

Errepiesse

Rivista su una via italiana alla
riabilitazione psicosociale



QUADRIMESTRALE

ANNO II - N°2 - AGOSTO 2008

Sommario



PRIMA PAGINA

- Editoriale

C'è già una via italiana alla riabilitazione? - in ogni caso un atteggiamento sperimentale -
di Massimo Rabboni

- Un ricordo e un impegno, a trent'anni dalla 180

LA VIA ITALIANA

- La cura del disturbo bipolare: non solo farmaci di Alessandro Lenzi, Francesco Simonetti, Oretta Damiani

IL LAVORO E I SERVIZI

- Riabilitatore ed educatore in psichiatria: similitudini e differenze, una indagine espolariva di Marianna Nespoli, Massimo Rabboni

- Danza e movimento creativo come mezzo espressivo e comunicativo di Marina Pasquini, Rosa Conca, Antonietta Fabio, Maria Stratoti, Graziella Massara, Antonio Napoli, Mario Nicotera

LE REGIONI

- III° Giornata di Studi – Sirp Campania – 28 novembre 2008 – Salerno

RECENSIONI

NORME REDAZIONALI

ARCHIVIO

SCARICA LA RIVISTA

DIRETTORE RESPONSABILE
Massimo Rabboni

COMITATO DI REDAZIONE

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

Presidente: G. Saccotelli
Presidente Eletto: R. Roncone
Presidente Onorario: L. Burti
Consiglieri Onorari: F. Pariante, M. Casacchia, G. Ba, F. De Marco, M. Rabboni, B. 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. Lamnaca
Sardegna: A. Baita
Sicilia: D. Labarbera

SEGRETERIA DI REDAZIONE

Antonella Baita, Cristina Bellazzecca, Lorenzo Burti, Bruno Gentile

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

Gli articoli firmati esprimono esclusivamente le opinioni degli autori.



L'immagine in copertina, intitolata "Il diavolo2", è stata realizzata all'interno del centro salute mentale di Vicolo Terese del 1° servizio psichiatrico di Verona in collaborazione con il pittore Luigi Scapini.

Il laboratorio si è svolto nel periodo novembre 2002 aprile 2003.

Editoriale

C'è già una via italiana alla riabilitazione?

- in ogni caso un atteggiamento sperimentale -

di *Massimo Rabboni*

1. Come un laboratorio.

Luogo di pratiche attestate e consolidate, “accademiche”, e forse per questo necessarie anche se a volte vecchie; luogo insieme di sperimentazione, di creatività e di invenzione, luogo che impone di coniugare la natura rigida dei materiali con un loro uso impreveduto, inatteso e forse mai prima sperimentato, il laboratorio è compiuta metafora del lavoro della riabilitazione psicosociale.

Certo, un laboratorio è un luogo di confronto e di apprendimento del modo di riportare un oggetto/un materiale inerte – un ramo trovato sulla spiaggia d’inverno – in un discorso e in una pratica culturalmente consolidata, a vita nuova e fruibile, oltre che leggibile; fosse anche solo ridipingere di blu il ramo trovato sulla spiaggia perché venuto dal mare, per dire l’ineffabile e l’intangibile; un laboratorio è quindi il luogo dove si restituisce “vita” all’inerte, allo scarto, al relitto e... alla rimanenza.

Allora un laboratorio, il laboratorio è un luogo dove ci si confronta con la storia della cultura attraverso piccole, frammentarie e frammentate cose, operazioni e situazioni, cercando di decifrarne i linguaggi e i modi del farsi nel tempo per allargare i propri occhi e per dilatare la propria sensibilità in un dialogo più o meno vicino, nel tempo e nello spazio, con manufatti e autori; dialogo intessuto anche e soprattutto attraverso la mediazione, nel caso della riabilitazione, delle figure terapeutiche e curanti, a vario titolo, significato e livello.

Credo che sia questo che si sia andato facendo e che si vada facendo in tutti i luoghi aperti in questi ultimi quarant’anni; sia in quelli più con una maggiore declinazione medica sia in quelli con una linea e una declinazione anche educativa, oltre che clinica.

Quindi potremmo dire che in questo grande cantiere, fatto di laboratori locali, o di questo disteso e diffuso laboratorio, fatto di cantieri locali, che è la ricerca di un superamento definitivo (anche dal punto di vista delle nostalgie romantiche di follia come creatività) dell’approccio manicomialistico anche attraverso la riabilitazione, c’è quanto di meglio la storia della psichiatria degli ultimi decenni ci ha lasciato; c’è quanto si è andato inventando e si va inventando via, via per dare dignità al paziente e al lavoro delle diverse figure che si confrontano, occupano e si relazionano con questo.

Questo tema, della dignità, è sempre aperto: è forse questo il nucleo di un approccio laboratoriale e quindi sperimentalistico e sperimentale del “fare oggi psichiatria”, forse la riabilitazione è il versante del “fare” della psichiatria con il paziente incarnato in una dimensione lavorativa e con un approccio clinico e terapeutico aperti, critici, interroganti, dubbiosamente costruttivi, evolutivamente riflessivi.

Vediamo più da vicino e analiticamente i diversi piani e livelli in cui si sta delineando la dimensione e la concettualizzazione di “laboratorio” della riabilitazione psicosociale:

- Il laboratorio è l’ambito privilegiato del fare della riabilitazione psicosociale: è il luogo dove si è iniziati e si continua giorno dopo giorno, alla e la decifrazione dei significati comunicativi e tecnico-operativi dei manufatti e del modo in cui questi sono stati prodotti, affinché chi lo frequenta non resti solo, e sappia di non essere solo nell’avventura di trasformare i materiali; che ci sono pratiche, realizzazioni e modelli a cui potersi “appoggiare”; che c’è una disciplina disponibile anche ai suoi deliri perché esito già di una storia. È quindi uno dei dispositivi privilegiati della declinazione operativa della riabilitazione;

- Ma laboratorio è anche una modalità di lavoro, una modalità di progettazione ed erogazione dell'intervento terapeutico: allora si continua a lavorare, a discutere a confrontarsi, a provare e riprovare come far star bene chi soffre: quindi, qui, per manufatti si intendono, su un livello macrosistemico i progetti di intervento, ma anche, in correlazione, gli assetti organizzativi che prendono i Dipartimenti di Salute Mentale [1]; per manufatti si intendono gli incontri, gli episodi, gli accadimenti istituzionali e organizzativi e gli interventi concreti; per manufatti si intendono il qui e l'ora dell'intervento; un colloquio in una casa, per esempio. Un colloquio in una casa; colloquio che non può non essere collegato ai progetti, agli assetti, alle dinamiche, ai gruppi di lavoro, all'etica dei lavoratori, agli obiettivi normativi e sociali sui quali molto si è lavorato in modo plastico, come in parallelo al farsi della mente dei pazienti. È per questo "farsi", per questo "modellarsi" sulla realtà, per questo "stare dentro, verificandosi continuamente" che si parla di laboratorio.

La riabilitazione, quindi, è primariamente uno spazio, poi un luogo, storicizzato e tramato di presenze, dove si mantiene aperto l'interesse da parte di pazienti e curanti per..., l'andare verso... e dentro il manufatto... che è la cura dal punto di vista di un farsi storico concreto, fattuale, visibile, tangibile e quindi come insieme di gesti, atti, operazioni, interventi e accadimenti e "fatti", cose dette e fatte dall'operatore, ma anche dal paziente; dall'uno con e verso l'altro; in conflitto e in intesa [2].

Andare dentro e oltre a quanto accade e si fa accadere, si ottiene, si costituisce (anche solo aiutando un paziente a cambiare residenza) per tornare poi, in una costante operazione di monitoraggio nonché di verifica e valutazione, agli oggetti e ai materiali con altri livelli di attenzione e sensibilità confrontandosi con altri, diversi da sé per ruolo, competenza, collocazione (vedi la rilevanza del gruppo di lavoro, della formazione, del lavorare per progetti per gli operatori e i diversi laboratori, progetti di restituire interessi e competenze sociali, espressive, cognitive, creative ai pazienti) che si sono posti le medesime domande che il soggetto si è già posto o si può porre [3].

Soggetti il paziente e l'operatore; ambedue confrontantesi con altri, diversi da sé, che hanno vissuto le stesse esperienze. Come si vede c'è una costante relazione che vado affermando fra l'uno (l'operatore) e l'altro (il paziente); un paziente, il soggetto che vive soffrendo e spaventandosi, ma forse anche acquietandosi, perché ha avuto a disposizione un foglio o della creta, come altri avevano già avuto, non può farci dimenticare come, perché si è arrivati a proporgli quello da parte di operatori che possono essere spaventati e intimoriti dei risultati.

Se seguiamo questa attività restituiva di vitalità e se la usiamo come metafora della riabilitazione, allora la riabilitazione, sia come luogo dove la si fa (i servizi per intenderci) sia come luogo metaforico, è il luogo dove il mero richiamo dell'opera, propria e altrui, che pur sempre affascina, diventa attenzione e curiosità e infine desiderio e capacità di comprendere e di andare oltre il proprio punto di vista e il proprio vissuto.

Allora chi è in una situazione di disorientamento e sofferenza – situazione che può essere occasione di fertilità anche se selvaggia e incolta, occasione di possibilità anche se ancora senza alfabeti compiuti – allora, chi è in una disposizione certamente pronta a consonare ma a rischio di confusione, perché in preda a una plasticità informe, se non disordinata, ha bisogno di scontrarsi, confrontarsi e incontrare altro e altri; forme che lo con-formino senza togliergli la sua stessa originalità e individualità, oltre una posizione libertariamente abbandonica. Chi soffre, chi si sente "per aria", e "non a posto", "come disintegrato" ha bisogno di poter dare e ridare forma a qualcosa, fosse pure una macchia caotica che è comunque lì nel centro di un foglio che la contiene e struttura, in un reciproco darsi di senso.

Allora una situazione mentale, che può essere caratterizzata da un ingorgo di non detto, che non trova linguaggi, pur anelandovi, ha anche bisogno, ha soprattutto bisogno di un luogo dove questo non detto possa essere disciolto per lievi, iniziali, accennati esercizi anche di confronto con "modelli", seppur temporanei, che lo codifichino in un possibile ordine; allora c'è bisogno di un adulto che stia accanto a..., che possa essere modello per... proprio in quanto adulto.

Certo allora il laboratorio, che qui è immagine, figura retorica portante non restringibile a un laboratorio fra i tanti che si propongono nei diversi, e si spera sempre più diversi, luoghi della riabilitazione, allude a tutto il lavoro di mettere in contatto chi si “aliena” con gli altri e se stesso.

In luoghi diversi dicevo: se la riabilitazione ha come immagine portante il laboratorio come articolazione dei suoi servizi dove vengono riattivate (ah! L'importanza della tecnica!) le funzioni vitali di un soggetto che potremmo riassumere nel “dire qualcosa di sé” senza confusione e paura, se è di fatto un laboratorio di pratiche e di realizzazioni in una sorta di interdisciplinarietà ancor più evidente e propria della psichiatria, allora la riabilitazione avrà per definizione diversi luoghi dove viene praticata. Non si può non pensare che ad un arcipelago di servizi, occasioni, esperienze, interventi e iniziative che è il corrispettivo di quello della mente di chi soffre; e non può non essere così; la creatività è della riabilitazione perché non può non caratterizzare, per quanto detto sopra, la pratica e la disciplina dell'insieme di operatori e di modalità di intervento affinché possa anche essere, a volte, carattere anche del soggetto curato.

Si vanno sottolineando, come si vede, prossimità, specularità ludica e problematica..., vicinanza.

E in questa vicinanza, che chiamiamo empatia [4] e che costituisce l'elemento fondante il senso del lavoro, riecheggiano anche le relazioni tra la riabilitazione e la cura: ricostruzione di universi di simboli e di significati, tessuti nei contesti di cura attraverso i tempi della parola e della rappresentazione, nei contesti della riabilitazione attraverso le cose e l'azione.

Vicinanza critica, che evoca nuove ed inedite questioni di responsabilità [5] e che sposta potentemente il fuoco della nostra attenzione dal fare al significato di questo fare, all'intenzione del fare, alle dimensioni affettive che vi passano, al contesto del fare; spostamento, in cui le rigidità un po' anglosassoni che spesso sostengono specifici progetti e tecniche devono stemperarsi, a vantaggio di una funzione emotiva e affettiva, relazionale di attribuzione di senso, che non è la somma dei “fattori aspecifici” della riabilitazione, ma ne è il significato sostanziale, ciò che le conferisce una potenzialità rispetto alla risoluzione dei conflitti ed alla deposizione del dolore.

Una potenzialità, anche, rispetto al riconoscimento etico dell'altro, che implica una attribuzione di valore e, con essa, una disponibilità, o una attiva volontà di accostamento. La riabilitazione non dialoga solo con la cura nel suo significato più stretto e una declinazione della cura; se là la *Übertragung* è il transfert, qui ci troviamo di fronte piuttosto all'idea di un salto o di un trasporto, o di un trasferirsi più o meno ben temperato: *Übertragung auf die andere Seite*, andare fino sull'altra riva, raggiungere il soggetto del nostro lavoro e fare qualche cosa insieme con lui, ma non solo per lui.

2. Riabilitazione e cura.

Garanzia fondamentale per l'esito del progetto riabilitativo è cioè quella del suo derivare dal discorso terapeutico, pur senza divenire mai succubo di quest'ultimo; si intreccia, vi corrisponde, dialoga e integra. Questo garantisce da un lato la necessaria, continua distinzione della riabilitazione dalla pratica assistenzialistica; dall'altro, fa sì che gli interventi sociali e le sollecitazioni all'autonomia si adeguino agli effettivi progressi terapeutici e alle risposte dei pazienti sul fronte strettamente clinico aprendo comunque un circuito virtuoso di corrispondenze.

In assenza di una tale interconnessione, la partecipazione dei pazienti al discorso riabilitativo - il loro assumersi la responsabilità della propria cura nel significato completo e complessivo del termine - diviene impossibile, ed invece assai probabile la messa in atto da parte loro di tutti quegli atteggiamenti (quali la vanificazione, la non compliance attiva, l'atteggiamento tossicomano nei confronti della psicosi) che di fatto manifestano la mancanza da parte degli ammalati della volontà stessa di farsi accostare e portar fuori da sé e di sé ciò che li turba e li ammalora. La stessa causa può innescare meccanismi patogenetici (iper-criticismo) nelle famiglie, che possono vanificare il progetto riabilitativo con la sua sistematica svalorizzazione nell'ottica della “profezia che si auto-avvera” di Rosenthal. Questa affermazione porta però con sé due conseguenze, non semplici sotto il profilo della realtà.

La prima è relativa alla necessità di una specializzazione funzionale dei ruoli all'interno del percorso riabilitativo, specializzazione rispetto alla quale il medico si trova nella posizione più critica. Come nel classico caso del fanciullo selvaggio dell'Aveyron [6], il medico Itard interpreta, programma e significa le cose che accadono, elabora le affettività tra il paziente ed il riabilitatore, portando a ragione gli eventi; nella realtà però, la dimensione del fare, di quella consensualità, o spontanea ed affettuosa confidenza che nasce tra chi ha comuni responsabilità ed assolve comuni compiti viene riportata al medico dalla governante, da quella M.me Guerin, che ignora le sequenze di simbolizzazione, ma sa quando porgere o negare il latte al fanciullo Victor. Lo spazio della riabilitazione è, dunque, principalmente spazio della "M.me Guerin" di turno; al terapeuta, compete però la necessità di farsi cornice della vicenda: per il singolo, rispetto alla congruenza tra il fare e le possibilità di fare, e per la struttura, di cui porti la responsabilità, tra il fare della quotidianità ed il pensare intorno ai modelli. Ora sia l'uno sia l'altro, come ci dice la vicenda di Itard, sono esposti al fallimento se l'uno non ascolta l'altra e viceversa; ovvero se ambedue non sono presi in un percorso di ricerca e di sperimentazione di tipo qualitativi. L'ascolto allora è funzione e pratica collante fra l'interno dell'ambito tecnico con l'esterno dell'ambito di intervento; intra ed extra ambito... il terapeuta, il riabilitatore e il paziente restano, dovrebbero coltivare tra loro in una relazione triangolare, in cui conflitti ed alleanze sono ben lontani dall'essere definiti una volta per tutte; stanno tutti e tre, compresa l'area di affetti e interessi del paziente, in un'area "fra".

D'altro canto, in questo dialogo si gioca l'esistenza stessa della riabilitazione psicosociale; stretta tra un'idea assistenzialistica, che si propone di fornire al paziente (fornire e far accettare) soluzioni precostituite, pronte, fruibili, ma del tutto regressive (l'atteggiamento di chi pensa che non si possa dimettere un paziente se non ha pronta una casa dove andare o quello di continuare a fare "officine creative" negli ex manicomii) ed un'idea velleitaria, che nega sostanzialmente la malattia, e propone percorsi addestrativi, come se la follia fosse una questione di tipo ginnico: basta spiegare al folle dove sta sbagliando, e lui guarirà; come se si potesse assumere l'atteggiamento di un istruttore! Come la psichiatria è fundamentalmente una clinica medica, la riabilitazione, che ne è parte, è una funzione clinica, sostenuta, nelle sue ragioni stesse, dalla dinamica della insostituibile, ineludibile e ed evolutiva esperienza che è e/o dovrebbe essere la relazione di cura tra il medico ed il suo paziente.

Una seconda, ancora più ardua conseguenza, riguarda la congruenza tra i bisogni dei pazienti e le fondazioni, la giustificazione, l'inveramento della funzione riabilitativa.

Diversità di strutture, diversità e specificità di interventi significano per altro anche un alto grado di permeabilità non burocratizzata tra ambiti diversi per operatori e pazienti; diversità che consenta di percorrere e sperimentare senza traumi diverse direzioni di moto, ora progressive, ora regressive, in risposta ai cambiamenti del mondo interno del paziente. Questa diversità di strutture richiama la necessità di un altissimo livello di competenza tecnica, che è cosa ben diversa da una generica disposizione, ma anche da una altrettanto generica formazione all'aiuto alla persona a favore di un'adattabilità flessibile di tutti gli operatori legata a saperi ed esperienze ben sedimentate e fatte proprie attraverso una continua analisi dell'esperito e del conosciuto che rimanda alle dimensioni metodologiche in ordine all'apprendere nell/dall'esperienza", andandone poi oltre [7].

Potremo allora dire che in Italia, oggi, la riabilitazione si fonda su due grandi presupposti scientifici; il primo è rappresentato dal concetto di "contesto riabilitativo"; il secondo, dalla affermazione della prevalenza dell'asse di realtà.

"Contesto riabilitativo", concetto di matrice interattivo-costruttivista [8], ci ricorda che la riabilitazione non avviene sulla base di costrutti bipolari intercorrenti tra il paziente ed il riabilitatore, ma sulla base della possibilità di quest'ultimo di attivare processi di recupero del significato attraverso la creazione di contesti comunicazionali strutturanti. La ricostruzione del mondo interiore del paziente, cioè, può essere concepita come il risultato dell'interiorizzazione dei gesti e dei significati del partner, nel contesto dell'atto sociale; in realtà la riabilitazione rimette in atto le funzioni basilari costitutive del tenere e costruire una persona: il modeling e lo scaffolding. In particolare, la comunicazione attraverso simboli significativi (vedi la rilevanza della lettura della

comunicazione su tutti i suoi livelli e modi di farsi e darsi) per entrambi i partner rende possibile la costruzione di sistemi di regole reciprocamente condivisi; nella misura in cui questi vengono interiorizzati, si realizza in ciascuno dei partecipanti alla relazione la consapevolezza dei sistemi stessi (vedi la rilevanza dei momenti di ripresa, di ricordo condiviso, di ricostruzione, di riflessione sui quanto accaduto per i soli operatori, per i soli pazienti e per ambedue insieme), e con questa quella del ruolo e dell'identità dei singoli partecipanti, tra cui il soggetto stesso.

In questa ottica, la mediazione dell'attività sociale consente il passaggio dalla "consapevolezza" alla "consapevolezza di sé", che implica la capacità di una auto-osservazione parzialmente oggettivante. La riassunzione di se stessi nel proprio campo di esperienza, in altre parole, passa attraverso i pensieri e i sentimenti che gli altri esprimono in risposta ai pensieri ed ai sentimenti del soggetto, ed anche attraverso una graduazione della funzione dell'"altro", che va da un "altro significativo" emotivamente connotato verso l'idea dell'"Altro generalizzato", non più vincolato a relazioni attuali con "altri" particolari; è ricostruire la possibilità di essere in specchio a e di, compresi se stessi (vedi la rilevanza della cura della persona e i gruppi di discussione e di conversazione e/o del far qualcosa con...danza e cucina [9]).

Ritorno della struttura riabilitativa sul familiare, in termini di funzioni e di strutture; accettazione di una funzione materna, o genitoriale primaria, che riecheggia la revêrie materna, ma sull'asse della realtà; ritorno sul familiare (o meglio della funzione familiare di una famiglia sufficientemente devota, come la chiama Winnicott), come un ritorno sul luogo del delitto, a depurare i fantasmi, per un'esperienza di familiarità non distruttiva.

È evidente allora come il concetto di "domesticità"[10] residenziale intenda riferirsi alla funzione che l'esperienza insieme della socialità e di un sistema di regole può rivestire rispetto ad un auto-riconoscimento che si fa metafora del percorso di individuazione; è anche evidente come, sotto questo profilo, il problema del contenuto del sistema di regole, (e cioè la tecnica tesa per esempio a favorire la riacquisizione di questa o quella abilità sociale specifica) tenda a divenire rilevante, ma non coercitiva, costringente e punitiva, bensì coesiva. Punto di vista di non piccolo impegno, che può realizzarsi solo in un contesto di scientificità, capace di costruire, sostenere e trasmettere un sapere del e sui legami e sul legame; molto lontano, quindi, dalla possibilità di fare della riabilitazione – e della psichiatria *in toto* – una funzione socioassistenziale.

In questo modello di riabilitazione umanistica ("*una nuova pedagogia della libertà*" per citare Maud Mannoni[11]) ciò che abbiamo soprattutto cercato di mettere in luce sono tre elementi. Il primo, ancora una possibilità forte di attribuire senso al fare quotidiano, che non è ergoterapia, visto che già nel 1969 Winnicott [12] scriveva che per lo psicotico lo scioglimento di una situazione di scacco può essere raggiunto, più che con la cura psicanalitica, con "*i fatti curativi della vita ordinaria: le amicizie, le cure nei periodi di malattia, la poesia, ecc.*" Passaggio dalla illusione ludica, all'oggetto feticcio, all'oggetto transizionale ed infine all'oggetto reale perché prima è stato allucinato, immaginato, sognato e prefigurato in una sopportabile discesa alla "delusione della realtà".

Il secondo elemento è l'accettazione del paziente come di un "oggetto incollocabile", la cui instabilità, provvisorietà e precarietà degli investimenti e dei legami (anche di quelli che lo uniscono a noi) sono ipoteca della possibilità che l'oggetto vanificato dalla realtà si trasformi in un soggetto, disposto a vivere per se stesso.

Il terzo, il rapporto di sostegno e alla stabilità, e al cambiamento, per le famiglie – i genitori – degli ammalati. "*Colpevole o no di aver troppo amato, o amato male, questa famiglia gettata nell'angoscia va aiutata, in modo che il "malato" possa migliorare al di fuori della famiglia*" [13]. Questo si può fare, attraverso la messa a disposizione di un posto, dove la presenza e l'assenza dei genitori/familiari possano trovare una loro scansione, ma dove possa poi esistere una rete di rapporti esperienziali anche emotivi, non troppo "specialistici", con persone in grado di accettare la loro propria vulnerabilità e di lasciarla vedere ad un malato, che sarà finalmente sostenuto dalla speranza, di non essere, lui solo e lui sempre, il più debole.

3. Una ripresa, e la conclusione.

Eravamo partiti dal laboratorio, metafora del nostro lavoro quotidiano; laboratorio che è il luogo dove si favoriscono, in un'esposizione da una parte richiamante e dall'altra diversamente spaesante, intuizioni, illuminazioni e relazioni in cui si evidenziano possibilità e poi conformazioni prima o non pensate o pensate come spaventose dal soggetto, che non si meraviglia più della propria eccentricità. Laboratorio, come deposito di oggetti una volta vitali, ma pronti e già frementi di esserlo ancora; laboratorio che, nel suo essere uno spazio separato, un ambito con tempi suoi e a parte, un'oasi di tempo non pragmaticamente e funzionalmente produttiva, è un luogo che induce a una sorta di sospensione della predominanza della razionalità a favore della capacità di emozionarsi, portando queste emozioni a ragione attraverso strutture e prodotti; strutture e prodotti che hanno radici e ragioni assolutamente incardinate nel corpo, inteso come luogo di affermazione, nel mondo, della soggettività.

E, così, alla fine, è il nostro lavoro di ogni giorno; è l'idea che il nostro fare possa essere, certo illusionalmente e in uno stato di *revêrie* fluttuante che si apre e si dischiude anche alle allucinazioni, concretamente vivo; perché è solo coltivando le potenzialità date dall'apertura al "*rovescio della ragione*" che può offrire la malattia mentale che può esserci un'attività laboratoriale sia per chi ne soffre, sia per chi la cura, sia per chi la tratta nello stesso tempo e in tempi separati per ognuno dei soggetti. Attività laboratoriale che, come ci richiama la storia della parola, implica un lavoro intorno all'inerte affinché questo prenda vita attraverso l'incontro con le mani, espressione esplicita della possibilità di essere artefici *ancora e comunque* di qualcosa, di poter dar vita a qualcosa che vivrà poi una *sua* dimensione e una *sua* realtà, *oltre e altra* dalla nostra; onnipotenza alchemica, che ha fatto molti artisti o scienziati, ma che possiede e penetra e pervade anche molti nostri malati, ma che dobbiamo saper fare nostra per restituire a loro, almeno, realtà, dicibilità e ragione.

Bibliografia

- [1] Bronfenbrenner U. *Ecologia dello sviluppo umano*, Il Mulino, Bologna, 1986.
- [2] Rabboni M. *Lo sfondo affettivo in riabilitazione: pensare e progettare luoghi di vita e di cura*. In: F. Pesavento, D. Lamonaca (eds.) "L'arte del possibile. Percorsi di riabilitazione nelle strutture intermedie della psichiatria" La Garangola, Padova, 2003.
- [3] Rabboni M. *Dare abitudini, avere abitudini: i valori etici della quotidianità* Italian Journal of Psychopathology, Volume 11, March 2005, Supplement, pagg. 33-34.
- [4] Ba G. *Strumenti e tecniche di riabilitazione psichiatrica e psicosociale*, FrancoAngeli, Milano, 2003.
- [5] Rabboni M. (a cura di) *Etica della riabilitazione psichiatrica* Franco Angeli, Milano, 1997. pp. 192.
- [6] Rabboni M., Caggio F. *Ancora su Victor* Psichiatria e territorio. Vol. XIII, 1, 1997.
- [7] Rabboni M. *Costruzione e trasmissione della conoscenza in riabilitazione psicosociale*, in: M. Rabboni (a cura di) *Sapere e saper fare. Costruzione e trasmissione di conoscenza in riabilitazione psicosociale*" Pacini Editore, Pisa, Gennaio 2005, pagine 15-20.
- [8] Vygotskij L.S. *Thought and Language*, MIT Press, Cambridge, Mass., 1962.
- [9] Heller Á. *Sociologia della vita quotidiana* Editori Riuniti, Roma 1981.
- [10] Rabboni M. *Ritornare a casa nova*, in: M. Rabboni (ed.) "Residenzialità. Luoghi di vita, incontri di saperi." Franco Angeli, Milano, 2003.
- [11] Rabboni M., Caggio F. *Un luogo per vivere. Ricordo di un'esperienza di "istituzione esplosa"*, *Formazione Psichiatrica* 4, 1995, pp. 505-512.
- [12] Winnicott D.W. *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Payot, Paris, 1969, p.137.
- [13] Mannoni M. *Un luogo per vivere*. Emme Edizioni, Milano 1977.

Un ricordo e un impegno, a trent'anni dalla 180.

Ricorre nel 2008 il trentesimo anniversario della approvazione della Legge 180. E' un anno di celebrazioni, in quasi tutti i servizi psichiatrici italiani, ma ancora di più in quelli orientati alla riabilitazione: riabilitazione di cui la 180 ha reso possibile l'esistenza ed il significato. E' anche un anno di riflessioni: nulla è immutabile, nulla è perfetto, anche se forse di quella legge non è stata ancora abbastanza valorizzata la capacità di essere cornice etica al lavoro dei servizi; di essere norma che ha, nella sua assenza di dettaglio, aperto enormi spazi di pensiero, invenzione, costruzione e confronto.

Puntuali come all'inizio di ogni legislatura sono state depositate in Parlamento le prime proposte di riforma di quella legge; certamente più tecniche e meno ideologiche di quelle che avevano inquietato gli operatori (ma anche i familiari e gli utenti) negli scorsi anni, tuttavia ancora caratterizzate da un grande bisogno di precisare e regolare minuziosamente la cura di ciò che è, per definizione, sregolato.

Il Direttivo della SIRP, per iniziativa della Presidenza, ha scelto di aprire al proprio interno, anche con l'attivazione di un blog, un dibattito su queste proposte; dibattito che, certamente, allargandosi ai Soci, costituirà uno dei temi di interesse del prossimo periodo.

La nostra rivista vuole festeggiare questo anniversario, ricordando soprattutto, della legge, la valenza etica, ma anche ricordando che, nel nostro mestiere, etica, tecnica e buone pratiche sono assai difficilmente scindibili; vuole poi mettersi a disposizione della SIRP come strumento di lavoro, per ospitare riflessioni sulla organizzazione dei servizi sia degli organi societari, sia dei singoli colleghi – riflessioni che, forse, ancora per non poco andranno a disegnare nuovi, ed anche inediti scenari, iscritti però nella cornice a noi tutti familiare.

Buon ritorno al lavoro!

m.r.

La cura del disturbo bipolare: non solo farmaci

di Alessandro Lenzi*, Francesco Simonetti**, Oretta Damiani**

Abstract

For many years Psychiatric Rehabilitation (PR) has focused exclusively on schizophrenia spectrum disorder patients. Over the last decade, several studies have highlighted the need for PR in mood disorders, especially in Bipolar Disorder (BD). In 60% of cases BD has a chronic or an unfavourable outcome and only 40% of patients discharged from a psychiatric hospital after an acute mood episode is able to recover the level of performance. Poor adherence to psychopharmacological therapy, persistence of residual symptoms and vital stressful events worsen the course of disease; therefore, external intervention is needed in order to assist both the patient and the family in the management of difficult behaviours. Rehabilitative techniques are aimed at increasing insight and compliance, improving social abilities and family involvement and reducing cognitive impairment to improve the quality of life and to enable a rapid and stable reintegration of bipolar subjects. Recent studies have yielded good results but must be confirmed by long-term researches and repeated in different national contexts.

La Riabilitazione Psichiatrica (RP) può essere definita come l'insieme di procedimenti, tecniche e strategie rivolte ad evitare la cronicizzazione, a migliorare il funzionamento e a favorire il recupero sociale delle persone affette da malattie psichiatriche. Nella RP l'attenzione viene focalizzata primariamente sui singoli deficit funzionali dell'individuo e la diagnosi passa in secondo piano. Il programma riabilitativo è basato difatti, più che sugli aspetti meramente psicopatologici, sull'esame delle capacità residue del paziente, sulle sue potenzialità e sull'analisi ed il coinvolgimento della famiglia e del contesto culturale in cui vive.

Con questa premessa parlare di RP nel Disturbo Bipolare (DB) può sembrare inutile dato che, per questa patologia, da oltre 40 anni sono a disposizione farmaci efficaci sia nelle fasi acute che nella profilassi. Malgrado ciò, nel 60% dei pazienti bipolari il disturbo ha un decorso cronico o un esito sfavorevole. Questo mette in risalto il relativo valore del solo intervento psicofarmacologico ed evidenzia come, in una grande parte dei pazienti, sia necessario associare interventi psicoterapici o psicosociali [1].

Non è solo sui pazienti *non responders* che può agire un intervento riabilitativo, ma è necessario favorire anche l'aderenza alle cure farmacologiche, considerato che tra il 20 ed il 55% dei soggetti non segue adeguatamente la terapia prescritta [2]. Gli eventi stressanti incidono significativamente sul decorso della patologia ed è indispensabile un intervento esterno che aiuti, sia il paziente sia la famiglia a gestirli [3].

I comportamenti patologici che contraddistinguono le fasi depressive e maniacali del DB, minano gli equilibri familiari ed il ruolo sociale e lavorativo del paziente; l'intervento farmacologico non influenza questi aspetti essendo finalizzato primariamente al controllo dei sintomi. Anche il deterioramento cognitivo riduce le performances sociali dei pazienti ed alimenta lo stress soggettivo, favorendo le ricadute ed istaurando quindi una spirale negativa che peggiora la prognosi e conduce alla "via finale comune" delle malattie mentali croniche [4].

La pratica della RP impiega essenzialmente due strategie di intervento: 1) sul singolo, con il miglioramento delle competenze individuali e delle abilità di fronteggiamento e favorendo lo sviluppo di abilità personali e sociali; 2) sull'ambiente, mediante l'utilizzo e l'espansione delle reti di risorse naturali (famiglia, amici, parenti, volontari, associazioni, ecc.) e professionali (operatori socio-sanitari, strutture residenziali e semi-residenziali, strutture lavorative protette, ecc.).

Non esistono vere linee guida, né vengono utilizzate tecniche ben definite; la quotidianità della RP è pragmatica e rappresenta la sintesi di una varietà di tecniche specifiche.

Il lavoro terapeutico dei tecnici della RP si esplica mediante la condivisione delle normali attività quotidiane, quali: la cura del sé e dell'ambiente, l'organizzazione della giornata e del tempo libero, lo sviluppo di abilità relazionali e lavorative che appartengono alla vita di ognuno e che risultano compromesse nelle diverse forme di disagio psichico ed in particolare nei quadri psicotici.

L'attività riabilitativa è svolta da una *equipe* costituita da operatori con formazioni e compiti molto diversi, la cui integrazione e collaborazione è indispensabile per una buona riuscita. Le figure professionali coinvolte sono: il medico, deputato al controllo psicofarmacologico e/o psicoterapeutico del disturbo ed alla rilevazione e cura di eventuali problemi internistici; l'infermiere, per la somministrazione dei farmaci e l'assistenza alla persona; il tecnico della riabilitazione che programma e mette in pratica i progetti riabilitativi, divenendo il vero *case management* del paziente; lo psicologo, per un intervento psicoterapeutico mirato ad evidenziare eventuali conflitti tra paziente e familiari; l'assistente sociale, per aiutare il paziente ad affrontare i problemi economico-sociali (abitazione, sussidi, inserimenti lavorativi) e mediare tra questi e la società. Infine il paziente che è l'elemento più importante dell'*equipe*, tanto che ogni tappa del programma riabilitativo deve essere attuata con il suo coinvolgimento attivo. La RP può essere fatta solo in stretta collaborazione con l'utente e deve basarsi su programmi individualizzati che tengano conto sia della diagnosi che della situazione familiare, sociale, abitativa, lavorativa e del livello culturale di funzionamento precedente. L'esito favorevole del processo è determinato dal livello di aspettative positive di tutta l'*equipe*.

Lo spostamento dei modelli assistenziali dall'ospedale al territorio ha portato la famiglia ad assumere un ruolo di primaria importanza nella gestione del disturbo mentale e, di conseguenza, nell'intervento riabilitativo. Per la necessità di ridurre la durata delle ospedalizzazioni, i pazienti sono dimessi in condizioni di remissione parziale ed una parte del carico assistenziale a lungo termine si riflette inevitabilmente sui familiari (*caregivers*), i quali soffrono l'insufficiente sostegno da parte dei servizi di salute mentale.

Convivere con un paziente psichiatrico significa spesso dover rinunciare alla propria vita relazionale e sociale ed abbandonare ogni velleità di carriera lavorativa o di svago, in quanto il loro comportamento imprevedibile impedisce la programmazione di qualsiasi impegno, anche a breve termine. A questo si aggiunge lo stigma sociale che si allarga anche ai familiari ed il decadimento della propria abitazione. Ne consegue che il nucleo familiare si disgrega ed ognuno cerca di mantenere il proprio equilibrio psico-fisico, allontanandosi emotivamente e a volte anche fisicamente dalla situazione. Per alleggerire il carico assistenziale che frequentemente grava solo su uno o due dei familiari, è indispensabile costruire un piano riabilitativo basato sul loro supporto. I *caregivers* possono essere di grande aiuto contribuendo con le loro idee e con le loro energie a risolvere i problemi che la malattia mentale comporta, quindi, non più interlocutori passivi degli operatori, ma membri attivi dell'*equipe* riabilitativa. Nell'ottica della RP la famiglia ha un ruolo nuovo, non più vista come causa della malattia psichiatrica, ma come principale risorsa e soggetto privilegiato nella sua gestione. Nell'ultimo decennio i familiari hanno acquisito la coscienza dei propri diritti di utenti dei servizi sanitari, dando vita al fenomeno dell'*associazionismo familiare*, che ha permesso loro di intervenire nelle scelte politiche e nella allocazione delle risorse destinate all'assistenza psichiatrica, sia a livello locale che nazionale.

Storicamente la RP era nata per la necessità di insegnare le quotidiane norme sociali al paziente dimesso dai manicomi, annullato da anni di deprivazione umana, sociale e culturale, distaccato dalla famiglia e dagli amici e privo di un lavoro. Lo scopo iniziale era quello di permettere ai degenti manicomiali di reinserirsi nella società, rafforzando la coscienza della propria individualità e volontà e rieducando le persone che erano state per anni "annullate" nella istituzione, ad occupare il loro tempo. L'attività consisteva in interventi di animazione, intrattenimenti e programmi non individualizzati di socializzazione. Questo approccio estemporaneo, nato sulle ali dell'entusiasmo e della necessità contingente, si è dimostrato efficace per quel tipo di pazienti; ma adesso, a quasi trent'anni dalla legge 180, quella popolazione è praticamente scomparsa dall'osservazione degli psichiatri. Per anni la RP si è rivolta solamente a pazienti affetti da disturbi appartenenti allo Spettro

Schizofrenico ma, nell'ultimo decennio, si sono aggiunti il Disturbo Borderline di Personalità, la Doppia Diagnosi, il Disturbo Ossessivo-Compulsivo ed i Disturbi dell'Umore, in particolare il DB. La Depressione Reattiva ed il Disturbo dell'Adattamento con Umore Depresso, più che un intervento riabilitativo, necessitano di un supporto psicoterapico di tipo sia cognitivo-comportamentale che di sostegno, finalizzati ambedue a capire e a superare l'avvenimento. Più complicato l'approccio nella Depressione Cronica e nella Distimia, nelle quali il paziente ha disimparato a vivere ed è necessario un vero intervento riabilitativo, che lo aiuti a recuperare prima la propria autostima, poi l'autonomia ed infine le capacità sociali e la voglia di vivere.

MOTIVI DELL'INTERVENTO RIABILITATIVO NEL DISTURBO BIPOLARE

Krapelin, nel 1921, affermava: "La psicosi maniaco-depressiva ha una prognosi favorevole con un completo recupero del normale funzionamento". L'assenza del deterioramento nel DB e negli altri disturbi dell'umore ha costituito, per quasi un secolo, un assioma della psichiatria, un basilare segno differenziale, insieme al diverso decorso di malattia, tra *demenza praecox* e *psicosi maniaco-depressiva*.

Ad oggi, è noto invece, come il paziente bipolare abbia grandi difficoltà a recuperare completamente il suo "normale funzionamento". Certamente mantiene l'inserimento familiare, spesso lavora e possiede una limitata parvenza di vita sociale, ma perde il suo ruolo e la stima del suo ambiente. Ne consegue che nel DB, la RP, deve cercare di costruire una "riabilitazione giuridica", che miri a superare lo stigma conseguente ad un Episodio Maniacale, Misto o Depressivo grave. I problemi che seguono ad un episodio affettivo dipendono dall'ostracismo sociale, che rende difficile i rapporti interpersonali nella quotidianità. L'epoca di esordio e la lunga durata della malattia bloccano in un momento basilare della vita (tarda adolescenza o prima giovinezza) la crescita esperienziale, cosicché il soggetto, una volta risolto il quadro clinico, si ritrova distaccato dagli amici, estraneo al loro *background* culturale ed inesperto. Il disturbo gli ha impedito di percorrere le tappe salienti della propria età, come rapportarsi con i coetanei, prendere confidenza con l'altro sesso, avere l'iniziativa e conseguire l'autonomia. La sua inesperienza lo espone a frustrazioni che diventano fonte di stress e facilitano le ricadute. Ne consegue una chiusura totale dall'ambiente ed una progressiva dipendenza dalle strutture assistenziali.

Da questo deterioramento psichico e sociale scaturisce la perdita o la non acquisizione di una occupazione retribuita che porta a difficoltà di carattere economico ed accentua le problematiche sociali. Nei quadri ad esordio tardivo il paziente si trova, nell'arco di pochi mesi, ad essere considerato inaffidabile con un conseguente danno alla sua carriera lavorativa. In famiglia, nonostante mantenga i legami affettivi, si riduce il suo *empowerment* e la sua autostima.

In passato, la lunga durata degli episodi di malattia (Tab. 1), teneva l'individuo isolato dalla società per anni. Egli, al suo eventuale ritorno, si trovava ostacolato dallo stigma e dalla deprivazione cognitiva che lo aveva afflitto durante la permanenza in manicomio. Con l'introduzione della terapia elettroconvulsivante e con l'avvento degli psicofarmaci, la durata dell'episodio si è ridotta, fino a diventare simile a quella di gravi patologie somatiche ma, di contro, è aumentato il numero degli episodi (Tab 2). Inoltre, alla scomparsa dei sintomi non corrisponde un recupero del funzionamento psicosociale, tanto che solo il 40% dei pazienti dimessi dopo un ricovero per un episodio affettivo, è in grado di recuperare il livello di rendimento precedente. Prestare attenzione solo al sintomo, tralasciando il grave impatto che la malattia ha sul funzionamento d'insieme, significa rassegnarsi ad un risultato imperfetto, che espone il paziente a stress quotidiani evitabili che facilitano l'insorgenza dei nuovi episodi.

Esperienze cliniche recenti indicano la presenza di deficit cognitivi, non solo durante gli episodi di malattia, ma anche durante le fasi di eutimia e suggeriscono la presenza di un substrato biologico correlato. Questi deficit, sono inferiori a quelli riscontrabili nei pazienti schizofrenici, ma incidono allo stesso modo sulla capacità del soggetto di adattarsi alle nuove situazioni e di progettare il futuro.

OBIETTIVI DELLA RB NEL DB

Esiste unanimità scientifica comprovante l'efficacia degli stabilizzatori dell'umore come *conditio sine qua non* per il mantenimento della condizione di benessere nel paziente bipolare. Nonostante ciò, il rischio di ricaduta a 5 anni è di circa il 30% nel soggetto in terapia con sali di litio e del 50% se assume Carbamazepina. Attualmente si sta diffondendo, con risultati promettenti, l'uso dei nuovi antipsicotici nella terapia di mantenimento del DB, ma il tempo di osservazione è ancora troppo breve per avere un quadro definitivo [5]. È dunque certa l'esistenza di fattori non biologici correlati alla malattia che ne peggiorano il decorso e sui quali i farmaci sono inattivi.

Molte ricadute sono dovute alla scarsa adesione al trattamento di profilassi. La sensazione del paziente di essere controllato e "frenato" dalla terapia e dai curanti è determinante nel fallimento della compliance farmacologica.

Durante la fase eutimica il 90% dei pazienti bipolari ha pensato almeno una volta di interrompere le cure psicofarmacologiche, il 50% le ha sospese autonomamente almeno una volta ed il 30% più volte e solo un quarto dei soggetti che rispondono al litio continua ad assumere il farmaco dopo 5 anni.

La spada di Damocle di una ennesima ricaduta e la conseguente inutilità di organizzare progetti a lungo termine, compromette la stabilità emotiva ed abbatte l'autostima della persona, conducendola ad un rassegnato appiattimento di attività ed aspettative.

Altro fattore da considerare nel supporto psicosociale del paziente bipolare è la persistenza dei sintomi residui, presenti nel 70% dei casi. Benassi attribuisce alla sintomatologia residua un effetto *kindling*, che rappresenta la peggior predittrice di decorso ed incide negativamente sulla qualità della vita. Per ovviare a questo è stata proposta l'associazione sequenziale tra farmaci nella fase acuta e psicoterapia di supporto e cognitivo-comportamentale nelle fasi intervallari.

Nelle malattie mentali il rapporto medico-paziente riveste un'importanza sicuramente maggiore rispetto alle altre specialità mediche, nelle quali questo rapporto è mediato principalmente dalle indagini strumentali. Lo psichiatra deve seguire una pratica eclettica e multimodale che tenga conto, oltre che della malattia, anche della personalità del soggetto e del contesto culturale in cui vive, al fine di ottimizzare il progetto terapeutico.

TECNICHE DI RIABILITAZIONE NEL DB

La classica RP, che aveva come obiettivo l'intrattenimento, la socializzazione e la cura del sé, appare ad oggi inutile e fuori luogo e può avere valore solo nei casi più gravi di malattia. Nella pratica clinica quotidiana è più adeguato parlare di un allargato *concetto dell'assistenza*, in cui si associ l'approccio biologico a quello psicosociale. Ciò permette sia di controllare le fasi acute e ridurre il numero degli episodi di malattia, che di aumentare l'insight, migliorare la compliance al trattamento, combattere l'esclusione sociale ed il deterioramento del ruolo e rallentare il deficit cognitivo [6].

Le tecniche più diffuse, legate all'approccio psicosociale, quali l'intervento psicoeducazionale e la terapia cognitivo-comportamentale (TCC) condividono una serie di principi comuni [7]. Entrambe fanno riferimento al modello stress-vulnerabilità; non trascurano gli aspetti biologici della malattia, per cui puntano al miglioramento della compliance farmacologica; rinforzano i meccanismi di *coping* già posseduti; rispettano le differenze individuali degli utenti e dei familiari che vengono coinvolti come "alleati" nel processo riabilitativo.

Fin dalla costituzione delle prime Cliniche del Litio [8], i medici, consapevoli dei limiti del solo intervento farmacologico nella cura e nella profilassi del DB, si avvalevano di un intervento psicoanalitico e/o psicoeducazionale. Mentre il primo è stato quasi abbandonato, maggiore diffusione ha avuto l'approccio psicoeducazionale per la sua semplicità e riproducibilità.

Quest'ultimo, derivato dall'esperienza di Leff e Falloon nelle famiglie di soggetti schizofrenici ad alta emotività espressa [9], è finalizzato a migliorare la comunicazione e a fornire pragmatiche informazioni sulla malattia e sui farmaci, in modo da rendere i familiari, non più passivi o nocivi

spettatori, ma validi collaboratori. Le specifiche componenti dell'intervento sono l'informazione sui sintomi, sul decorso e sul trattamento della malattia e l'insegnamento di strategie di comunicazione per il miglioramento delle competenze della famiglia nella gestione dello stress generato dalla malattia. Attraverso incontri settimanali si insegna a convivere con la malattia e ad accettarla, si creano motivazioni stimolanti l'autostima, si rinforza la compliance farmacologica e si cerca di incrementare il funzionamento sociale e lavorativo. Intervenire su una o più famiglie dà luogo ad esiti differenti. Sulla singola famiglia l'assistenza è più specifica ed affronta i problemi inerenti la gestione del malato, del suo comportamento e della terapia, ma spesso coinvolge solo il *caregiver* che vede così sottolineata la sua solitudine nel compito che si è imposto. Allargando l'intervento a più gruppi di famiglie si facilita la nascita dello spirito di squadra, di emulazione e di condivisione che costituiscono la base delle psicoterapie di gruppo, ma si perde il vantaggio di lavorare su un contesto esclusivo.

Studi statistici hanno mostrato risultati discordanti nell'impiego della terapia psicoeducazionale nel DB. Un lavoro condotto da Miklowitz ha rivelato un minor tasso di ricaduta, intervalli liberi più lunghi ed una migliore gestione dei sintomi depressivi, ma scarsa efficacia sugli episodi maniacali [10]. Miller non ha riscontrato differenze di esito aggiungendo alla terapia farmacologica un intervento psicoeducazionale su singola famiglia o gruppi di famiglie [11]. La *Intensive Family Intervention* di Clarkin ha dato risultati positivi solo nelle donne e nei soggetti affetti da depressione unipolare [12].

Oltre all'intervento sulla famiglia sono stati organizzati interventi psicoeducazionali anche sulla coppia. Confrontando questi ultimi con coppie seguite routinariamente sul territorio è stato riscontrato un migliore funzionamento sociale e familiare del campione e non sono state registrate separazioni o fallimenti coniugali. Uno studio di Van Gent, condotto sul coniuge del paziente bipolare, non ha evidenziato miglioramenti clinici o della compliance, anche se il paziente ha mostrato maggiori conoscenze della malattia e delle possibili terapie [13].

Un altro intervento riabilitativo proposto nel DB è la Psicoterapia Interpersonale e dei Ritmi Sociali (IPSRT) che ha dimostrato come le relazioni interpersonali abbiano valenze negative o positive sul decorso della malattia e siano capaci di provocare le alterazioni neurotrasmettitoriali alla base della malattia [14], (Fig. 1). Come cofattori patogenetici si aggiungono gli errori del ritmo circadiano, che facilitano l'insorgenza di nuove ricadute.

Una conferma indiretta a tale assunto proviene da un interessante ed originale studio condotto su soggetti bipolari durante il mese del Ramadan, periodo in cui nel mondo religioso islamico vengono invertiti gli orari delle attività quotidiane. Il 45% dei pazienti in fase eutimica e con valori litiemici nella norma, presenta un nuovo episodio affettivo nel periodo di osservazione [15].

La IPSRT si basa su un tipo di intervento psicoeducazionale in cui vengono fornite, in un primo momento, le notizie sulla malattia e sui farmaci ed in seguito vengono raccolte le informazioni anamnestiche atte a focalizzare i problemi interpersonali e a definire le attività quotidiane, per enucleare eventuali comportamenti che alterino il ritmo circadiano. Nella IPSRT si stabilisce quanto riposare, lavorare e divertirsi e come gestire gli inevitabili cambiamenti di vita, in particolar modo quelli imprevisti. In altre parole si educa la persona a vivere serenamente e senza eccessi, con orari ed attività lavorative e ludiche che non creino stress né a livello fisico che psichico. Questa tecnica si è dimostrata particolarmente efficace contro le ricadute maniacali, ma poco incisiva su quelle depressive.

L'approccio della TCC al paziente bipolare, si basa su un primo passaggio in cui viene spiegato il modello di TCC applicato e in cui vengono delineati gli obiettivi. In seguito, viene elaborato un piano individuale che fornisce le tecniche specifiche per la gestione dei sintomi e dei pensieri "disadattativi" e che affronta il problema della compliance [16]. Studi di confronto tra pazienti in TCC e pazienti seguiti con la sola terapia psicofarmacologica, non hanno dimostrato nel decorso differenze sostanziali e durature. Palmer e Williams hanno trattato con TCC sei soggetti affetti da DB, ma meno della metà ha mostrato risultati significativamente positivi. Zaretsky, in una esperienza simile, ha avuto più di un quarto di drop out e risultati positivi limitati [17]. Associando

l'intervento Psicoeducazionale alla TCC, sono stati riportati risultati significativamente migliori rispetto ad una sola tecnica psicoterapica.

Larga diffusione nella pratica clinica, sta acquisendo la terapia di gruppo, soprattutto del tipo "hic et nunc". Questo metodo, date le caratteristiche del quadro sintomatologico non è indicato nella fase acuta del DB, ma può essere di aiuto durante le fasi intervallari. Alcuni studi, condotti su piccole coorti di pazienti in fase eutimica, hanno evidenziato che l'associazione della terapia di gruppo a farmaci stabilizzatori consente una netta riduzione del tempo di ospedalizzazione medio, che passa da 17 a 4 settimane [18].

Un obiettivo basilare della RP è il superamento dello stigma che la nostra società continua ad imprimere indelebilmente ai pazienti psichiatrici. Le malattie mentali sono ancora le uniche che piuttosto che suscitare comprensione, partecipazione e solidarietà creano diffidenza e timore. Un episodio depressivo di lunga durata e maggiormente un episodio maniacale, comportano per la persona la perdita della stima dei colleghi, un'interruzione della carriera lavorativa e la formulazione di un giudizio di inaffidabilità da parte dei familiari. Cessato l'episodio, la maggiore difficoltà a rientrare nella quotidianità, è la reazione della società nei confronti dell'individuo. Si tratta di pregiudizi basati sull'esperienza di secoli e difficilmente modificabili, in quanto ormai radicati nel modo di pensare della popolazione. A questo proposito si stanno dimostrando efficaci i gruppi di Auto-Mutuo-Aiuto (GAMA) che, dopo il modello della *Fountain House* dell'immediato dopoguerra, si sono diffusi negli Stati Uniti negli anni '70 e dieci anni dopo anche in Europa. Promuovono l'emancipazione delle persone affette da malattie mentali attraverso progetti condotti autonomamente o in collaborazione con i servizi sanitari. I principi fondamentali sono: partecipazione volontaria; gerarchia estremamente ridotta; approccio più umano che medico; relazioni interpersonali significative; presa di coscienza ed auto-determinazione che creano un aumento dell'autostima e del rendimento sociale. Le strategie prioritarie di intervento sono rappresentate dall'informazione, dalla difesa dei diritti, dall'aiuto individualizzato e dal coinvolgimento delle istituzioni politiche.

L'autonomia dei GAMA si è concretizzata in molte realtà con il distacco dai servizi psichiatrici territoriali e con l'organizzazione autonoma dei corsi per "facilitatori", ex pazienti psichiatrici che hanno il compito di aiutare i nuovi utenti ad uscire dal ghetto della emarginazione e della malattia. Questi corsi, diffusi in Toscana ed in altre regioni del centro nord, sono finanziati con fondi reperiti direttamente dai soci dei GAMA.

Esistono GAMA monodiagnosi, orientati prevalentemente verso la cura e la risoluzione dei problemi contingenti, e GAMA aperti a tutti, in cui prevale l'aspetto riabilitativo e sociale.

Il paziente bipolare trova aiuto nei GAMA monodiagnosi, grazie all'acquisizione di una maggiore coscienza di malattia e di una migliore compliance, con la conseguente minore probabilità di ricadute. L'efficacia dei GAMA liberi è ancora incerta, in quanto la loro impostazione impedisce lo svolgimento di indagini scientifiche mirate. L'impressione soggettiva è che, mentre il paziente schizofrenico tende a rimanere nei GAMA anche dopo la risoluzione della malattia, quello bipolare o rimane con compiti direttivi-organizzativi, o si allontana dal gruppo, percepito ormai inutile nel suo cammino esistenziale. Da notare che, sebbene molti pazienti partecipino ai corsi per facilitatori, solo i soggetti con DB sono poi in grado di lavorare con profitto.

Il tempo non ha ancora permesso di dare un sicuro giudizio di valore sull'efficacia dei GAMA, ma i risultati sono promettenti ed il loro basso costo economico ne ha permesso una larga diffusione nel territorio nazionale.

La mancanza di un supporto sociale è ritenuta la più gravosa predittrice di prognosi infausta per ogni malattia mentale e questo vale particolarmente nel DB, in cui le ricadute sono correlate alla scarsa aderenza al trattamento, allo stress causato dagli eventi vitali ed alla vita "spericolata" condotta spesso da questa tipologia di pazienti. Per far sì che il paziente segua le regole è necessaria la collaborazione di tutti gli attori che lo circondano, con un campo d'azione esteso alla famiglia ed al contesto sociale e lavorativo di appartenenza.

Altro cardine su cui ruota la RP è l'informazione del paziente sulla malattia e sulle terapie psicofarmacologiche assunte dato che, persone adeguatamente informate, possono gestire al meglio una patologia cronica con un decorso così singolare.

Confrontando le varie tecniche proposte emerge come l'IPSRT risulti efficace esclusivamente sulle ricadute maniacali mentre la TCC lo sia anche su quelle depressive. Si ritiene che, l'esito di entrambi l'interventi riabilitativi, sia correlato principalmente a fattori specifici comuni come l'adeguata informazione sulla malattia, il maggiore insight, la creazione di un gruppo preparato e motivato e la maggiore partecipazione e costanza dei curanti. Appare quindi utile effettuare un intervento psicoeducativo breve già dopo il primo episodio di malattia e mettere a disposizione materiali innovativi quali *counseling* via web, corsi su cd o conferenze di telemedicina. Peet e Harvey, a proposito, hanno preparato una conferenza registrata come base per l'intervento psicoeducativo, che può essere o meno accompagnato da visite domiciliari da parte del personale infermieristico.

DEFICIT COGNITIVI

Anche la presenza di deficit cognitivi rappresenta un grande ostacolo al completo recupero funzionale del paziente affetto da DB. La persistenza di questi ultimi, sia in corso di malattia che in fase di remissione, può peggiorare marcatamente sia il funzionamento lavorativo che quello sociale. Al contrario di quanto sosteneva Krapelin, anche nella patologia maniaco-depressiva sono stati evidenziati deficit cognitivi coinvolgenti l'attenzione, la concentrazione, la memoria, l'apprendimento, il linguaggio e le funzioni esecutive. L'interesse per i disturbi cognitivi nel DB è recente e gli studi sono ancora insufficienti, soprattutto se comparati a quelli condotti sulla schizofrenia. Mentre non ci sono dubbi sulla presenza di deficit cognitivi durante gli episodi di malattia, gli autori non concordano sulla presenza degli stessi anche durante i periodi di eutimia [21].

L'attenzione è alla base dei processi cognitivi ed un suo danno si riflette con difficoltà nella psicomotricità, nell'apprendimento, nella memoria e nelle funzioni esecutive. Il 71% dei pazienti bipolari in fase maniacale ed il 91% di quelli in fase depressiva mostrano deficit dell'attenzione selettiva e della concentrazione anche se, tali deficit, risultano comunque inferiori rispetto a quelli evidenziati nei pazienti affetti da schizofrenia [19]. Le risposte al CPT, test che valuta l'efficacia dei circuiti neuroatomici e subcorticali delle funzioni attentive, risultano compromesse nella fase maniacale e mista del DB.

Anche la memoria risulta danneggiata, in particolare quella immediata, verbale, implicita e dichiarativa. I deficit mnesici sembrano correlati alla fase di malattia tanto che Cornelius considerò come indice di stato di malattia proprio il miglioramento delle funzioni mnesiche [20]. Nella fase maniacale la memoria è danneggiata dall'estrema distraibilità che impedisce il processo di codifica necessario per l'apprendimento, mentre nel paziente depresso sembra essere inibita la capacità di organizzazione delle informazioni, in modo tale da non poterle recuperare in maniera sequenziale. Questo potrebbe spiegare il motivo per cui i pazienti depressi mostrano minori difficoltà nei processi di ricognizione rispetto che nei processi di richiamo. È stato descritto un deterioramento anche nell'area del linguaggio che comunque si risolve sempre durante le fasi eutimiche.

Più importante è il deficit delle funzioni esecutive che è più marcato nei soggetti bipolari rispetto a quelli affetti da depressione unipolare ed in entrambi è comunque minore di quello osservato nei pazienti schizofrenici. Un recente studio, condotto su una popolazione di pazienti bipolari in fase eutimica nell'Ospedale di Barcellona, ha osservato che circa un terzo del campione in esame presentava un deficit alle funzioni esecutive ed il 64% di questi mostrava anche un basso rendimento lavorativo. L'autore ha confrontato 65 pazienti bipolari nelle varie fasi della malattia (eutimia, depressione, mania e stato misto) con 30 controlli mediante test neuropsicologici: in tutti i test somministrati i pazienti bipolari hanno ottenuto punteggi inferiori rispetto al gruppo di controllo (Tab. 3).

Negli ultimi cinque anni l'interesse per i deficit cognitivi nel DB è andato crescendo nella letteratura internazionale con un moltiplicarsi di lavori sperimentali e di review e con un'inusuale discordanza tra i risultati ottenuti dai vari autori. Alcuni dati indicano la presenza di un normale livello cognitivo nei pazienti bipolari, altri la presenza di deficit cognitivi comparabili a quelli riscontrati in pazienti affetti da schizofrenia. Inoltre, non è chiaro se questi deficit siano presenti esclusivamente durante la fasi acute di malattia o permangano anche durante la fasi di benessere, quando maggiore è l'impegno riabilitativo. Proprio nelle fasi eutimiche, la stimolazione delle capacità residue della singola persona è alla base per costruire un programma riabilitativo personalizzato e con alte probabilità di successo.

Sono state proposte molte ipotesi per comprendere la varietà dei risultati ottenuti. Negli studi condotti su pazienti depressi, la letteratura solitamente non distingue tra depressione unipolare e bipolare; pochi sono gli studi effettuati su pazienti in fase maniacale, data l'ovvia difficoltà nell'effettuare test neuropsicologici in questa fase; i deficit presenti sono rilevabili con i test ma alla loro positività spesso non corrisponde un riscontro clinico; viene scarsamente indagato l'effetto dell'assunzione cronica di psicofarmaci (sia dei neurolettici di prima generazione che dei sali di litio e degli antidepressivi triciclici); infine possono esistere diverse popolazioni di soggetti bipolari, alcuni con deterioramento cognitivo ed altri indenni. Questo dato è confermato dalla osservazione che molte persone con patologia conclamata o con sintomi di spettro dell'umore, hanno dimostrato abilità superiori alla norma nel mondo della politica, dello spettacolo, dell'arte, dello sport e della finanza.

Non sono stati ancora validati interventi riabilitativi mirati ai deficit cognitivi che rappresentano la via finale comune di tutte le malattie croniche. Gli approcci classici della RP come il *problem solving* ed il *social skill training* appaiono più idonei a pazienti con gravità di malattia maggiore rispetto ai soggetti bipolari e rimane ancora da chiarire se è veramente necessario questo tipo di intervento. Data la scarsa rilevanza clinica sembra difatti più importante puntare a migliorare la compliance farmacologica, prevenire le recidive di malattia e mantenere e migliorare il ruolo sociale della persona.

CONCLUSIONI

La RP è una scienza eclettica, multifunzionale, finalizzata al miglioramento della qualità della vita e che interviene sulle capacità residue dei pazienti e sulla società con l'obiettivo di permettere un rapido e stabile reinserimento dei soggetti portatori di malattia mentale, pur con i limiti imposti dalle possibilità del singolo. L'oggetto della RP è stato per decenni il paziente affetto da patologia psicotica cronica e con gravi deficit cognitivi, intellettivi e di funzionamento sociale. Solo da pochi anni è insorta la necessità di supportare anche la persona affetta da DB, con interventi educazionali finalizzati ad assicurare la compliance farmacologica, conditio sine qua non per evitare ricadute e ad insegnare a convivere con la malattia, adottando uno stile di vita il più possibile privo di stress. Ulteriore obiettivo della RP è di far recuperare al singolo individuo il ruolo perso durante il periodo di malattia e di aiutarlo a superare lo stigma sociale. Per questo si stanno dimostrando efficaci i gruppi di autoaiuto e le associazioni di utenti e familiari che, attraverso contatti con le varie istituzioni, sensibilizzano la popolazione generale ed attraverso la responsabilizzazione dei "soci", aumentano la propria autostima ed accelerano il processo di reintegrazione. Rimane ancora da chiarire il significato clinico dei deficit cognitivi, evidenziati dalla letteratura scientifica internazionale solo da pochi anni, riguardo i quali, anche gli studi più recenti, non hanno saputo dare una risposta esauriente.

*Psichiatra, Dipartimento di Psichiatria, Neurobiologia, Farmacologia e Biotecnologie, Università di Pisa

**Medico Chirurgo, Dipartimento di Psichiatria, Neurobiologia, Farmacologia e Biotecnologie, Università di Pisa

Bibliografia

- [1] Harrow M., Goldberg J.F., Grossman L.S., Meltzer H.Y.. *Outcome in manic disorders. A naturalistic follow-up study*. Arch Gen Psychiatry. 1990 Jul;47(7):665-71.
- [2] Colom F., Vieta E., Sánchez-Moreno J., Martínez-Arán A., Reinares M., Goikolea J.M., Scott J.. *Identifying and improving non-adherence in bipolar disorders*. Bipolar Disord. 2005;7
- [3] Kasper S.F.. *Living with bipolar disorder*. Expert Rev Neurother. 2004 Nov;4(6 Suppl 2):S9-15.
- [4] Green M.F.. *Cognitive impairment and functional outcome in schizophrenia and bipolar disorder*. J Clin Psychiatry. 67 Suppl 9:3-8; 2006.
- [5] Goodwin F.K., KR Jamison. *Manic-depressive illness*. Oxford University Press. New York 1990.
- [6] Bauer M.S.. *Interventi Psicosociali per il disturbo bipolare: una review*. In Disturbo Bipolare 2004 eds Maj M., Akiskal H.S., Lopez-Ibor J.J., Sartorius N.. CIC Edizioni Internazionali Roma.
- [7] Heerlein A.. *l'impatto dei trattamenti psicosociali aggiuntivi nel disturbo bipolare e la necessità di una cornice teorica*. In Disturbo Bipolare 2004 eds Maj M, Akiskal HS, Lopez-Ibor JJ, Sartorius N. CIC Edizioni Internazionali Roma.
- [8] Luby E.D., Singareddy R.K.. *Long-term therapy with lithium in a private practice clinic: a naturalistic study*. Bipolar Disord. 2003 Feb;5(1):62-8
- [9] Falloon I.. *Intervento Psicoeducativo Integrato in Psichiatria-Guida al lavoro con le famiglie*. 1994 Edizioni Erikson
- [10] Miklowitz D.J., Otto M.W., Wisniewski S.R., Araga M., Frank E., Reilly-Harrington N.A., Lembke A., Sachs G.S.. *Psychotherapy, symptom outcomes, and role functioning over one year among patients with bipolar disorder*. Psychiatr Serv. 57(7):959-65; Jul 2006.
- [11] Miller I.W., Solomon D.A., Ryan C.E., Keitner G.I.. *Does adjunctive family therapy enhance recovery from bipolar I mood episodes?* J Affect Disord. 2004 Nov 1;82(3):431-6.
- [12] Clarkin J.F., Carpenter D., Hull J., Wilner P., Glick I.. *Effects of psychoeducational intervention for married patients with bipolar disorder and their spouses*. Psychiatr Serv. 1998 Apr; 49(4):531-3.
- [13] Van Gent E.M.. *Follow-up study of 3 years group therapy with lithium treatment*. Encephale. 2000 Mar-Apr;26(2):76-9. French.
- [14] Frank E., Gonzalez J.M., Fagiolini A.. *The importance of routine for preventing recurrence in bipolar disorder*. Am J Psychiatry.;163(6):981 Jun 2006
- [15] Kadri N., Mouchtaq N., Hakkou F., Moussaoui D.. *Relapses in bipolar patients: changes in social rhythm?* Int J Neuropsychopharmacol. 2000 Mar;3(1):45-49.
- [16] Beck T.A., Rush A.J., Shaw B.F., Emery G.. *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press, 1979.
- [17] Zaretsky A.E., Segal Z.V., Gemar M.. *Cognitive therapy for bipolar depression: a pilot study*. Can J Psychiatry. 1999 Jun;44(5):491-4.
- [18] Van Gent E.M., Vida S.L., Zwart F.M.. *Group therapy in addition to lithium therapy in patients with bipolar disorders*. Acta Psychiatr Belg. 1988;88(5-6):405-18.
- [19] Cornblatt B.A., Lenzenweger M.F., Erlenmeyer-Kimling L.. *The continuous performance test, identical pairs version: II. Contrasting attentional profiles in schizophrenic and depressed patients*. Psychiatry Res. 1989 Jul;29(1):65-85.
- [20] Cornelius J.R., Fabrega H.Jr., Mezzich J., Ulrich R.F., Thase M.E.. *Characterizing organic mood syndrome, manic type*. Compr Psychiatry. 1994 Sep-Oct;35(5):354-60.
- [21] Mur M, Portella MJ, Martínez-Arán A, Pifarré J, Vieta E. *Persistent neuropsychological deficit in euthymic bipolar patients: executive function as a core deficit*. J Clin Psychiatry. 2007 Jul; 68(7):1078-86.

Tab. 1 Durata degli episodi**ANNO AUTORE DURATA EPISODIO (giorni)****NESSUN TRATTAMENTO SPECIFICO**

1929	Wertham	242
1931	Pollock	401
1942	Rennie	195
1963	Ravn	313

ESK

1949	Oltman	128
1949	Oltman	262
1948	Huston	270

PSICOFARMACI

1977	Petterson	33.9
1977	Petterson	56.6
1967	Baastруп	36
1986	Angst	159
1986	Angst	123

Tab. 2 Numero degli episodi**ANNO/AUTORE 1 EPISODIO 2-3 EPISODI > 3 EPISODI****NESSUN TRATTAMENTO SPECIFICO**

1921, Kraepelin	45 %	27 %	28 %
1922, Pollock	56 %	33 %	11
1942, Rennie	21 %	33 %	46 %

ESK

1950, Oltma	23%	44 %	33 %
1953, Stenstedt	26 %	42 %	32 %
1954, Astrup	43 %	21 %	36 %

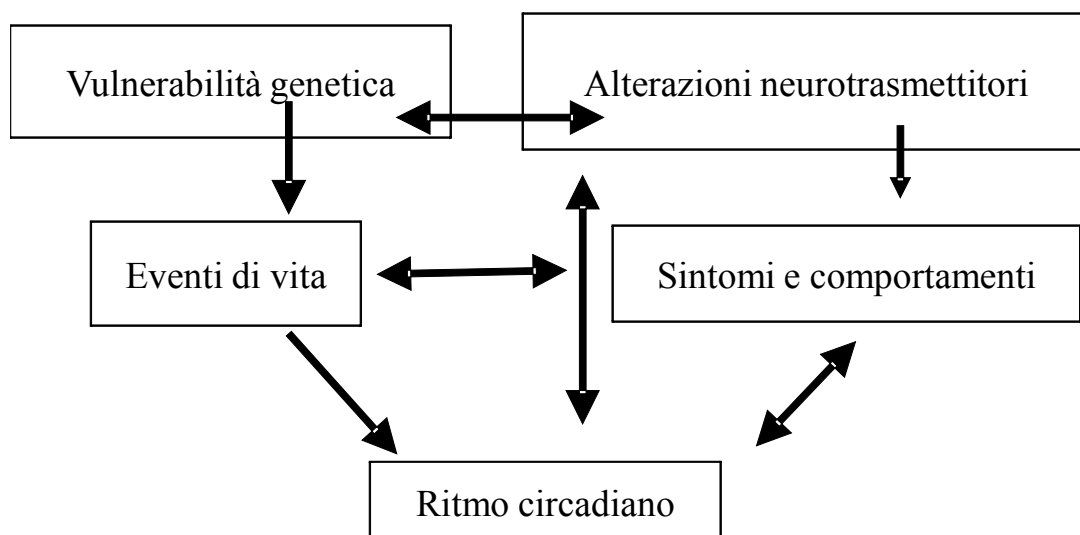
PSICOFARMACI

1974, Carlson	4%	17%	79%
1978, Angst	-	26%	74%
1979, Zis	6%	13%	81%
1986, Angst	42%	20%	38%
1986, Angst	26%	?%	?%

TAB 3 -TEST NEUROPSICOLOGICI: PAZIENTI BIPOLARE VS CONTROLLO

Test	Parametro	Paz. Bipolari (65) Media ± DS	Controlli (30) Media ± DS	Sign.
MMSE		3.75 ± 0.50	4.00 ± 0.00	P < 0.05
Stroop	Colore	1.57 ± 1.36	3.00 ± 1.14	P < 0.05
	Interferenza	1.91 ± 1.73	3.33 ± 1.03	P < 0.05
	R. Immediata	28.24 ± 11.62	42.94 ± 8.91	P < 0.05
RAVLT	R. Differita	4.72 ± 3.69	9.55 ± 3.03	P < 0.05
	Learning	3.91 ± 3.32	6.20 ± 2.88	P < 0.05
	Forgetting	- 1.88 ± 3.38	- 0.53 ± 2.71	P < 0.05
TMT	Intrusioni	2.31 ± 3.29	1.37 ± 1.67	P < 0.05
	Parte A	2.27 ± 1.50	3.67 ± 1.09	P < 0.05
	Parte B	1.92 ± 1.43	3.43 ± 1.10	P < 0.05
Fig.B di Rey	B - A	2.03 ± 1.51	3.57 ± 0.90	P < 0.05
	Copia	0.35 ± 0.65	0.70 ± 0.92	P < 0.05
	R. Immediata	0.54 ± 0.95	2.10 ± 1.12	P < 0.05
Digit Span	R. Differita	0.38 ± 0.76	2.00 ± 1.14	P < 0.05
	Oblio	1.42 ± 1.73	2.50 ± 1.48	P < 0.05
Fluenza per categorie		5.01 ± 1.49	5.96 ± 1.12	P < 0.05
Fluenza Fonemica		1.71 ± 1.56	3.67 ± 0.88	P < 0.05
Test di Weigl		1.98 ± 1.61	3.60 ± 0.77	P < 0.05
		1.74 ± 1.36	3.76 ± .54	P < 0.05

FIG 1 MODELLO DELL'IPSRT



Riabilitatore ed educatore in psichiatria: similitudini e differenze, una indagine esplorativa

di Marianna Nespoli*, Massimo Rabboni**

Abstract

Nowadays in the health sector, patient treatment must be comprehensive: no professional figure can be expected to face by him/herself the variety and complexity of patients' needs.

Every professional figure must offer his/her own contribute and complement each other in fruitful team work, which demands that its members have a clear and well-defined idea about his/her own role and professional skills, and that they manage to realize them in the normal practice. They must as well be endowed with mutual respect and clear understanding of the other team workers' role and skills.

All this can hardly be applied to psychiatric rehabilitation technicians and educators, whose figures have been overlapped and considered equivalent too often and wrongly, also owing to a law course which has concurred to confound even the sector experts...

Nell'ambito sanitario, oggi, la persona affetta da una malattia, si trova presa in carico da più operatori; infatti, i modelli organizzativi a cui si ispirano le varie strutture sanitarie sono in genere costituiti da équipe o gruppi di lavoro.

Già nel 1959, a Londra, il Youngh Husband Report sui servizi di assistenza sociale sosteneva che nessuna figura professionale può pretendere di affrontare da sola la molteplicità e la complessità dei bisogni dei pazienti e che, invece, ogni professionalità deve offrire il suo contributo e integrarsi con le altre.

Sono diversi i motivi che rendono una équipe scarsamente efficace e, spesso, disfunzionale: il fatto di non definire chiaramente le competenze professionali di ogni membro dell'équipe (il che produce deleghe e deresponsabilizzazioni), la mancanza di funzioni ben definite e il non riconoscimento di abilità individuali. Il lavoro d'équipe richiede che i suoi membri abbiano una chiara e definita idea della propria funzione e delle proprie abilità professionali, possano esprimerle e attuarle nella prassi, nonché un mutuo rispetto e una chiara comprensione delle funzioni e delle abilità degli altri professionisti del gruppo.

Avere chiare la specificità e le competenze di ciascun operatore non fa altro che migliorare il servizio offerto al paziente, al quale non serve un'équipe in cui ognuno pensa di essere superiore all'altro per formazione di base, in cui un operatore non ha chiaro quale sia il suo ambito di intervento e quale quello degli altri e non si sente rispettato per il ruolo che ricopre.

Per quanto ho potuto verificare nella mia carriera universitaria, credo che la strada verso l'affermazione dell'unicità e della specificità della figura professionale del terapeuta sia ancora lunga e per niente semplice. Penso che un passo avanti si possa fare con l'acquisizione di un'identità solida da parte di chi sceglie questo lavoro, anche se non è semplice da costruire se tutto poi viene continuamente modificato a colpi di decreti, modifiche e rettifiche...

Per il terapeuta il percorso normativo è stato molto lungo e faticoso e tutt'oggi ancora poco chiaro anche ai cosiddetti esperti del settore. A titolo informativo riporto una breve cronologia di massima del profilo professionale:

1994:

Agli studenti della Scuola Diretta a Fini Speciali *per terapisti della riabilitazione* (Terapista Occupazionale) viene data l'opportunità di accedere, previo anno integrativo e discussione di una nuova tesi, al Diploma Universitario in *Riabilitazione Psichiatrica e psicosociale*.

1997:

- Per l'Università Statale di Milano (e le altre?), il Diploma Universitario in *Riabilitazione Psichiatrica e psicosociale* diventa *Diploma Universitario in Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica e Psicosociale*;
- il 10 settembre, un decreto interministeriale istituisce la figura di *Tecnico dell'Educazione e della Riabilitazione Psichiatrica e Psicosociale*.

1998:

- con il decreto n°520, il Ministero della Sanità stila e pubblica per la prima volta il Profilo Professionale dell'Educatore Professionale.

1999:

- Il 26 febbraio, con la legge n°42, il Ministero della Sanità *sancisce l'equiparazione ai D.U. dei titoli precedenti*
- il 3 novembre, con il decreto n°509, il Ministero dell'Università istituisce i Corsi di Laurea di primo e secondo livello.

2000:

- Il 27 luglio, con un decreto del Ministero della Sanità, si stabilisce che tutti i 'titoli precedenti' sono resi equipollenti a quello conseguito tramite D.U. di Tecnico dell'Educazione e della Riabilitazione Psichiatrica e Psicosociale;

2001:

- Con decreto del 29 marzo, il Ministero della Sanità *sopprime il Profilo Professionale di Tecnico dell'Educazione e della Riabilitazione Psichiatrica e Psicosociale e lo rende equipollente a quello di Educatore Professionale, contestualmente, individua il Profilo Professionale di Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica, titolo che si consegue con Laurea di primo livello*.

A partire dall'anno accademico 2005-2006, presso l'Università degli Studi di Milano, per i tecnici della riabilitazione psichiatrica e psicosociale in possesso del titolo di D.U. in tecnica dell'educazione e della riabilitazione psichiatrica e psicosociale e parificati, diplomati presso il medesimo ateneo, è possibile iscriversi all'anno integrativo per l'acquisizione del titolo di laurea di primo livello in tecnica della riabilitazione psichiatrica [1].

C'è da ammettere che quella del Tecnico della riabilitazione non è l'unica figura che ha vissuto numerose problematiche e traversie per giungere ad una parvenza di profilo professionale definito... Certo, forse ha conosciuto più ostacoli vista la sua forte possibilità di sovrapposizione ad altre figure che lavorano negli stessi settori...

L'assemblea ANEP infatti nasce con una precisa iniziativa... Dal verbale si legge: "ennesima tappa del tortuoso iter che dovrebbe portarci finalmente all'acquisizione di un riconoscimento unico su tutto il territorio nazionale. L'impressione condivisa da tanti è quella di essere alle prese con un vero e proprio puzzle i cui numerosi elementi stentano a trovare una loro collocazione e cui manchi sempre qualcosa, il pezzo più importante, per essere completato."

Credo che queste righe siano sufficienti per capire la confusione creata dalle continue e numerose proposte di legge che non chiarivano e non definivano... O forse bisognerebbe usare ancora il presente, nel 2008?

La confusione si ripresenta chiaramente nelle risposte alle domande dell'intervista semi strutturata che ho sottoposto a 5 tecnici della riabilitazione psichiatrica e 5 educatori. Riporto le più significative:

Domanda: Quali differenze ha riscontrato, se ritiene che ci siano, tra il suo lavoro e quello delle professioni non mediche nella struttura in cui lavora?

Non ci sono differenze significative di concezione tra terapisti ed educatori rispetto agli operatori che svolgono una professione non medica. Secondo tutti gli intervistati la differenza sostanziale risiede nella modalità e nella motivazione all'approccio: riabilitativo e centrato sulla relazione uno, farmacologico e centrato sulla patologia l'altro. Dall'intervista emerge in modo abbastanza evidente una realtà che accomuna le due professioni: la tendenza a ritenere che gli infermieri considerino poco utile l'attività di terapisti ed educatori, i quali si trovano in difficoltà o impossibilitati ad esprimere la loro opinione durante le riunioni o le consegne e soprattutto il fatto di ritenere che gli infermieri svolgano attività che non competono alla loro professione, mancando di una formazione di base (emblematica è la risposta di un'educatrice: "Io non somministro le terapie, l'infermiere non dovrebbe arrogarsi il diritto di fare attività, se non come aiuto all'educatore professionale").

Ha mai partecipato a gruppi riabilitativi?

Tutti hanno partecipato a gruppi riabilitativi.

Se sì, con quale modalità e in che ruolo?

Rispetto alle risposte a questa domanda c'è da sottolineare come un'educatrice laureata nell'ex pedagogia ad indirizzo psicologico non avesse idea di come si definissero i ruoli di conduttore e conduttrice ("Conduttrice e... *come si dice quando conduci anche tu ma non da solo? Ah, sì, giusto, co- conduttrice... E mediatrice tra pazienti e conduttore...*). Poi c'è da sottolineare l'affermazione di un altro educatore: il fatto che non sempre i conduttori dei gruppi siano fissi; capita che se manca il titolare venga sostituito da chi è presente al momento dell'attività... Anche se non s'è mai occupato di esse prima...

Ha mai condotto gruppi riabilitativi?

Tutti hanno condotto gruppi riabilitativi, tranne un educatore; guarda caso l'unico che lavora con tecnici della riabilitazione psichiatrica...

Se sì, che tipo di gruppo?

Tre educatori si occupano più di gruppi di stampo occupazionale e degli inserimenti sociali/lavorativi e credo sia dovuto ad un'impostazione della struttura dove lavorano, in cui sono realmente pochi da quanto mi hanno detto, i gruppi espressivi e cognitivi veri e propri.

Emblematica la risposta dell'educatrice laureata nell'ex Pedagogia ad indirizzo psicologico: "Gruppo cucina, gruppo ricamo. *Poi io non so se sono gruppi riabilitativi, non ne ho idea, quello devi saperlo tu...*"

Con quali altre strutture si trova abitualmente a collaborare per i progetti dei pazienti? Con quali di queste si è trovato più a suo agio e con quali meno?

Anche per questa domanda credo sia fondamentale l'impostazione data dalla struttura più che dal singolo; certo è che è evidente come gli educatori abbiano più contatti con strutture pubbliche e più di stampo sociale e informali, connessi soprattutto al volontariato e a strutture per la gestione del tempo libero. Molto diverso è per i riabilitatori, connessi al territorio con strutture di stampo riabilitativo e legate agli inserimenti lavorativi.

Nel caso in cui si sia trovato a lavorare con altre figure professionali operanti nel campo educativo/riabilitativo, evidenziare, ove possibile, differenze e similitudini dell'approccio lavorativo.

La maggior parte degli educatori intervistati non si è mai trovata a lavorare con i tecnici della riabilitazione e alcuni nemmeno sanno in cosa consista il loro lavoro... O se esistano veramente ("è la prima volta che ne vedo uno"; "Non mi sono mai trovata nella condizione di lavorare con un tecnico della riabilitazione psichiatrica; anzi, mi spieghi cosa fate voi e che differenze ci sono con noi educatori? Che facoltà si frequenta?")... Per quanto riguarda i tecnici della riabilitazione, la maggior parte sostiene che gli educatori abbiano un diverso approccio con il paziente, e soprattutto con la sua disabilità ("La mia impressione quando mi è successo di lavorare con educatori professionali è che per formazione abbiano più difficoltà nel valutare le abilità residue dei pazienti vedendone prevalentemente le difficoltà. Inoltre hanno difficoltà nell'aver un quadro completo, d'insieme, della situazione del paziente; in particolare tendono a vedere maggiormente il qui ed ora, invece che essere orientati al futuro").

Qual è, secondo lei, l'obiettivo più importante da perseguire con i pazienti psichiatrici, nella sua professione e nel servizio dove lavora?

L'obiettivo è pressoché comune: il miglioramento della qualità di vita del paziente e il soddisfacimento dei suoi bisogni. Obiettivo perseguito però in modo abbastanza diversi...

Sarà un caso che l'unico educatore intervistato che non conduce gruppi riabilitativi, sia anche l'unico educatore che lavora con tecnici della riabilitazione?

Ma soprattutto: non è indicativo il fatto che su 5 educatori intervistati solo uno abbia lavorato con tecnici della riabilitazione? E altri addirittura ignorino la loro esistenza ("Non ne avevo mai visto uno...")?

Gli stessi educatori hanno tenuto a sottolineare più volte di non voler accettare di essere equiparati alla figura del Tecnico della riabilitazione, perché diversa dalla propria:

"fortunatamente, ad un anno di distanza, le previsioni non ottimistiche del Consiglio Direttivo nazionale sulla fine che ci toccava (rientrare nella definizione del Tecnico della riabilitazione psichiatrica a psicosociale) sono state ribaltate dai fatti: infatti si sta aspettando fiduciosi la fine dell'iter burocratico del decreto che dovrebbe finalmente sancire la nostra figura professionale, la cui formazione dovrebbe svilupparsi attraverso diversi riferimenti universitari, anche se non è ben specificato quali. Rimane confermata per la figura di Tecnico della riabilitazione psichiatrica, figura prettamente sanitaria, ma che rischia di entrare in competizione con l'E.P., pur avendo una configurazione diversa. Per questo si sottolinea l'importanza di delimitare nettamente i confini tra professionisti affini e di definire i profili professionali in base alle competenze. (ASSEMBLEA NAZIONALE ANEP 16/17 MAGGIO 1998)

Sono passati nove anni e la situazione non è migliorata dal punto di vista di questo contenzioso e della necessità, più volte espressa e da più parti, di fare chiarezza e di delimitare confini e intersezioni tra le figure professionali in questione.

In realtà, intersezioni e confini hanno bisogno di essere definiti sul piano scientifico, prima ancora che tecnico, rispetto agli stessi contenuti dell'attività. Solo la definizione rigorosa della malattia mentale come un processo, che è certamente parte dell'umano, ma ne costituisce una patologica distorsione, non identificandosi quindi con un errore di pensiero; solo, quindi, la rigorosa riconduzione del problema all'ambito della clinica – sia pure certo ad una clinica umanisticamente declinata – può risolvere il problema di quali siano gli ambiti formativi in cui devono calarsi gli operatori della salute mentale. In questo senso, come un filosofo non è – e non può fare – lo psicoterapeuta, così un educatore può svolgere funzioni anche articolate e complesse negli ambiti di sua competenza, ma non è formato per la cura (o la riabilitazione) della malattia mentale [2, 3].

Ricapitoliamo: l'educatore riconosce di avere una configurazione diversa rispetto al terapista, eppure svolge compiti e attività che attengono alla sua figura, temendo per altro di entrare in competizione...

Se si confrontano i piani di studio delle due professioni, la prima evidenza che balza all'occhio è che ci sono poche materie comuni :

- Informatica (corso unico per l'educatore, integrato con fisica e statistica mediche per il tecnico della riabilitazione);
- psicologia generale e clinica;
- igiene generale;
- psichiatria e farmacologia, con significative differenze, in termini di crediti e numero di corsi: per l'educatore professionale gli esami sono unici, uno per psichiatria (4 crediti più un esame di neuropsichiatria infantile da 5 crediti) e uno per farmacologia (3 crediti); per il tecnico della riabilitazione sono previsti 2 esami di psichiatria (11 crediti in tutto) e l'insegnamento ritorna in altri sei esami integrati (introduzione alla riabilitazione psichiatrica, riabilitazione psichiatrica generale I e II, tecniche riabilitative e riabilitazione psicogeriatrico) e uno per farmacologia (4 crediti più i 2 dell'esame integrato di riabilitazione psichiatrica dell'età evolutiva).

Tranne alle voci "scienze infermieristiche e tecniche neuropsichiatriche e riabilitative" relativa al tirocinio, non figurano nella formazione dell'educatore professionale insegnamenti riguardanti

tecniche riabilitative e riabilitazione psichiatrica, come non figurano materie di tipo prettamente medico e scientifico (anatomia, biologia, biochimica, fisiologia).

Nonostante ciò, esistono decreti che prevedono la presenza dell'educatore sia in ambito sociale che in ambito sanitario... questo operatore è, per legge, presente anche nelle strutture sanitarie e in ambito quindi della riabilitazione psichiatrica. E qui sorge spontanea la prima domanda: sulla base di quale formazione? Sulla base di un'esame di psichiatria e uno di farmacologia e basta? Il terp non ha competenze formative in ambito psicoeducativo e infatti nessun decreto prevede il suo impiego in settori propri dell'educatore.

Ecco perché nella maggior parte dei casi l'educatore può partecipare ai concorsi indetti per i tecnici della riabilitazione psichiatrica, mentre ai terp non è possibile il contrario.

Perché un operatore possa mettere in atto ciò che ha appreso, devono esistere alcune condizioni che impediscano che la formazione posseduta resti un fatto puramente teorico e sganciato dal contesto operativo. Esse sono:

- *coerenza tra l'intervento formativo e la prassi quotidiana;*
- *definizione di ruoli chiari e riconosciuti dalla leadership;*
- *tutela della formazione acquisita dagli operatori. Ciò significa impedire che chi si è sottoposto ad un processo formativo specifico sia adibito ad altre funzioni per l'espletamento delle quali il bagaglio di conoscenze posseduto è improprio [4].*

Tra i vizi di fondo della riabilitazione psichiatrica, l'autrice Paola Carozza cita:

- *approssimazione, scarso rigore e aspecificità di molti programmi definiti riabilitativi;*
- *interventi riabilitativi effettuati in contesti idonei ad altre finalità, da soggetti con formazione e competenze diverse da quelle richieste e comunque inadeguate per affrontare i problemi posti dalla disabilità psichiatrica grave;*
- *scarsa importanza attribuita alla selezione degli operatori, reclutati in genere dai reparti ospedalieri o dall'area creativo/artigianale, le cui attitudini e motivazione vengono raramente valutate.*
- *scarsa rilevanza alla formazione degli operatori;*
- *illusione che la riabilitazione si faccia assemblando un gruppo di operatori che conducano qualche attività piacevoli per loro stessi e per gli utenti;*
- *enfasi sui programmi ricreativi e sottovalutazione di quelli di abitazione supportata, di lavoro supportata e di ripresa degli studi" [5].*

Ecco l'importanza di una formazione specifica per ogni settore...

“Quando una nuova professione si inserisce in contesti organizzativi e in processi produttivi già delineati, accade che le professione preesistenti attivino strategie ambivalenti, che vanno dal tentativo di assimilazione alla delega di funzioni secondarie. Anche gli educatori professionali si sono scontrati con queste resistenze. Loro compito è oggi preservare la propria identità costruita nel tempo, accettando però di giocarla in progetti elaborati con altre figure professionali.

E' facile osservare nei servizi sociali una corsa alla nicchia del nome della professionalità. E questo soprattutto da parte delle professioni più deboli, pressate da una crescente incertezza. Ma fino a che punto il ridefinire la propria professionalità in termini di specializzazione sempre maggiore difende la figura di queste professioni? Non si corre il rischio di generare veri e propri “mansionari”? Non è preferibile pensarsi all'interno di una progettualità più ampia, che sappia individuare nei diversi contesti operativi il proprio contributo specifico e quindi professionalmente distintivo? E ancora: perché non pensare sempre più il lavoro professionale non solo come interprofessionalità, ma come metaprofessionalità, come capacità cioè di ragionare ad un livello superiore a quello delle singole professioni, centrandosi sul problema e sulla possibilità di farvi fronte *insieme?*” [6]

* *Tecnico della Riabilitazione psichiatrica*

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

Bibliografia

- [1] Mastrillo A. *Lauree triennali delle professioni sanitarie - Il notiziario AITN*, Ass. Tecn. Neurofisiopatol. 4, 2005.
- [2] Andrews G., Hunt C., Jarry M., Morosini P.L., Roncone R. *Disturbi mentali. Competenze di base, strumenti e tecniche per tutti gli operatori*. Centro Scientifico Editore, Torino, 2005.
- [3] Ba G. (a cura di) *Strumenti e tecniche di riabilitazione psichiatrica e psicosociale* Franco Angeli, Milano, 2003.
- [4] Carozza P. *La riabilitazione psichiatrica nei centri diurni, aspetti clinici e organizzativi*, Franco Angeli, Milano, 2003.
- [5] Carozza P. *Principi di riabilitazione psichiatrica: per un sistema di servizi orientato alla guarigione*, Franco Angeli, Milano, pag. 49, 2006.
- [6] Kaneklin C. *Pensarsi educatori professionali, alcune scelte culturali in vista di una nuova professionalità*, Animazione sociale n° 3/1995, Torino.

Danza e movimento creativo come mezzo espressivo e comunicativo

di Marina Pasquini, Rosa Conca**, Antonietta Fabio*, Maria Stratoti*, Graziella Massara****, Antonio Napoli*****, Mario Nicotera****

Abstract

The workshop off “espressive body movement” has been active for about 4 years in the Centro Diurno of C.S.M. Montepaone Lido of the ASP Catanzaro. The program includes dance therapy elements, we work physically through body experience. We don't teach a specific dance technique but we use the elements that characterize it: space, time, rhythm, energy and shape.

Aims:

- To give shape and rhythm to one's interior world;
- To improve self consciousness and social awareness to produce a positive and lasting change.

Il disturbo mentale nelle sue diverse forme comporta un'alterazione delle capacità di relazione del soggetto con se stesso e con gli altri. Questa incapacità di intraprendere e mantenere valide relazioni oggettuali rinforza a sua volta l'alterazione delle capacità di pensiero e di comunicazione con il mondo esterno. Per questo la riabilitazione va mirata alla ricostituzione di un'organizzazione funzionale, la più ottimale possibile, delle strutture del Sé, che sono alla base dei vari modi di relazione oggettuali: il Sé corporeo, il Sé espressivo, il Sé verbale ed è proprio su di essi che deve attuarsi l'intervento riabilitativo. Per esempio in relazione al Sé corporeo, possono essere utilizzate tecniche d'espressività corporea. Nel nostro Centro Diurno, del Centro di Salute Mentale di Montepaone Lido, dell'A.S.P. di Catanzaro è stato istituito un laboratorio di movimento corporeo espressivo, dove vengono introdotti elementi di danza terapia. La conduttrice, un'infermiera professionale, danzatrice che ha seguito un percorso formativo in danza movimento terapia, svolge la propria attività all'interno di un contesto terapeutico riabilitativo specifico, contemplato nel lavoro di equipe di tutti gli operatori della riabilitazione. In questo ambito di fondamentale importanza è il gruppo, poiché esso si pone come uno spazio sociale protetto, che assume per procura le funzioni del gruppo di appartenenza, divenendo un produttore di cultura alternativa, nel quale il paziente può vivere l'incontro con l'altro in modo meno conflittuale, imparando a intraprendere delle relazioni interpersonali più armoniche e soddisfacenti e sperimentare il senso di appartenenza, la condivisione e la reciprocità. In esso il paziente ha la possibilità di manifestare, riconoscere, decodificare e modificare, i propri modelli comportamentali e relazionali grazie al rimando, positivo o negativo, che il gruppo gli rinvia [1-2-4].

Se il corpo esprime l'interiorità lavorando sul corpo si può influire sulla psiche. E' sulla base di queste riflessioni che nel nostro laboratorio si tende a valorizzare gli aspetti ancora integri e vitali presenti nella persona, si cerca di aiutare quest'ultima a sviluppare ed usare le proprie risorse e capacità in modo da acquisire più fiducia in se stessa ed aumentare il livello di autostima, facendo leva su ciò che vi è di sano e non sulla patologia. Si lavora fisicamente, attraverso esperienze corporee, con l'obiettivo generale di migliorare la consapevolezza di Sé e la consapevolezza sociale per produrre così un cambiamento positivo e durevole. Non viene insegnata una tecnica di danza specifica, ma si utilizzano, in base alle capacità creative, le diverse componenti della danza: lo spazio, il tempo, il ritmo, l'energia e la forma, per dare una forma ed un ritmo al mondo interiore di ognuno [2-3-4]. Il gruppo si incontra due volte a settimana in una palestra, ormai divenuta un luogo familiare. Inizialmente veniva utilizzata una stanza del vivere quotidiano del centro diurno, poi, per rendere più coeso e indipendente il gruppo, si è preferito svolgere queste attività nella palestra staccata ma nei pressi del centro. Ogni incontro consta di tre momenti: uno di riscaldamento, uno

dedicato al lavoro creativo definito “introduzione al tema” e l’ultimo è la fase di raffreddamento che comprende esercizi di rilassamento e di stretching. La fase iniziale o di riscaldamento è il momento in cui il conduttore guida il gruppo ad appropriarsi o riappropriarsi dello spazio di lavoro e inizia con loro a prepararsi per attivare il corpo, tonificare, sciogliere e mobilitare muscoli ed articolazioni, regolare la respirazione. Il riscaldamento può essere di tipo strutturato o semistrutturato, può essere effettuato con movimenti segmentari che piano piano interessino globalmente il corpo, oppure con movimenti globali sin dall’inizio. Normalmente viene scelta dall’operatore una musica che viene mantenuta per tutta la durata del percorso, perché questo favorisce nei soggetti un senso di accoglienza, inoltre facilita nel tempo, la possibilità di concentrarsi sempre più sul proprio corpo, sui segnali che esso rimanda, perché non c’è bisogno di concentrarsi sulla musica che è nota. Il momento centrale è caratterizzato dalla proposta di uno stimolo “introduzione al tema”, dove viene lasciato spazio alla creatività ed espressività dei partecipanti in quanto si lascia molta libertà alla interpretazione delle consegne. Fra i vari argomenti trattati vi è lo spazio, il ritmo, la forma, l’equilibrio, il rapporto con gli altri, le immagini, la locomozione, i limiti del corpo e le sensazioni. Viene data così la possibilità di esplorare lo spazio che porta all’acquisizione di una maggior consapevolezza delle opportunità di movimento all’interno del proprio spazio ed alla familiarizzazione con l’ambiente circostante. Attraverso danze di forza, di tensione, di continuità, di morbidezza e di impulsi i partecipanti imparano a dosare la propria energia corporea e ad utilizzare il tempo ed il ritmo. Nell’esperienza danzata è quindi possibile sperimentare ed identificare le sensazioni fisiche, diventare più consapevoli delle tensioni del proprio corpo e cominciare ad allentare queste tensioni, migliorarne il controllo, conoscere i propri limiti, sviluppare la qualità della forza, della leggerezza, della velocità e della immediatezza. Le attività di danza e di movimento sono un modo per rieducare le reazioni fisico-emotive e forniscono un mezzo per trovare la propria identità e conoscere quali sono i comportamenti alternativi socialmente accettabili. L’ultima fase è caratterizzata dal momento di rilassamento dove vengono svolti esercizi di stretching e di respirazione, così come nel momento iniziale, tenere sempre la stessa musica sancisce che sta iniziando qualcosa, analogamente nel momento finale viene utilizzata stabilmente la stessa musica poiché permette alle persone di cogliere che qualcosa sta per concludersi, che dopo la fatica sta per iniziare un tempo in cui sarà possibile riposarsi e rilassarsi. Gli stimoli sono assimilati da ciascun partecipante in modo diverso e creativo, in cui la musica che avvolge le immagini contribuisce all’espressione dei sentimenti. In ogni gruppo si verificano situazioni assolutamente diverse a partire dallo stesso stimolo e questo fa sì che l’elemento più semplice e quotidiano sia ri-scoperto, il che permette, a sua volta, l’apparizione di nuovi elementi. Le più diverse possibilità interiori a volte sconosciute, vengono liberate attraverso il movimento, generando un cambiamento, un “SI POSSO!” [5-6-7-8]

* Infermiere Professionale, Centro Diurno di Montepaone Lido, CSM di Soverato (Cz), Azienda Sanitaria Provinciale di Catanzaro

** Psicologa Resp. Centro Diurno di Montepaone Lido, CSM di Soverato (Cz), Azienda Sanitaria Provinciale di Catanzaro

***Direttore CSM di Soverato (Cz), Azienda Sanitaria Provinciale di Catanzaro

****Ass. Sociale Centro Diurno di Montepaone Lido, CSM di Soverato (Cz), Azienda Sanitaria Provinciale di Catanzaro

*****Collaboratore Attività Centro Diurno di Montepaone Lido, CSM di Soverato (Cz), Azienda Sanitaria Provinciale di Catanzaro

Bibliografia

[1] Dychtwald K. *Psicosoma*, Astrolabio Ubaldini Editore, Roma, 1978.

[2] Watzlawick P. *Il linguaggio del cambiamento*, Feltrinelli, Milano, 2006.

[3] Lowen A. *Bioenergetica*, Feltrinelli, Milano, 2004.

- [4] Castaneda C. *Gli insegnamenti di Don Juan*, BUR Saggi, Milano, 1999.
- [5] Reda M.A. *Sistemi Cognitivi Complessi e Psicoterapia*, Carocci, Roma, 2006.
- [6] Adorisio A., Garcia M.E. *Danza MovimentoTerapia*, Edizioni Magi, Roma, 2005.
- [7] Ricci Bitti P.E.. *Regolazione delle emozioni e Arti-Terapie*, Carocci, Roma, 2005.
- [8] Bellia V. *Dove Danzavano gli Sciamani*, Franco Angeli, Milano, 2001.

Alleanza Terapeutica e total care: fattori terapeutici specifici della riabilitazione psicosociale

III° Giornata di Studi - 28 novembre 2008 - Salone dei Marmi - Comune di Salerno

8,30 -9,00 Registrazione dei partecipanti
9,00 - 9,10 Saluto delle Autorità
9,10 -09,30 Presentazione ed introduzione ai lavori
Prof. Mario Maj

SESSIONE I *Alleanza terapeutica e presa in carico del paziente difficile*

Chairman: F. Catapano – G. Saccotelli

9,30 - 10,00 *Dalla presa in carico al recovery dei pazienti con Malattie Mentali gravi*
Prof.ssa Rita Roncone

10,00-10,30 *Antipsicotici vecchi e nuovi:effetti motori e loro impatto sui trattamenti riabilitativi*
prof. Palmiero Monteleone

10,30-11,00 *Lo sviluppo dell'alleanza terapeutica in un Day Hospital territoriale: alcune evidenze empiriche*
Dott. Marco Monari

10,00-10,30 Dibattito con gli esperti

11,30-11,45 **COFEE BREAK**

SESSIONE I *Alleanza terapeutica quale fattore specifico di terapia*

Chairman: G. Corrivetti – V. De Leo

11,45-12,15 *Soggettività e intersoggettività nel processo di autonomia*
Prof. Massimo Casacchia

12,15-12,45 *L'aderenza ai trattamenti in ambito terapeutico e riabilitativo*
Prof. Antonello Bellomo

12,45-13,15 Dibattito con gli esperti

13,15-14,00 **LUNCH**

SESSIONE II Tavola Rotonda:

Total Care. Nuovi orizzonti della presa in carico

Coordina : F. Perozziello – A. Zarrillo

14,00-14,30 *Criterio B (disfunzione sociale) in persone affette da schizofrenia: il puzzle*
Dr. Massimo Ballerini

14,30-15,00 *Piani di Zona: promozione di strategie relazionali nei contesti territoriali*
Dott.ssa Tiziana De Donatis

15,00-15,30 *Servizi in rete, antipsicotici e riduzione dello stigma*
Dr. Filippo Morabito

15,30-16,30 Dibattito con gli esperti

16,30-17,00 **BREAK**

17,00-17,15 **CONCLUSIONI**

17,15-17,30 **Verifica dell'apprendimento**

Razionale scientifico dell'evento

Il mutamento dello scenario che accompagna l'evoluzione di tante patologie cronicodegenerative e di altre ritenute inguaribili ha posto in essere termini nuovi con significati tecnici più specifici quali remissione, guarigione, recovery, resilienza, etc. ognuno, al di là del vocabolario comune, occupa un territorio semantico specifico nel sistema della cura. In tanti campi della medicina rinascere ad una seconda vita, scoprire la dimensione della guarigione ed il recupero di un nuovo destino sociale pongono in primo piano il valore ed il ruolo dell'alleanza terapeutica tra curante e curato, coinvolgendo in questo processo medici, infermieri, malati, familiari, volontari, etc.

Oggi il concetto di guarigione, un concetto alieno all'universo psichiatrico, riappare nuovamente carico di speranze, se modulato attraverso schemi e rappresentazioni variabili del proprio destino sociale. Lontani da ogni tentazione ideologica, riteniamo che il concetto di *recovery*, in quanto guarigione/ripresa, si possa saldare con quegli obiettivi di emancipazione che hanno guidato i processi di deistituzionalizzazione italiani e, soprattutto condizionato il destino delle malattie mentali, trasformando il percorso di vita di un numero crescente di malati grazie ad obiettivi quali la stabilizzazione, la remissione sintomatologica, la guarigione.

Molto interessanti le proposte di vari autori per individuare nella guarigione sociale un obiettivo che permette di raggiungere percentuali di esito molto più incoraggianti della complessa guarigione clinica. E' indubbio che il criterio più articolato di *recovery* meglio si adatta, su un piano di realtà, alle strategie di presa in carico ed agli obiettivi di esito nel campo della salute mentale ed appare maggiormente aderente ad un traguardo che è in linea con le strategie della riabilitazione psicosociale, con il recupero del diritto di cittadinanza e con il coinvolgimento attivo dell'utente nei circuiti sociali.

Particolare attenzione si intende dare al ruolo dell'alleanza terapeutica sia nella prospettiva dei meccanismi comuni a tanti processi e setting psicosociali nella funzione di favorire l'attaccamento e l'adesione alla cura, sia quale fattore specifico di terapia connesso alla remissione clinica ed alla guarigione sociale.

Segreteria scientifica

Francesco Catapano, Giulio Corrivetti, Federico Perozziello
081/5666511 – 089/3855201

Segreteria organizzativa:

ISMESS

Via N. Aversano 1. tel. 089 2578672

84100 Salerno

marcella.pietrasanta@casadicuratortorella.it

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 5, massimo 12 cartelle per circa 8000/19500 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.