risparmio economico e il taglio delle prestazioni. I bisogni clinici sono soddisfatti nella misura in cui vengono utilizzati servizi richiesti dai pazienti per raggiungere i più alti gradi di miglioramento inclusa la completa guarigione (*complete recovery*).

L'appropriatezza di un intervento dal punto di vista medico persegue l'obiettivo dell'efficacia nel rispetto dell'autonomia della persona. Le scelte terapeutiche devono essere ispirate da dati scientifici noti e dall'esperienza, tenendo in considerazione l'appropriato uso delle risorse, sempre perseguendo i benefici del paziente in accordo con il criterio di equità. Occorre pertanto usare corrette procedure sul piano metodologico e metodi abbastanza oggettivi per misurare i risultati, razionalizzando le risorse ma non razionandole (medicina basata sulle evidenze).

Per raggiungere il pieno recupero funzionale, occorre pertanto adottare un complesso programma riabilitativo di tipo educativo, che si ispiri al modello multimodale e che venga realizzato da un'équipe multidisciplinare

composta in genere da psichiatri, psicoterapeuti, psicologi, infermieri professionali, educatori, tecnici della riabilitazione e coordinatore.

Sgombrando il campo da ogni equivoco, le diverse figure professionali si integrano fra di loro, ma non si confondono, ognuno fa il suo mestiere coordinandolo e integrandolo con gli altri interventi. Nell'ambito della riabilitazione psicosociale, si assiste spesso al fatto che alcune figure professionali invadano il campo di competenza altrui, generando pericolose confusioni.

Se prendiamo come esempio una squadra di calcio coesa, gli attaccanti fanno goal e i difensori difendono la propria porta; può capitare che in alcuni momenti persino il portiere si spinga in avanti per fare goal, ma di regola ognuno ha un compito e una formazione ben precisa.

Anche i più talentuosi hanno bisogno del resto della squadra per vincere e, se sono in grado di farlo, daranno un contributo maggiore e più consistente, ma non possono esimersi dal lavorare in squadra. Bisogna sviluppare la consapevolezza che o si vince tutti o si perde tutti. Nel primo caso vincono anche le riserve che sono in panchina o chi non ha dato il contributo più rilevante, nel secondo caso perdono tutti, anche i più talentuosi o chi ricopre un ruolo di maggior prestigio nella squadra.

Una squadra è tanto più unita e coesa quanto più condivide la stessa formazione. Bisogna studiare e approfondire gli stili di comunicazione e relazionali di assertività, passività e aggressività con i rispettivi stili educativi di autorevolezza o *leadership*, autoritarismo e permissivismo. L'équipe multidisciplinare dev'essere formata per funzionare secondo lo stile della *leadership*.

Gli operatori si dividono spesso in "buoni" e "cattivi". I primi coincidono con lo stile educativo permissivo, per i quali tutto è concesso, i pazienti in fondo sono dei poverini che hanno subito un destino ingrato, in nome del quieto vivere gli operatori fanno fare di tutto e di più, rinunciando di fatto al ruolo educativo. Gli operatori "cattivi" invece sposano in pieno lo stile autoritario per cui le regole prima di tutto, i pazienti devono obbedire e

fare le cose che gli si dicono di fare, entrando così spesso in contrasto o, peggio ancora, in conflitto aperto con i pazienti a loro volta aggressivi o sottomettendo quelli più pacifici e remissivi.

L'équipe multidisciplinare dovrebbe invece agire come un sol uomo, con coerenza educativa e senza generare una pericolosa spaccatura tra "buoni" e "cattivi" che, per pazienti già portati alla scissione mentale, rappresenta un pericoloso specchio su cui specchiarsi e peggiorare il quadro psicotico.

Per far sì che l'équipe agisca in modo coerente e unitario risulta determinante la formazione sulle strategie di risoluzione dei problemi. Occorre altresì studiare e padroneggiare le tecniche di apprendimento ben descritte dagli autori d'ispirazione comportamentista.

Bisogna altrettanto conoscere le procedure per sviluppare una buona autostima e il senso di autoefficacia a esso collegato. Fa parte del percorso formativo la conoscenza e la gestione delle emozioni (Intelligenza Emotiva).

1. Modello multimodale

Il modello multimodale nasce dalla ipotesi che più fattori concausali concorrano a determinare disturbi mentali complessi quali schizofrenia e altre forme di psicosi cronica.

Fattori genetici e ambientali contribuiscono in varia misura a influenzare la predisposizione ad ammalarsi e l'effettiva realizzazione della patologia psichica e/o mentale. Anche se prendiamo in considerazione, per esempio il deficit intellettivo, vediamo che sono chiamati in causa fattori ereditari di tipo genetico e alterazioni dello sviluppo embrionale (anomalie cromosomiche) per un totale di circa il 35%, problemi durante la gravidanza e nel periodo perinatale (infezioni, malnutrizione, prematurità, traumi) che incidono per circa il 10%, infezioni, traumi, avvelenamenti che si verificano nella 1a e 2a infanzia per circa il 5%, influenze ambientali quali mancanza di accudimento e di stimolazioni sociali per circa il 15-20%. Il restante 30-35% resta senza nessi causali attendibili.

Per quanto riguarda la schizofrenia nonostante un secolo di intensa ricerca sui fattori eziologici di tipo genetico, ambientale, evolutivo, neurobiologico o psicosociale, non è stato possibile determinarne la causa, proprio perché non esiste un unico fattore causale. Attualmente l'approccio lineare o causale diretto è stato sostituito da quello multifattoriale, in cui una combinazione di più fattori (genetici, neurormonali, psicologici, sociali e ambientali) interagenti tra di loro producono la malattia.

Il modello di riferimento diventa perciò quello sistemico in cui la causa diventa anche effetto e viceversa, influenzando e subendo il condizionamento degli altri fattori coinvolti. Per quanto riguarda la schizofrenia, uno dei modelli più completi e complessi è stato proposto da R.P. Liberman (Wallace et al., 1980; Liberman, 1997), chiamando in causa più fattori contemporaneamente in varia misura combinati tra di loro. Tra questi i più importanti sono la vulnerabilità psicobiologica, gli *stressor* ambientali, il deficit di *coping* e di competenza sociale.

Il modello spiega l'insorgenza, il decorso, la prognosi e il funzionamento sociale dei principali disturbi mentali come una complessa e reciprocamente condizionante relazione tra fattori biologici, ambientali e comportamentali.

Semplificando, si può dire che la vulnerabilità psicobiologica si scompensa in modo psicotico quando gli *stressors* ambientali superano le capacità di fronteggiarli o la competenza sociale necessaria per gestirli adeguatamente.

Come si può notare, si mette in evidenza la "debolezza strutturale" che nell'impatto con alcuni eventi stressanti, se si superano certi limiti, esita nello scompensamento psichico fino a generare un vero e proprio disturbo mentale. Nel modello sono altresì enfatizzati i fattori di protezione quali *coping* e competenza, ed è proprio su questi fattori che si può e si deve puntare in un progetto riabilitativo.

Risulta del tutto evidente così che nessuna figura professionale sintetizza su di sé tutte le caratteristiche necessarie per una risposta complessa come quella richiesta. La risposta terapeutica perciò viene affidata a più figure professionali, integrate fra di loro in un'équipe multidisciplinary.

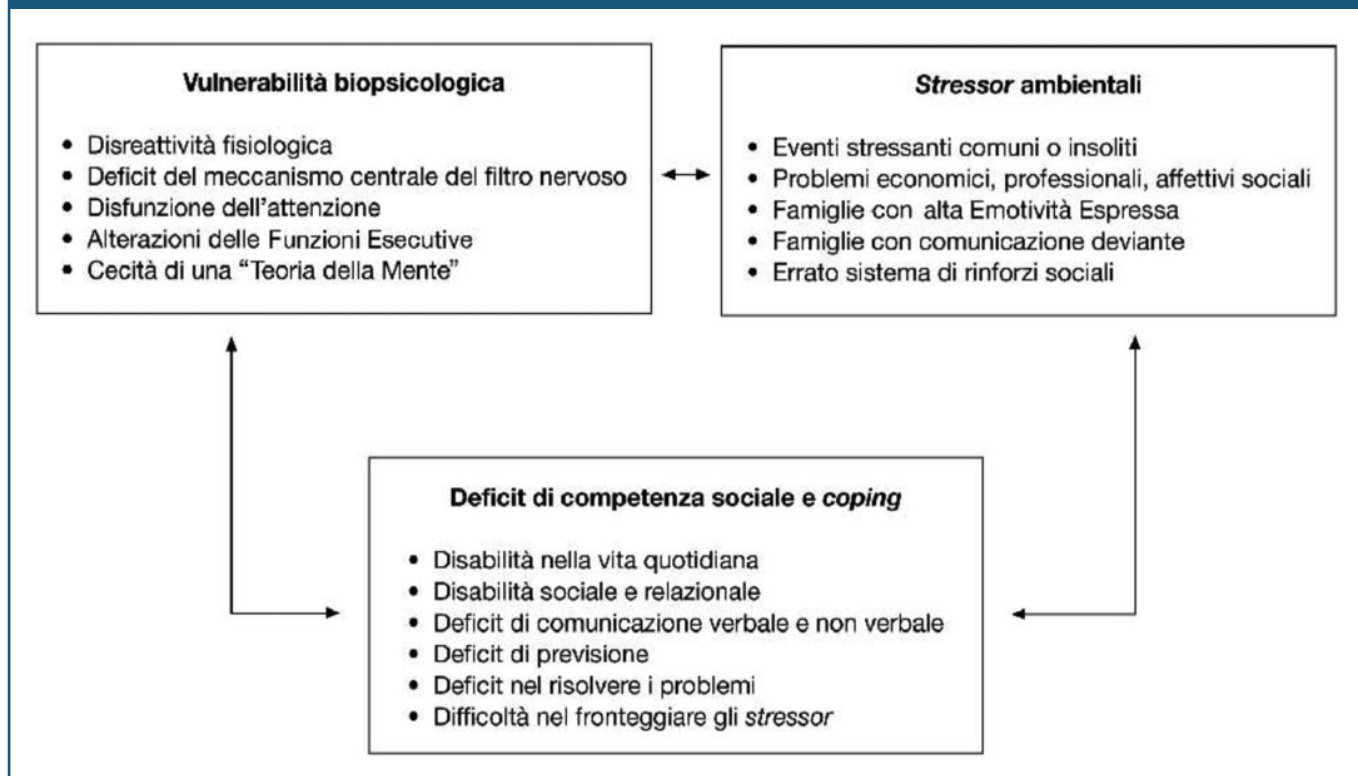
La composizione e l'integrazione dell'équipe appare quindi una necessità, con la finalità di emettere una risposta multimodale necessaria per contrastare complesse patologie a eziologia multifattoriale.

In tutte le patologie prese in esame non si riesce a raggiungere la guarigione in senso assoluto, ma si può influenzarne il decorso fino a raggiungere il pieno recupero funzionale (*full functional recovery*) che, a tutti gli effetti può essere considerata la guarigione. I pilastri degli interventi terapeutici in ambito psichiatrico sono sostanzialmente tre: la psicofarmacoterapia, la psicoterapia e la riabilitazione/abilitazione psicosociale. Quest'ultimo pilastro, se basato su procedure e metodologie solide e consolidate (*evidence based*), risulta essere veramente efficace in parte nel contrastare la patologia psichica in sé (es. sintomatologia difettuale nella schizofrenia), ma ancor di più nel limitare i danni e nell'offrire una valida qualità di vita, al meglio delle possibilità attuali.

Un lavoro efficace sulla competenza sociale può offrire migliori opportunità di adattamento ambientale e, in quanto tale, rendere più soddisfacente anche la vita di persone affette da gravi psicopatologie oltre che contrastare la cronicizzazione. Le moderne terapie psicofarmacologiche influenzano positivamente i fattori relativi alla vulnerabilità psicobiologica. Intervenire sugli eventi stressanti di vita quali forme di comunicazione distorte oppure i cosiddetti fattori di emotività espressa nelle famiglie può modificare nettamente il decorso della malattia.

Numerosissimi studi a livello internazionale hanno dimostrato la grande utilità di questi interventi per prevenire le ricadute, i ricoveri e per favorire inserimenti lavorativi riusciti. La sfida raccolta dalla psichiatria moderna e d'avanguardia è quella di raggiungere la guarigione, intesa come pieno recupero funzionale, di complesse patologie quali la schizofrenia, il disturbo bipolare e i disturbi gravi di personalità. A maggior ragione si può modificare, talora in modo veramente evidente, l'esito e l'impatto sociale.

Figura 1.1



Tutto ciò contribuisce a migliorare la qualità della vita dei nostri pazienti. La *figura 1.1* mostra i fattori su cui occorre agire per contrastare gli effetti dei disturbi psichici e mentali cronici.

2. Vulnerabilità bio-psico-sociale

La vulnerabilità bio-psico-sociale è una predisposizione in parte genetica, in parte acquisita fin dai primi anni di vita per cause organiche e/o psichiche a sviluppare determinate malattie e/o deficit. Alcuni dei meccanismi compromessi sono l'alterazione della normale reattività fisiologica a stimoli esterni, il deficit del meccanismo centrale del filtro nervoso (*iperarousal* o eccessivo stato di allerta), la disfunzione dei meccanismi cognitivi di base quali attenzione, concentrazione, memoria operativa, formazione di concetti, categorizzazione... (Deficit Cognitivi), un Deficit di Coerenza Centrale ossia la difficoltà di cogliere l'insieme e non farsi deviare dai dettagli, un disturbo nel processo di percezione, elaborazione e soluzione di problemi e delle Funzioni Esecutive

più in generale, un deficit della capacità di fare ipotesi e inferire su pensieri, emozioni e comportamenti altrui (Teoria della Mente).

Questi possono essere considerati i fattori nucleari della schizofrenia e di altri disturbi psicotici cronici. Spesso sono presenti all'esordio del disturbo, ma anche nelle fasi prodromiche e tendono a rimanere stabili nel tempo. È proprio su questi fattori nucleari che vanno impostate le attività che realmente vogliono influenzare il decorso della malattia mentale, soprattutto per quanto attiene ai disturbi clinici di tipo difettuale (anedonia, asocialità, apatia, alogia), ai deficit neurocognitivi, delle abilità di vita quotidiana, delle abilità sociali e relazionali, per raggiungere il pieno recupero funzionale.

Gli interventi psicofarmacologici, se opportunamente pensati e integrati con i trattamenti riabilitativi, agiscono come fattori protettivi altamente efficaci contro la vulnerabilità psicobiologica. Per contro non insegnano nulla, ancor più se si tratta di imparare a utilizzare comportamenti più adattativi o a elaborare strategie efficaci per far

fronte ai problemi della vita. Interventi psicologici, volti a potenziare i processi cognitivi di base, possono a loro volta contrastare la vulnerabilità psicobiologica.

Attualmente non sono molti i servizi, residenziali e non, che puntano a rendere più solida la struttura cognitiva di base con opportuni esercizi e ciò appare sorprendente anche in virtù del fatto che la schizofrenia (ma ciò può valere anche per lo spettro autistico o altri deficit intellettivi) ha come base sintomatologica proprio i disturbi cognitivi di attenzione e più in generale di elaborazione delle informazioni. Se un soggetto è particolarmente predisposto, vari eventi stressanti saranno in grado di produrre uno scompensamento acuto oppure il persistere di uno stato di cronicità.

La vulnerabilità è probabilmente legata ad aspetti genetici, epigenetici e/o familiari. Esiste per esempio per la schizofrenia una suscettibilità ad ammalarsi della stessa malattia in circa il 40% dei gemelli omozigoti e di solo il 10% di quelli dizigoti (APA, DSM-IV, 1994; Balestrieri et al., 1996). I figli di genitori schizofrenici, allevati in famiglie adottive, presentano un'incidenza di malattia significativamente maggiore rispetto a soggetti di controllo, anch'essi adottati, ma provenienti da famiglie senza membri schizofrenici. Altri fattori in grado di generare una struttura vulnerabile sono: danni prenatali, perinatali nonché rapporti disastrosi in ambito familiare.

3. *Stressors* ambientali

Gli *Stressors* ambientali sono stimoli ed eventi di vita insoliti o comuni in grado di alterare l'equilibrio e l'omeostasi di una persona, generando reazioni fisiche, emotive, cognitive e comportamentali adeguate o esagerate in eccesso o in difetto. Possono essere per esempio problemi economici, lavorativi, affettivi, famiglie ad alta Emotività Espressa, cioè con ipercoinvolgimento, ipercriticismo, eccessiva emotività oppure con codici di comunicazione patogeni, cioè in grado di scatenare reazioni abnormi quali agitazione psicomotoria, aggressività auto ed etero diretta.

Per quanto riguarda gli elementi ambientali va ricor-

dato che vi è anche un errato sistema di rinforzi sociali. La disabilità può essere avversata mediante il sostegno ambientale. Talvolta si agisce cercando di fornire persone di sostegno e di insegnamento. In altri casi si interviene sull'ambiente modificandolo e cercando di renderlo il più compatibile possibile con le disabilità presenti.

Il supporto individualizzato da parte di un operatore mira sia a modificare in modo sistematico e diretto il comportamento del paziente, sia a supportare e far emergere al meglio le risorse già presenti.

Se si agisce sul *setting*, in pratica si interviene sui programmi e sulle risorse ambientali, quali per esempio il luogo di lavoro o di studio, di vacanza o di svago, strutture abitative più o meno protette ecc. Un intervento molto efficace è quello sulle famiglie ad alta Emotività Espressa (EE). Si tratta di famiglie – come accennato in precedenza – dove spesso le modalità relazionali producono scompensi clinici per ipercriticismo, talvolta violenza verbale e/o fisica, ipercoinvolgimento emotivo, fusionalità ecc. Tra gli *Stressors* ambientali vanno annoverati inoltre la comunicazione deviante e un errato sistema di rinforzi sociali.

Negli anni '80 aveva avuto una discreta fortuna il lavoro di ricerca svolto a Palo Alto al *Mental Research Institute* (MRI) sul doppio legame patogeno. Sfortunatamente tale lavoro è poco conosciuto ed utilizzato in ambito riabilitativo, mentre è ancora utilizzato nella psicoterapia di tipo sistemico.

Relativamente all'errato sistema di rinforzi sociali, infine, deve essere evidenziato il fatto che spesso in famiglia, ma anche nella società allargata vengono rinforzati, se non addirittura esaltati, comportamenti improntati all'egoismo e all'aggressività. L'errato sistema di rinforzi sociali può incrementare comportamenti disadattativi, disfunzionali e anche palesemente patologici.

4. Deficit di competenza sociale, di *coping* e di resilienza

Il *coping* è la capacità di fronteggiare le varie situazioni e problemi che la vita ci propone. Un eventuale deficit può riguardare gli atti comuni della vita quotidiana o anche

quelli della vita sociale e relazionale. Vi sono deficit di previsione, nel risolvere problemi o anche solo nel far fronte a atti e fatti di routine.

La competenza sociale, il *coping* e la *resilienza* sono fattori di protezione rispetto alla vulnerabilità e agli eventi stressanti in grado di rivelarne la fragilità. Una persona con buona competenza utilizza le proprie abilità emotive, fisiche, cognitive, comportamentali e sociali per vivere, crescere e avere un ruolo sociale nella comunità.

Per fronteggiare adeguatamente le fonti di stress della vita quotidiana occorre possedere buone abilità di *problem solving*, capacità di coinvolgersi con gli altri in rapporti di tipo affettivo, ma anche di tipo strumentale e talvolta opportunistici. Le strategie di *coping* permettono di soddisfare sia i bisogni materiali che quelli affettivi e sociali, raccogliendo le sfide e risolvendo i problemi che la vita ci pone.

Qualunque sia il quadro psicopatologico, le strategie di *coping* sono in grado di ridurre lo stress relativo alle condizioni lavorative, a quelle sociali e in generale a quelle che si originano nell'impatto con la vita quotidiana.

Le menomazioni psichiatriche determinano limitazioni funzionali, compromettendo l'abilità di emettere determinati comportamenti. Le disabilità che ne derivano pregiudicano un corretto funzionamento sociale, familiare e lavorativo.

Coping, competenza sociale e resilienza rappresentano la sfida su cui costruire un solido e completo percorso riabilitativo e abilitativo.

La resilienza in ingegneria e in fisica indica la capacità di un materiale di resistere per esempio a un urto (si usa un apposito pendolo per valutare la resilienza) assorbendo l'energia che può essere rilasciata in misura variabile dopo la deformazione. Resilienza non è sinonimo di resistenza; il materiale resiliente non si oppone o contrasta l'urto finché non si spezza, ma lo ammortizza e lo assorbe, in virtù delle proprietà elastiche della struttura.

In ambito psichico la *resilienza* ha acquisito un significato ancora diverso, anche se non tutti gli studiosi

concordano. Gli esseri umani sono esseri intelligenti, hanno memoria, emozioni, creatività e quant'altro per cui la risposta agli eventi di vita o agli stimoli stressanti non può essere ridotta a quella di una sbarra di ferro, di alluminio o di altra fattura. La *resilienza* in ambito psichico è pertanto la capacità di diventare migliori in occasione di eventi avversi di vita.

Come si può diventare migliori se subiamo un evento che si presenta con caratteristiche avverse, dolorose, che percepiamo con sofferenza? In genere si diventa migliori se la risposta all'evento consiste in un apprendimento e, ancor più, in una maturazione. Abbiamo imparato a camminare o a sciare cadendo, abbiamo imparato la nostra lingua madre o altre lingue commettendo una marea di errori e di strafalcioni, abbiamo imparato a guidare mezzi di locomozione commettendo una serie di errori e spesso facendo incidenti stradali. In pratica ogni evento avverso può essere utilizzato per crescere, maturare o in subordine almeno imparare qualcosa dalla vita. In pratica possiamo dire che tutto ciò che non ti ammazza può renderti più forte (*"what doesn't kill you, makes you stronger"*).

La figura 1.2 mostra un complesso schema ripreso e rielaborato da quello proposto da Liberman negli anni '80 (Wallace et al., 1980, Liberman, 1997). Si tratta di un tentativo di addentrarsi in quella "scatola nera" che i primi comportamentisti — a onor del vero in nome del rigore scientifico — rifiutavano di esaminare.

Partiamo dallo schema sociale. Più elementi concorrono alla formazione dello schema sociale, che rappresenta la traccia mnestica di esperienze pregresse con cui affrontiamo la nostra socialità. Si tratta di un sistema più o meno flessibile, a seconda dell'elasticità personale, legato ad un complesso fenomeno di interazione tra la realtà esterna e le nostre capacità di percepirla, elaborarla e viverne l'esperienza come prototipo mnestico aperto a ulteriori evoluzioni.

Ovviamente esistono schemi sociali ben riusciti e altri che non lo sono affatto. Una volta trasformati in

prototipi mnemonici, vengono emessi in modo automatico. Naturalmente esistono sia schemi sociali funzionali che disfunzionali. Questi ultimi sono correggibili, essendo legati all'apprendimento, salvo che non debordino dal range di oscillazione potenziale fissato dal proprio codice genetico. Il punto di partenza degli stimoli e delle informazioni in entrata è rappresentato dall'ambiente circostante e dagli antecedenti del comportamento sociale, cui segue la formazione di un "percepto", ossia una sorta di raffigurazione mentale interna della realtà esterna.

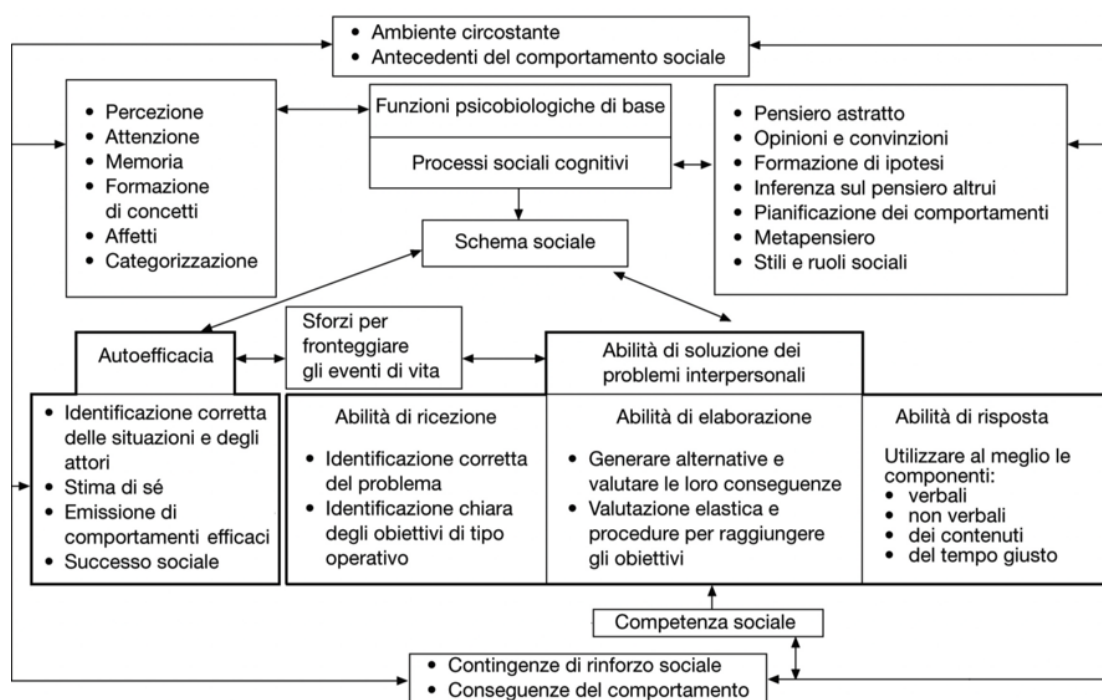
Il "percepto" viene messo a confronto con le tracce di memoria a breve e a lungo termine. Il tutto avviene grazie ai processi di attenzione, concentrazione, memoria operativa (una specie di estensione temporale delle prime due), memoria a breve e a lungo termine, oltre ad altri processi mnemonici.

La formazione di concetti e la categorizzazione completano le funzioni psicobiologiche di base, alle quali si sommeranno i processi sociali cognitivi. Tra questi ultimi vanno annoverati le opinioni e le convinzioni, il pensiero astratto, la formazione di ipotesi, l'inferenza sul pensiero altrui, gli stili e i ruoli sociali, la pianificazione dei comportamenti e il metapensiero.

Le funzioni psicobiologiche di base rappresentano i mattoni di partenza dei complessi processi cognitivi che portano alla formazione degli schemi sociali, ai quali concorrono i processi sociali, cognitivi e, in particolare, quelli che vanno sotto il nome di teoria della mente (Baron Cohen et al., 1985; Baron Cohen, 1991).

Concorrono inoltre alla formazione dello schema sociale l'autoestima e il senso di autoefficacia, il *coping*, la

Figura 1.2



Il complesso schema raffigurato rappresenta l'insieme dei processi mentali che portano alla competenza sociale, vale a dire al fattore protettivo per eccellenza rispetto alle disabilità sociali. Al centro vi è lo schema sociale, frutto delle esperienze di vita e dell'interazione tra le funzioni psicobiologiche di base, i processi sociali cognitivi, l'autoefficacia, il coping e le abilità di problem solving. In alto vi sono gli antecedenti del comportamento sociale e gli stimoli ambientali in entrata. In basso vi sono le conseguenze del comportamento e i rinforzi. Sulla base di questo costruito schematico sono stati impostati i protocolli dei gruppi riabilitativi

resilienza e le abilità di *problem solving*. L'autoefficacia riguarda la registrazione che facciamo delle esperienze pregresse, a seconda del successo o meno con cui queste vengono immagazzinate nella nostra memoria. Gli elementi da cui non può prescindere il senso di autoefficacia sono: l'identificazione corretta delle situazioni e degli attori coinvolti, la stima di sé, l'emissione di comportamenti efficaci e il successo sociale che ne deriva.

Il *coping* è rappresentato dagli sforzi sul piano cognitivo, emotivo e comportamentale con cui cerchiamo di affrontare le varie situazioni problematiche o meno che la vita ci presenta. La *resilienza* è la capacità di maturare e apprendere dagli eventi avversi di vita.

La capacità di risolvere i problemi (*problem solving*) è data innanzitutto dall'abilità di identificare il problema stesso e gli obiettivi che ci poniamo per risolverlo. Segue l'abilità di elaborazione che comprende il generare più alternative e valutarne le conseguenze, associato alle procedure atte a raggiungere gli obiettivi. L'ultimo passaggio è legato all'abilità di risposta con l'utilizzo al meglio di abilità verbali e non, del momento giusto (*timing*) e dei contenuti.

Il perno attorno al quale ruotano i processi cognitivi è rappresentato dagli schemi sociali, che sono il prodotto di esperienze e apprendimenti, ovvero tracce mnestiche modificabili con nuove esperienze e apprendimenti.

Lo schema sociale, l'autoefficacia, il *coping*, la *resilienza* e le abilità di *problem solving* confluiscono nella competenza sociale, che produce la risposta sul piano comportamentale, oltre che cognitivo, emotivo e somatico. All'emissione della risposta, seguono le contingenze di rinforzo sociale e le conseguenze del comportamento. L'autoefficacia (Bandura, 1996) si combina con il *coping*, la *resilienza* e le abilità di *problem solving* (D'Zurilla, Goldfried, 1974) per dare origine alla *competenza sociale*, che è il modo con cui si gestiscono i problemi sociali (Wallace et al., 1980; Liberman, 1997).

In questo schema sono presenti alcuni degli obiettivi riabilitativi, che saranno approfonditi nei capitoli riguar-

danti i gruppi abilitativi e riabilitativi. In particolare, tra gli elementi strategici riabilitativi da cui non si può prescindere vi è il recupero cognitivo (*cognitive remediation*), riguardante soprattutto i processi di attenzione, di concentrazione e di memoria operativa. Non vi può essere infatti alcuna relazione o apprendimento senza i processi di attenzione condivisa, che a tutti gli effetti possono essere considerati i mattoni costitutivi della riabilitazione psichiatrica.

A tutt'oggi purtroppo sono pochissimi i servizi territoriali che puntano sulla riabilitazione di tali processi cognitivi di base, cui andrebbero aggiunti esercizi analoghi per la percezione, la memoria, la formazione di concetti e la categorizzazione. Qualcosa del genere è presente nell'IPT di H.D. Brenner et al. (1994) dell'Università di Berna (CH).

Un'altra colonna portante del complesso processo riabilitativo irrinunciabile è rappresentata dal *training* di abilità sociali (*social skills training*) e di comunicazione. Nei vari ambiti psichiatrici in cui si pratica la riabilitazione in Italia, raramente sono presenti i *training* di abilità sociali.

Molto spesso si improvvisano attività, sostanzialmente ricreative e socializzanti frutto dell'improvvisazione e qualche volta dell'onda modaiola, ben lontani comunque da quelli che dovrebbero essere i *training* strutturati di abilità sociali.

Occorre infatti distinguere le attività di gruppo specifiche, che coinvolgono i pazienti in attività di socializzazione, dai metodi che utilizzano in modo sistematico le tecniche dell'apprendimento con un approccio strutturato per insegnare e allenare, anche nei contesti di vita reale, le abilità sociali.

Pochi *training* sono ben organizzati e centrati sul miglioramento delle funzioni esecutive, compreso il *problem solving* e le capacità relative alla cosiddetta teoria della mente, elementi essenziali di un *training* sulle abilità sociali. Se non si incide infine sull'implementazione della competenza sociale e sulle risposte ambientali,

intese come contingenze di rinforzo, ben difficilmente modificheremo stili di comunicazione e comportamenti disfunzionali, come solo un buon programma di riabilitazione psicosociale può fare.

5. Modello psicoeducativo

In ambito educativo, abilitativo e riabilitativo si fa spesso riferimento a un metodo psicoeducativo. Sgombriamo subito il campo da ogni equivoco: esiste il metodo cognitivo-comportamentale, a cui fanno riferimento prassi e programmi, mentre non esiste alcun metodo psicoeducativo.

La psicoeducazione è una prassi fatta di interventi psicologici e sociali. Questi interventi sono di gran lunga predominanti nella maggioranza dei disturbi mentali gravi. Il modello psicoeducativo nasce anzitutto a supporto delle famiglie, fino al loro pieno coinvolgimento nei programmi e nella prassi riabilitativa (*parent training*).

Quando si parla di intervento psicoeducativo, in genere si fa riferimento al fatto che il destinatario dell'intervento non è soltanto il paziente, ma anche il suo contesto relazionale, sociale e ambientale. Occorre di fatto migliorarne l'adattamento, cioè — nell'accezione darwiniana del termine — il reciproco condizionamento tra l'uomo e l'ambiente.

Bisogna avere anche una visione molecolare e, quindi, parcellare delle abilità su cui puntare, ma tenere presente anche quella globale o complessa, che sola può portare all'incremento del benessere e migliorare la qualità della vita. I repertori sociali del paziente vengono spesso scomposti in parti più semplici per poter procedere con gli interventi molecolari; in seguito vengono ricomposti gradualmente e progressivamente nella loro complessità.

L'area applicativa degli interventi include la famiglia e tutto il mondo sociale in cui è inserito il paziente. Gli interventi, come anticipato nel capitolo sul modello multimodale, sono volti a influenzare la vulnerabilità bio-psico-sociale, gli eventi stressanti della vita — compresa l'alta emotività espressa di tipo familiare — nonché

i fattori protettivi di *coping* e competenza sociale.

È noto che sofisticati interventi di tipo cognitivo-comportamentale, sviluppati solo all'interno dei centri dove si effettua la riabilitazione, sostanzialmente falliscono, poiché l'apprendimento di abilità risulta limitato a tali contesti, senza che avvenga la generalizzazione nei contesti di vita reale del paziente. Il miglior modo per condividere e generalizzare i risultati ottenuti nelle residenze riabilitative è quello di fare dei corsi di *parent training*, che non sono una terapia della famiglia, ma dei corsi informativi e formativi di teorie e prassi consolidate.

La progettazione terapeutica e riabilitativa deve comunque tenere conto della necessità di intervenire sull'ambiente, sulle persone e sulla vita sociale reale dei soggetti affetti da malattie mentali e, come conseguenza di ciò, disabili. Il programma strutturato per la riabilitazione del paziente schizofrenico, denominato "Terapia Psicologica Integrata" (Brenner et al., 1994), è uno dei più complessi e sofisticati interventi di tipo psicoeducativo. Il programma, come altri simili, ha come riferimento teorico il modello stress, vulnerabilità e competenza sociale.

Tutti i programmi di tipo educativo che si rifanno a tale modello, di stretta osservanza cognitivo-comportamentale, mirano al controllo dei fattori stressanti della vita che influiscono sulla vulnerabilità bio-psico-sociale o a migliorare i fattori protettivi, tra cui quelli idonei a modificare positivamente i processi di adattamento familiare, in grado a loro volta di condizionare il decorso della malattia stessa.

I programmi psicoeducativi o psicosociali, storicamente, hanno sin dall'inizio dimostrato di essere in grado di prevenire le recidive, i ricoveri ospedalieri e di permettere l'utilizzo di dosaggi più bassi di psicofarmaci. Quest'ultimo punto è molto importante, perché genera ricadute positive su vari aspetti cognitivi, tra cui quelli responsabili della cosiddetta sintomatologia negativa iatrogena e di minori capacità di apprendimento. Più recentemente, lo sviluppo di tali programmi ha portato a incidere positivamente sulla qualità della vita dei pazienti e dei loro familiari.

In sintesi, i punti cardine su cui vanno indirizzati gli sforzi degli interventi psicoeducativi sono: la vulnerabilità bio-psico-sociale, gli eventi stressanti, le abilità per fronteggiare adeguatamente i problemi che la vita ci pone e la competenza sociale.

Molto spesso i programmi psicoeducativi sono integrati con terapie farmacologiche. Lo psichiatra che gestisce la terapia è chiamato a pensare a come porre la psicofarmacoterapia al servizio degli interventi riabilitativi, mettere cioè il paziente nella migliore delle condizioni per apprendere e maturare, anche a scapito della non piena risoluzione di alcuni sintomi. Molti psicofarmaci utilizzati in psichiatria e in neuropsichiatria presentano, fra gli altri, un potente effetto sedativo e possono indurre disturbi cognitivi vari su memoria, attenzione e concentrazione ecc., rendendo con ciò problematico e ancora più arduo il pieno recupero funzionale.

Un ultimo punto, che ci preme sottolineare, è che avere una rete di supporto sociale equivale ad avere un paracadute, soprattutto in caso di crisi acuta o di grave scompensamento clinico. Permeare il territorio di possibili punti di riferimento che vadano oltre le possibilità della famiglia significa poter contare su ancore di salvezza e sicurezza. L'esistenza di una rete di relazioni sociali, soprattutto se – almeno in parte – coinvolte nel progetto psicoeducativo, può rendere decisamente migliore la qualità della vita di pazienti affetti da gravi patologie mentali, promuoverne il benessere psicofisico e ridurre il disagio psicologico.

6. Corso di *parent training*

La riabilitazione mediante le procedure psicoeducative, talvolta altamente sofisticate, pur nella loro semplicità corrono il rischio di rimanere entro l'ambito specialistico dove nascono e vengono realizzate, se non si ha cura di coinvolgere i familiari e in genere tutte le persone che svolgono qualche ruolo relazionale di rilievo nella vita reale dei pazienti con disabilità psichiche.

Il corso di *parent training* può essere impostato con

una parte informativa di circa dieci/dodici incontri con gruppi di cinque o sei famiglie. Il tema di ogni incontro è sviluppato dall'esperto di turno, psichiatra, psicologo, educatore... (*trainer*).

Al corso informativo possono partecipare anche le altre figure professionali dell'equipe multidisciplinare, facendo in modo però che non sovrastino numericamente i familiari, a cui va data la precedenza. La partecipazione contemporanea di familiari e operatori rende più fluidi i rapporti tra di loro, permette di condividere le procedure in una sorta di formazione *in service* e rafforza la possibilità di generalizzare gli apprendimenti acquisiti presso le strutture riabilitative e che, spesso, lì rimangono confinati.

Il primo tema da trattare, a cura dello psichiatra, è il modello multimodale, con accenni di psicopatologia e psicofarmacologia. Seguono temi, a cura degli psicologi quali assertività, apprendimento, gestione dell'aggressività e *problem solving*. Si prosegue con gli interventi di Psichiatria Forense di tipo civile e penale. Si completa il corso con l'illustrazione di come si costruisce il Progetto Riabilitativo personalizzato, le procedure specifiche delle tecniche utilizzate e dei gruppi riabilitativi strutturati per la sua realizzazione.

I termini tecnici e il linguaggio scientifico sono semplificati al massimo, anche se non sempre ciò è possibile per non snaturare il rigore concettuale, obiettivo — ovviamente — non subordinato rispetto al comunicare in forma semplice e comprensibile. Durante il corso è opportuno che i relatori si rendano disponibili a spiegare e ad approfondire in modo chiaro i temi trattati.

I temi del corso rappresentano il corpo teorico e pratico, minimo essenziale per formare adeguatamente operatori e familiari alla condivisione delle procedure psicoeducative. La finalità del corso di *parent training* è quella di privilegiare alleanza terapeutica e partnership con i familiari, indipendentemente da chi sa fare di più e meglio, nell'esclusivo interesse delle persone affette da malattie mentali gravi e fortemente invalidanti.

Il *parent training* — partnership tra familiari e operatori

L'esperienza ultratrentennale dell'autore ha evidenziato che le abilità acquisite in un ambiente altamente strutturato, facilmente rimarrebbero limitate a questo contesto se non venissero generalizzate in contesti più naturali e reali, quali l'ambiente di vita familiare o sociale. La formazione dei familiari va intesa come un percorso esperienziale (*parent training*), declinata in due fasi progressive, integrate tra di loro.

Nella prima fase, l'obiettivo principale è quello di trasmettere e insegnare, a cura dell'équipe multidisciplinare, la "cultura di base" delle metodologie e delle tecniche psicoeducative utilizzate nel programma di riabilitazione e abilitazione. Si tratta di un vero e proprio corso di tipo interattivo, in cui la figura del relatore, oltre al compito di informare e dirigere l'incontro, ha quello di fungere da catalizzatore della comunicazione, facilitandola e integrandola.

Nella seconda fase si procede a una presa in carico dei familiari per singole unità, coinvolte in un percorso formativo che li vede affiancati da singoli componenti dell'équipe o, se necessario, anche da tutte le figure professionali che ne fanno parte. Insieme si cerca di agire con coerenza e omogeneità d'interventi. Nella seconda fase, in altri termini, si cerca di realizzare una sinergia tra i "tecnici" e i massimi esperti di vita reale dei propri congiunti, soprattutto mediante l'utilizzo delle procedure di *problem solving*, in quanto tecnica che, prima ancora che aiutare a trovare soluzioni a problemi specifici o a raggiungere obiettivi riabilitativi, permette di condividere e adottare le stesse procedure. L'alleanza con i familiari è riassumibile nei seguenti punti:

- fornire informazioni sulla patologia, sulle terapie e sulle procedure educative tese a limitare la disabilità e consentire la migliore qualità di vita dei pazienti e dei familiari;
- stimolare le famiglie per fare emergere la loro competenza naturale e la loro profonda conoscenza legata

all'esperienza pratica sulla disabilità;

- proporre modelli educativi efficaci ed efficienti basati sull'evidenza in medicina (*evidence based medicine*);
- migliorare la relazione e la comunicazione tra familiari;
- aumentare la capacità di analisi, elaborazione e soluzione dei problemi di tipo educativo;
- migliorare il funzionamento del nucleo familiare mediante l'insegnamento di procedure di *coping* o capacità di fronteggiare eventi di vita potenzialmente stressanti;
- implementare l'utilizzo delle risorse, la strutturazione di spazio, tempo, procedure anche riguardanti l'organizzazione della routine familiare.

Riassumendo, il *training* per i familiari dei pazienti di un centro riabilitativo si può strutturare in due fasi:

1. *fase informativa*, strutturata come un corso con frequenza settimanale, per un totale di dieci incontri della durata di circa due ore. I componenti dell'équipe (psichiatra, psicologo, educatore e altri operatori) incontrano assieme piccoli gruppi di familiari per fornire informazioni sul modello multimodale, la psicopatologia e la farmacoterapia, l'apprendimento, gli stili di comunicazione, il *problem solving*, la struttura del Centro, aspetti giuridici di Psichiatria Forense, i Servizi di Rete sul territorio, il "Contratto Riabilitativo", obiettivi, prassi e metodologia dei vari gruppi riabilitativi strutturati;
2. *fase formativa*, piccoli nuclei familiari vengono coinvolti singolarmente per affrontare tematiche riguardanti obiettivi educativi o per affrontare problemi di gestione. Questa fase è finalizzata a promuovere, coinvolgere e migliorare le abilità dei familiari in qualità di educatori competenti, alla strutturazione dell'ambiente, dello spazio e delle procedure in ambito domestico per ridurre o eliminare disturbi comportamentali, ad apportare cambiamenti adeguati e stabili nella relazione tra familiari e a ridurre l'emotività espressa delle famiglie. Il *problem solving* viene utilizzato come principale procedura per arrivare a

interventi concordati, coerenti con gli obiettivi scelti, omogenei, tali da garantire il processo di generalizzazione delle abilità apprese al Centro. Gli interventi concordati mediante il *problem solving* attenuano la conflittualità tra familiari e operatori, consentendo così di dar corpo a un'alleanza strategica che può favorire la realizzazione di una migliore qualità di vita per gli utenti.

AFFERENZA DEGLI AUTORI

* *Psichiatra Dipartimento Neuroscienze e Salute Mentale ASST
Fatebenefratelli – Sacco, Milano*

** *Direttore Dipartimento Neuroscienze e Salute Mentale ASST
Fatebenefratelli – Sacco, Milano*

CORRISPONDENZA A:

Ascanio G. Vaccaro, a.vaccaro@psicopoli.com

BIBLIOGRAFIA

1. Anolli L. (2002). *Le emozioni*. Milano: Unicopli.
2. Bandura A. (2000). *Autoefficacia. Teoria e applicazioni*. Trento: Erickson.
3. Baron-Cohen S., Tager-Flusberg H., Cohen D.J. (2000), *Understanding other minds. Perspectives from developmental cognitive neuroscience, II ed.* Oxford University Press, Oxford.
4. Branden N. (2006). *I sei pilastri dell'autoestima*. Milano: TEA. ISBN 978-8850210466
5. Brenner H.D., Roder V., Hodel B., Kienzle N., Reed D. e Liberman R.P. (1994), *Integrated Psychological Therapy for Schizophrenic patients*. Bern: Hogrefe & Huber Publishers. (Trad. it. Terapia Psicologica Integrata -IPT-. Programma
6. Cyrulnik B. (2005). *Costruire la resilienza*. Trento: Erickson.
7. Di Nuovo S. (2016). *Attenzione e concentrazione (cd-rom)*. Trento: Erickson.
8. D'Zurilla T., Goldfried M. (1974). *Problem-solving and behavior modification*, Journal of Abnormal Psychology, 78, pp. 107-126.
9. Gallese V., Migone P., Eagle M.N. (2006). *La simulazione incarnata: i neuroni specchio e le basi neurofisiologiche dell'intersoggettività e alcune implicazioni per la psicanalisi*, Psicoterapia e Scienze Umane, n. 3, Milano: Franco Angeli.
10. Gardner H. (2005). *Educazione e sviluppo della mente. Intelligenze multiple e apprendimento*. Trento: Erickson.
11. Giusti E. (1995). *Autoestima. Psicologia della sicurezza di sé*. Roma: Sovera Edizioni.
12. Goleman D. (1997). *Intelligenza emotiva*, Milano: Rizzoli.
13. Harter, S. (1999). *The construction of the self. A developmental perspective*. New York: Guilford Press.
14. Jakubowski P., Lange A.J. (1978). *The Assertive Option: Your Rights and Responsibilities*. Paperback.
15. Legrenzi P. (2005). *Creatività e innovazione: come nascono le nuove idee*. Bologna: Il Mulino
16. Liberman R.P. (a cura di) (1997). *La riabilitazione psichiatrica*. Milano: Raffaello Cortina.
17. Malim T. (1995). *Processi Cognitivi. Attenzione, percezione, memoria e pensiero*. Trento, Erickson.
18. Mc Ginnis E., Goldstein A.P., Sprafkin R.P. e Gershaw N.J. (1992). *Manuale d'insegnamento delle abilità sociali*. Trento: Erickson.
19. Mc Guire, W.J. & Padawer-Singer, A. (1976). *Trait salience in the spontaneous self-concept*. Journal of Personality and Social Psychology, 25: 259-270.
20. Miceli M. (1998). *L'autoestima*. Il Mulino, Bologna.
21. Onofri A., Tombolini L. (1999). *Studi sullo sviluppo della metacognizione e della teoria della mente*, in Quaderni di Psicoterapia Cognitiva, 5, vol. 2 n. 2, 1999.
22. Rizzolatti G., Craighero L. (2004), *The mirror neuron system*, Ann Rev Neurosci, 27:169-92.
23. Saarni C. (1999). *The development of emotional competence*. New York: Guilford.
24. Salovey P. and Sluyter D. J., a cura di (1997). *Emotional development and Emotional Intelligence: educational implications*. New York: Basic Books.
25. Vaccaro A. (2003). *Abilitazione e riabilitazione – Dall'assistenza all'autodeterminazione*. Milano: McGraw-Hill.
26. Vaccaro A. (2011). *Libertà, Autonomia, Indipendenza – Indicazioni e prassi per gli operatori della riabilitazione psicosociale*. Milano: Franco Angeli.

COME SI COLLABORA A PSICHIATRIA OGGI

Tutti i Soci e i Colleghi interessati possono collaborare alla redazione del periodico, nelle diverse sezioni in cui esso si articola.

Per dare alla rivista la massima ricchezza di contenuti, è opportuno, per chi lo desidera, concordare con la Redazione i contenuti di lavori di particolare rilevanza inviando comunicazione al Direttore o la segreteria di redazione, specificando nome cognome e numero di telefono, all'indirizzo redazione@psichiatriaoggi.it

NORME EDITORIALI

Lunghezza articoli: da 5 a 15 cartelle compresa bibliografia e figure.

Cartella: Interlinea singola carattere 12, spaziatura 2 cm sopra e sotto 2,5 cm sin/dx.

Ogni articolo deve contenere nell'ordine:

- Titolo
- Cognome e Nome di tutti gli autori (c.vo, preceduto da di e seguito da asterischi)
- Testo della ricerca
- Affiliazione di tutti gli autori
- Indirizzo email per corrispondenza da riportare nella rivista
- Eventuali figure tabelle e grafici devono trovare specifico riferimento nel testo
- Ringraziamenti ed eventuali finanziamenti ricevuti per la realizzazione della ricerca
- Bibliografia: inserire solo i riferimenti bibliografici essenziali: massimo 25 titoli, numerati, disposti secondo ordine di citazione nel testo, se 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., 1986; 34: 12-19.

Nel testo l'indicazione bibliografica dovrà essere riportata indicando tra parentesi il cognome del primo autore e l'anno di pubblicazione, ad esempio (Cummings, 1986).

I lavori vanno inviati all'indirizzo e-mail redazione@psichiatriaoggi.it in formato .doc o .odt. Nella mail dovrà essere indicato nome e cognome dell'autore che effettuerà la corrispondenza ed un suo recapito telefonico. Nella stesura del testo si chiede di evitare: rientri prima riga paragrafo, tabulazioni per allineamenti, più di uno spazio tra una parola e l'altra, a capo manuale salvo inizio nuovo paragrafo e qualunque operazione che trascenda la pura battitura del testo.



SIP-Lo

Sezione Regionale Lombardia
della Società Italiana di Psichiatria

Presidenti:

Mauro Percudani e Massimo Clerici

Segretario:

Carlo Fraticelli

Vice-Segretario:

Giovanni Migliarese

Tesoriere:

Gianluigi Tomaselli

Consiglieri eletti:

Mario Ballantini
Franco Spinogatti
Gianmarco Giobbio
Luisa Aroasio
Carla Morganti
Federico Durbano
Alessandro Grecchi
Camilla Callegari
Antonio Magnani
Laura Novel
Pasquale Campajola
Giancarlo Belloni
Marco Toscano
Antonio Amatulli
Caterina Viganò

RAPPRESENTANTI

Sezione "Giovani Psichiatri":

Francesco Bartoli
Giacomo D'Este
Filippo Dragona
Claudia Palumbo
Lorenzo Mosca
Matteo Rocchetti

Membri di diritto:

Claudio Mencacci
Giancarlo Cerveri
Emi Bondi
Pierluigi Politi
Emilio Sacchetti

Consiglieri Permanenti:

Alberto Giannelli
Simone Vender
Antonio Vita
Giuseppe Biffi
Massimo Rabboni