



Richard Laugharne,¹ Stefan Priebe²

¹Department of Mental Health, School of Postgraduate Medicine and Health Sciences, University of Exeter, Exeter, UK

²Professor of Social and Community Psychiatry, Barts and the London School of Medicine, Queen Mary, University of London, London, UK

LA LIBERTÀ DI SCELTA DEL PAZIENTE CON DISTURBI MENTALI GRAVI

Patient choice in severe mental illness

Traduzione di Federico Boaron

Introduzione

In un'epoca in cui il progressivo *empowerment* del paziente è considerato un valore fondante, la libertà di scelta in sanità ha acquisito un ruolo importante nell'agenda politica del Regno Unito e di molti altri Paesi sviluppati (Warner et al., 2006). Le possibilità di scelta del paziente variano per tipologia e per ampiezza nei diversi sistemi sanitari, ma nella maggior parte dei casi la libertà di scelta nell'ambito della salute mentale non è considerata una questione prioritaria. Tra i motivi di questa esclusione possono esserci i costi (che tendono ad aumentare quando il paziente, potendo scegliere, predilige cure più intensive o più costose) e il fatto che di solito i pazienti affetti da patologia psichiatrica grave non cercano cure di propria iniziativa ma spesso devono essere in qualche modo costretti. La questione della libertà di scelta del paziente è pertanto un argomento scomodo in quell'unica area dell'assistenza medica in cui i sanitari hanno il potere di costringere il paziente a sottoporsi a terapie contro il suo consenso, potere tutt'altro che teorico ed esercitato nella pratica di ogni giorno.

Proprio per l'evidente contrasto fra trattamenti sanitari coercitivi e libertà di scelta del paziente, in ambito psichiatrico, è particolarmente importante prendere in considerazione il ruolo che la scelta del paziente ha nel processo terapeutico (Laugharne & Priebe, 2006).

Un'ulteriore difficoltà è costituita dal fatto che la dizione "scelta del paziente" è stata utilizzata in contesti diversi e con significati di fatto molto differenti. Dobbiamo pertanto individuare i vari aspetti della "scelta del paziente" in psichiatria, per chiarire i pro e i contro delle diverse posizioni. Questa review pone attenzione sulle cure rivolte a pazienti con patologia grave, poiché nei casi di patologia lieve o moderata il paziente può, in genere, esercitare le proprie scelte con minore difficoltà.

I diversi aspetti della scelta del paziente nell'assistenza psichiatrica

La scelta del paziente come espressione etica della propria autonomia

Ogni sistema di assistenza alla salute mentale dovrebbe cercare di operare secondo principi etici condivisi. Siamo tutti consapevoli che, in passato, i pazienti hanno subito abusi da parte dei servizi psichiatrici e che, in alcuni casi, il problema sussiste ancora oggi. I pazienti affetti da malattia mentale sono persone vulnerabili che difficilmente hanno la capacità di esporre le proprie ragioni; anche quando questa capacità è ben conservata, la loro opinione è spesso screditata a causa della marginalità, del basso status socio-economico, dello stigma. Offrire al paziente una reale possibilità di scelta nell'assistenza psichiatrica può essere considerato



un'istanza etica per contrastare le forze (del presente e del passato) che tendono a privare il paziente di autonomia di scelta e diritti. Questa argomentazione etica è frequentemente espressa e ribadita dalle associazioni di utenti. Un recente rapporto sull'assistenza psichiatrica, commissionato dal governo inglese al Sainsbury Centre for Mental Health, ha sottolineato come, per promuovere la possibilità di scelta del paziente, sia fondamentale informare le persone sul loro diritto di scegliere come curarsi (Warner et al., 2006).

La scelta del paziente come modello centrato sul "consumatore" di assistenza sanitaria

Nelle democrazie occidentali la maggior parte dell'economia si fonda sul modello consumistico. Quando programiamo un acquisto, per esempio, valutiamo diversi modelli per decidere quale sia il migliore o il più conveniente. Questo genera concorrenza fra i produttori, incentivando a realizzare prodotti migliori al minor costo possibile. Alcuni modelli di assistenza sanitaria si propongono di operare secondo un modello simile: il paziente (o in alcuni casi il medico curante) sceglie tra le strutture che offrono i servizi necessari. Secondo questo punto di vista economico, la concorrenza fra le diverse strutture sanitarie dovrebbe migliorare lo standard di qualità dei diversi servizi e potrebbe contenere le spese.

La scelta del paziente nella cura individuale: la condivisione delle scelte

Un argomento molto studiato riguarda la metodologia delle decisioni sulle scelte terapeutiche (Coulter, 2002). Di fatto esiste uno spettro, a un estremo del quale il medico valuta il paziente, decide e riferisce la scelta al paziente, il quale accetta chiedendo eventualmente qualche chiarimento. Questa può essere vista come una posizione paternalistica e, in situazioni di emergenza, la maggior parte dei pazienti è d'accordo sul delegare la scelta al sanitario. All'estremo opposto dello spettro il medico espone al paziente le diverse opzioni terapeutiche e sarà lui, infine, a decidere a quale cura sottoporsi. Questo modello, di tipo consumistico e in cui il paziente ha ampia autonomia, è tipico della sanità privata e dove non vi sia urgenza. Il compromesso fra queste opposte polarità è la condivisione delle scelte: il medico informa il paziente sulle diverse opzioni e consiglia quella che ritiene in scienza e coscienza migliore. Infine, dopo aver discusso delle diverse possibilità, si concorda un programma terapeutico. La

cooperazione fra medico e paziente non esclude che il medico influenzi la scelta del paziente, tuttavia la decisione finale è concordata e condivisa. Questo è forse l'aspetto più rilevante della scelta del paziente nella pratica psichiatrica, perché è in relazione diretta con la qualità della relazione terapeutica e deve tener conto dell'efficacia delle cure, secondo l'*evidence-based medicine*, dell'incerta risposta terapeutica e della facoltà di autodeterminazione del paziente stesso.

I pazienti desiderano davvero avere più possibilità di scelta nel loro trattamento individuale? Nel dibattito è facile perdere di vista questo punto fondamentale. Recentemente due studi hanno messo in evidenza che i pazienti psichiatrici vorrebbero che il loro parere fosse ascoltato. Entrambi gli studi utilizzano l'Autonomy Preferences Index (Ende et al., 1989), strumento validato e affidabile, che misura il desiderio dei pazienti di essere informati e di partecipare alla scelta fra le diverse opzioni terapeutiche. Lo studio originale, che ha coinvolto 312 pazienti della medicina generale negli USA, ha evidenziato che per i pazienti è molto importante essere ampiamente informati, mentre lo è molto meno la possibilità di intervenire sulle scelte terapeutiche (Ende et al., 1989). Sono inoltre risultati più interessati a partecipare alla scelta delle cure i pazienti più giovani e affetti da malattie di minor gravità. In Germania, utilizzando la stessa scala su un gruppo di 122 pazienti schizofrenici ospedalizzati, Hamann et al. (2003; 2005) hanno rilevato un desiderio di partecipazione alle scelte leggermente superiore a quello dei pazienti di medicina generale dello studio statunitense. Risultati analoghi sono stati anche presentati da Hill & Laugharne (2006) studiando un gruppo di 105 pazienti psichiatrici ambulatoriali in Inghilterra. In questo studio i pazienti hanno dato grande importanza alle informazioni sulla propria patologia e sui possibili trattamenti. Comunque nessuno studio indica che i pazienti possano preferire l'approccio "centrato sul consumatore", in cui il medico espone i trattamenti possibili e il paziente sceglie in piena autonomia. La maggior parte dei pazienti preferisce collaborare con il medico per decidere insieme quale trattamento intraprendere. Entrambi gli studi ribadiscono come i pazienti più giovani tendano a voler partecipare in maniera più incisiva alle scelte.

Quanta libertà hanno i pazienti nella scelta delle cure? Uno studio qualitativo che prendeva in considerazione il rapporto fra pazienti e personale infermieristico nella medicina generale, nell'emergenza



medica e in ambito psichiatrico ha evidenziato che ai pazienti psichiatrici vengono offerte più scelte rispetto agli altri pazienti. Tali scelte sono per lo più limitate al luogo e all'ora dell'appuntamento e non interessano la decisione fra diversi trattamenti. Questi risultati sono simili a quanto si è evidenziato in altre branche della medicina: una recente review ha dimostrato chiaramente che i pazienti vogliono più informazioni, mentre il desiderio di essere coinvolti nella scelta del trattamento è variabile. Se da una parte i pazienti più giovani e con maggior scolarità tendono a chiedere un maggior coinvolgimento nella scelta della terapia, dall'altra questi non sono gli unici fattori predittivi in presenza di un'evidente ampia variabilità fra individui peraltro simili. Si sono anche evidenziate differenze culturali nei diversi stati; inoltre i pazienti in corso di malattia hanno opinioni diverse rispetto alla popolazione generale (Coulter & Ellins, 2006).

Offrire più scelta migliora i risultati?

Un aspetto importante del dibattito è se offrendo al paziente una più ampia possibilità di scegliere i propri trattamenti si possa influire sull'efficacia dei trattamenti stessi. Finora infatti l'importanza della partecipazione del paziente nelle scelte terapeutiche è stata considerata solo dal punto di vista etico; tuttavia se si dimostrasse che contribuisce a migliorare i risultati, l'importanza della libertà di scegliere ne risulterebbe assai rinforzata. Intuitivamente si tende a pensare che i risultati possono essere migliori quando il paziente riceve una cura che sente appropriata; ciò è stato ampiamente dimostrato per quanto riguarda la psicoterapia, ma anche per la psichiatria clinica e per il trattamento di pazienti con disturbi gravi. Per esempio, è stato provato che considerare positivamente il trattamento prescritto migliora i risultati nelle terapie antidepressive (Priebe & Bröker, 1997; Bedi et al., 2000), nei pazienti ospedalizzati con depressione (Priebe, 1987; Priebe & Gruyters, 1995a) e schizofrenia (Bröker et al., 1995), nei trattamenti in Day Hospital (Priebe & Gruyters, 1994) e in quelli ambulatoriali a lungo termine (Priebe & Gruyters, 1995b; Priebe & Bröker, 1999). Queste osservazioni naturalistiche evidenziano che l'opinione del paziente sulle cure è importante non solo per quanto riguarda la compliance, come era ovvio aspettarsi, ma va anche a influenzare l'efficacia stessa dei trattamenti assunti. Le stesse ricerche non offrono in ogni caso alcuna indicazione su cosa succede se il paziente sceglie un certo trattamento o una specifica modifica della terapia.

Ci sono studi che mostrano come i pazienti depressi si affidino con più disponibilità alle cure quando hanno la possibilità di sceglierle, manifestando maggiore disponibilità a iniziare il trattamento: in un trial su 742 pazienti depressi un gruppo aveva la possibilità di scegliere fra psicoterapia e terapia psicofarmacologica, mentre il gruppo di controllo riceveva cure ordinarie, con possibilità di scelta limitata. I pazienti del primo gruppo hanno mostrato di accettare le cure più del gruppo di controllo, rispettivamente 50% e 33% (Dwight-Johnson et al., 2001). In secondo luogo i pazienti sono meno inclini a interrompere il trattamento: Rokke et al. (1999) hanno studiato 40 pazienti sottoposti a due tipi di trattamento autogestito (comportamentale e cognitivo). Il gruppo che poteva scegliere fra i due trattamenti ha evidenziato meno drop-out rispetto a quello di controllo, in cui i pazienti si sottoponevano a un trattamento assegnato, ma non si sono evidenziate differenze nei risultati, forse per il numero modesto di pazienti coinvolti.

Per quanto riguarda l'efficacia dei trattamenti vi sono ancora dubbi. Studi randomizzati sulle preferenze dei pazienti costituiscono un interessante sviluppo: infatti, in questi studi si confrontano pazienti che hanno potuto scegliere la terapia con pazienti cui la terapia è stata assegnata random. Per quanto riguarda le preferenze dei pazienti psichiatrici, gli studi sono di scarsa potenza e quindi non si è finora giunti a conclusioni chiare (Howard & Thornicroft, 2006). King et al. (2005) hanno effettuato una revisione sistematica della letteratura scientifica sulla scelta dei pazienti in tutti i settori della medicina. Tale revisione ha suggerito che la scelta dei pazienti possa influire sull'outcome, ma gli studi più ampi e meglio organizzati non hanno evidenziato alcun effetto. In uno studio ben congegnato e parzialmente randomizzato sulla preferenza dei pazienti, un gruppo di pazienti depressi poteva scegliere se sottoporsi a psicoterapia oppure a terapia farmacologica, mentre in un altro gruppo il trattamento è stato selezionato random. I pazienti che hanno scelto a quale trattamento sottoporsi non hanno mostrato miglioramenti superiori a quelli assegnati casualmente all'una o all'altra terapia.

Prendendo in considerazione altri studi emerge un quadro eterogeneo. Alcuni sostengono che offrire possibilità di scelta ai pazienti si associa a un miglioramento dell'outcome (Manthei et al., 1982). Devine & Fernald (1973) hanno rilevato un effetto positivo del poter scegliere una terapia comportamentale in 16 pazienti affetti da fobia dei serpenti, se paragonati a



un gruppo di 16 pazienti che non avevano la possibilità di scegliere il trattamento. In uno studio su pazienti con abuso alcolico (Kissen et al., 1971) i soggetti che potevano scegliere hanno tratto maggior beneficio di quelli che non potevano, mentre altri studi non hanno evidenziato alcun effetto positivo. In uno studio su pazienti con dipendenza da cocaina, un campione poteva scegliere fra psicoterapia individuale e di gruppo, mentre il gruppo di controllo non aveva la possibilità di scegliere il trattamento. Non si sono evidenziate differenze nell'outcome, anche se – stranamente – gli autori non hanno enfatizzato che nove mesi dopo i pazienti che avevano avuto la possibilità di scegliere facevano un uso di cocaina meno frequente rispetto all'altro gruppo (Sterling et al., 1997). In uno studio su pazienti psicotici ai quali era imposto un trattamento a livello territoriale, i pazienti che potevano scegliere fra diverse opzioni terapeutiche non mostravano miglioramenti superiori al gruppo che non poteva scegliere (Calsyn et al., 2000). Gli autori di questo studio ipotizzano che pazienti affetti da patologia meno severa possano beneficiare maggiormente della possibilità di scegliere la propria terapia rispetto a pazienti con una patologia a prognosi peggiore; non vi sono tuttavia prove consistenti a sostegno di tale ipotesi. Un altro studio randomizzato ha coinvolto un gruppo di pazienti in Day Hospital (Priebe & Gruyters, 1999): è stato chiesto al gruppo studiato quali cambiamenti desiderassero apportare al loro programma terapeutico, mentre tale scelta non è stata proposta al gruppo di controllo. Sono emersi tre fatti interessanti: in primo luogo i cambiamenti desiderati sono stati molto modesti, solo piccoli aggiustamenti al loro programma terapeutico. In secondo luogo lo staff ha avuto difficoltà a venire incontro a tali modeste richieste. Infine l'impatto sul trattamento è stato favorevole, in termini di disponibilità alle cure, di funzionamento autovalutato e di sintomi misurati secondo la BPRS.

Coulter & Ellins (2006), nella loro revisione della letteratura sulla condivisione delle scelte in medicina, concludono che una reale condivisione è abbastanza rara e che le iniziative per promuoverla sono scarsamente supportate. Sono stati identificati meccanismi per migliorare la condivisione delle scelte (formazione dei medici per migliorarne le capacità comunicative, incoraggiamento dei pazienti), tuttavia gli autori stessi riconoscono che nessuno di questi si è dimostrato in grado di migliorare l'efficacia terapeutica.

La reciprocità della scelta: la scelta del clinico

Per facilitare la scelta da parte del paziente bisogna riconoscere che vi è la necessità di una scelta reciproca da parte del medico. In molti sistemi sanitari pubblici infatti il medico segue pazienti secondo un criterio geografico e non può selezionare o scegliere di quali pazienti occuparsi. I servizi territoriali sono obbligati ad accettare tutti i pazienti del loro bacino d'utenza, secondo il principio della settorializzazione e dell'assistenza sanitaria territoriale generalista, questo al fine di garantire che i casi più complessi – e spesso cronici – non vengano reindirizzati altrove, finendo per ricevere un trattamento qualitativamente inferiore. Pertanto, all'interno di questi sistemi, la possibilità di scegliere è di fatto negata tanto al medico quanto al paziente. Se i pazienti potessero scegliersi il curante, quest'ultimo dovrebbe essere motivato a farsi scegliere e dovrebbe accettare il paziente. Un contratto terapeutico di questo tipo sarebbe probabilmente più complesso di quanto sembri a prima vista, perché molti medici sarebbero restii a farsi scegliere da pazienti difficili da curare.

Trattamenti diversi per pazienti diversi

Un principio basilare dell'assistenza sanitaria contemporanea è che pazienti differenti richiedono trattamenti differenti. Se l'*evidence-based medicine* può contribuire a impostare un trattamento, è pur vero che non tutti i pazienti in una determinata categoria diagnostica trarranno beneficio dalla medesima cura. La scelta della cura più adatta può essere influenzata da fattori quali la genetica, lo stile di vita del paziente, la disponibilità materiale dell'uno o dell'altro presidio terapeutico, le capacità del medico e le preferenze del paziente. Quest'ultimo fattore riporta in primo piano il problema della possibilità di scelta del paziente.

Un interessante aspetto della scelta del paziente circa il proprio trattamento è come questa possibilità interagisca con l'effetto placebo. L'effetto placebo in ambito psichiatrico è infatti di grande rilevanza (come peraltro in molte altre branche della medicina) ed è influenzato dalla fiducia che il medico pone nella cura e da come questa viene comunicata al paziente (Kirsch, 2006). Prescrivere un farmaco ritenuto inefficace al solo fine di sfruttarne l'effetto placebo è contrario alla deontologia medica, poiché costituisce un inganno al paziente. Ciò che è chiaro invece è che molti farmaci sono efficaci perché sia medico che paziente hanno



fiducia in tali cure e utilizzano così proprio l'effetto placebo. Se un paziente scegliesse una terapia che il medico ritiene inefficace, l'efficacia derivante dall'effetto placebo andrebbe perduta.

Nel trattamento individuale la possibilità di scelta da parte del paziente può essere resa più agevole utilizzando appositi strumenti ausiliari alla scelta terapeutica, specifici per l'ambito psichiatrico. Sviluppare tali strumenti finalizzati al trattamento individuale implica una serie di operazioni. Il paziente infatti deve poter accedere alle informazioni che ritiene utili prima, durante e dopo la visita psichiatrica. Potrebbe essere possibile valutare il tasso di risposta alle cure con delle indagini genetiche. Le conclusioni delle ricerche scientifiche dovrebbero essere discusse e valutate con il paziente. Il rapporto rischio/beneficio e la possibilità di effetti imprevedibili dovrebbero essere posti in discussione nel corso della visita. Le preferenze del paziente dovrebbero essere tenute nella debita considerazione valutando insieme a lui le diverse opzioni. Bisognerebbe tenere in considerazione quali terapie sono effettivamente disponibili a livello locale. Infine sarebbe importante esplicitare e riconoscere le pressioni tese a persuadere o costringere il paziente, come – per esempio – la possibilità di un futuro trattamento obbligatorio (Elwyn, 2004).

Conclusioni

Il termine “scelta” del paziente è stato utilizzato in modi diversi. Per questo è importante, quando se ne parla, distinguere bene fra gli aspetti etici dell'autonomia di scelta, gli aspetti economici in un modello liberistico di assistenza sanitaria e, nell'ambito di uno specifico percorso terapeutico, la cooperazione fra medico e paziente nel processo decisionale. Il primo è un importante argomento di dibattito civile, poiché riguarda i diritti umani di un gruppo di persone che, in passato, è stato spesso limitato nella propria facoltà di autodeterminarsi. Il secondo è invece un problema di natura politica che interessa governi, studiosi di economia sanitaria e dipendenti dei servizi sanitari. Il terzo è un fattore cruciale in ogni relazione medico-paziente e come tale deve essere affrontato, studiato e messo in pratica dagli psichiatri. Allo stato dell'arte emerge che i pazienti con patologia psichiatrica grave vogliono essere ampiamente informati sulla loro malattia e sulle possibili cure. Soprattutto i pazienti più giovani vogliono, al di fuori di condizioni di emergenza, poter esprimere il proprio parere riguardo alle cure, per lo più concordando

le terapie con il proprio medico piuttosto che sceglierle in completa autonomia.

Rispetto alla terminologia, si dovrebbe porre una distinzione fra i diversi usi della parola “scelta”: da un lato è utilizzata nel dibattito politico sull'aumento del numero e la privatizzazione dei servizi di assistenza sanitaria con una connotazione consumistica, dall'altro si riferisce alla cooperazione fra medico e paziente nel progetto terapeutico, che non si riduce a una mera scelta consumistica fra diverse opzioni predeterminate. In assenza di una chiara distinzione fra questi due aspetti si corre il rischio che quanto è emerso a favore della condivisione delle scelte venga inappropriatamente utilizzato per sostenere una frammentazione o privatizzazione dei servizi di assistenza. Offrire una maggior scelta ai pazienti può contribuire a una più efficace presa in carico, tuttavia la ricerca non ha ancora chiarito inconfutabilmente quale effetto possa avere sull'outcome. Inoltre non sono del tutto chiari i fattori coinvolti: se i trattamenti prescritti coinvolgendo il paziente nel processo decisionale siano diversi e più efficaci di quelli che avrebbe prescritto lo psichiatra da solo, oppure se offrire al paziente una scelta contribuisca a instaurare una migliore relazione medico-paziente, fattore terapeutico non-specifico (Priebe & McCabe, 2006), o entrambi.

In psichiatria, come peraltro nelle altre branche della medicina, non sono state intraprese azioni sistematiche tese a favorire e stimolare la condivisione della scelta delle cure, nonostante tale progetto possa essere pienamente giustificato sulla base delle attuali conoscenze. Si potrebbe per esempio offrire al paziente materiali informativi e di supporto alla scelta delle cure, stimolarlo a esprimere le proprie opinioni in merito e formare gli psichiatri per migliorarne le capacità comunicative.

Considerando pazienti affetti da gravi disturbi psichici, concordare con loro le cure avrà sicuramente effetti specifici, simili a quelli presenti in ogni altro ambito sanitario, ma forse anche alcuni effetti specifici, in considerazione dei frequenti trattamenti obbligatori e della peculiarità dei loro sintomi e dei loro disturbi. Il percorso verso una reale condivisione della scelta è ampiamente variabile in funzione del background, delle personalità e delle preferenze del paziente e del medico, del contesto terapeutico e della tipologia delle decisioni. Poiché non vi sono ancora studi su come raggiungere questi obiettivi e su come offrire al personale sanitario la necessaria formazione, il concetto di “scelta del paziente” sarà basilare nelle ricerche future.

**BIBLIOGRAFIA**

Bedi N., Chilvers C., Churchill R., Dewey M., Duggan C., Fielding, K. et al. (2000). Assessing effectiveness of treatment of depression in primary care: partially randomised preference trial. *British Journal of Psychiatry* 177, 312-318.

Bröker M., Röhrich F., Priebe S. (1995). Initial assessment of hospital treatment by patients with paranoid schizophrenia: a predictor of outcome. *Psychiatry Research* 58, 77-81.

Calsyn R.J., Winter J.P., Morse G.A. (2000). Do consumers who have a choice of treatment have better outcomes? *Community Mental Health Journal* 36, 149-160.

Coulter A. (2002). *The autonomous patient: ending paternalism in medical care*. The Nuffield Trust, TSO: London.

Coulter A. & Ellins J. (2006). Patient focused interventions: a review of the evidence. The Health Foundation and Picker Institute Europe: London.

Devine D.A. & Fernald P.S. (1973). Outcomes effects of receiving a preferred, randomly assigned or nonpreferred therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 41, 104-107.

Dwight-Johnson M., Unutzer J., Sherbourne C., Tang L., Wells K. (2001). Can quality improvement programmes for depression in primary care address patient preferences for treatment. *Medical Care* 39, 934-944.

Elwyn G. (2004). Arriving at the postmodern medical consultation. *European Journal of General Practice* 10, 93-97.

Ende J., Kazis L., Ash A., Moscovitz M. (1989). Measuring patients' desire for autonomy. *Journal of General Internal Medicine* 4, 23-30.

Entwistle V.A., Skea Z.C., & O'Donnell M.T. (2001). Decisions about treatment: interpretations of two measures of control by women having a hysterectomy. *Social Science and Medicine* 53, 721-732.

Hamann J., Leucht S., Kissling W. (2003). Shared decision making in psychiatry. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 107, 403-409.

Hamann J., Cohen R., Leucht S., Busch R. & Kissling W. (2005). Do patients with schizophrenia wish to be involved in decisions about their medical treatment? *American Journal of Psychiatry* 162, 2382-2384.

Howard L. & Thornicroft G. (2006). Patient preference randomised controlled trials in mental health research. *British Journal of Psychiatry* 188, 303-304.

Hill S.A. & Laugharne, R. (2006). Decision making and information seeking preferences among psychiatric patients. *Journal of Mental Health* 15, 75-84.

King M., Nazareth I., Lampe F., Bower P., Chandler M., Morou M., Sibbald B., Lai R. (2005). Impact of participant and physician intervention preferences on randomised trials - a systemic review. *Journal of the American Medical Association* 293,1089-1099.

Kirsch I. (2006). Placebo: the role of expectancies in the generation and alleviation of illness. In: *The Power of Belief* (eds P. Halligan and M. Aylward). OUP: Oxford.

Kissen B., Platz A., Su W. (1971). Selective factors in treatment choice and outcome in alcoholics. In: *Recent advances in studies of alcoholism* (eds N. Mello and J. Mendelson). US Government Printing Office: Washington DC.

Laugharne R. & Priebe S. (2006). Trust, choice and power - a literature review. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, in stampa.

Manthei R.J., Vitalo R.L., Ivey A.E. (1982). The effect of client choice of therapist on therapy outcome. *Community Mental Health Journal* 18, 220-227.

Priebe S. (1987). Early subjective reactions predicting the outcome of hospital treatment in depressive patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 76, 134-138.

Priebe S. & Bröker M. (1997). Initial response to active drug and placebo predicts outcome of antidepressant treatment. *European Psychiatry* 12, 28-33.

Priebe S. & Bröker M. (1999). Prediction of hospitalizations by schizophrenia patients' assessment of treatment: an expanded study. *Journal of Psychiatric Research* 33, 113-119.

Priebe S. & Gruyters T. (1994). Patients' and caregivers' initial assessments of day-hospital treatment and course of symptoms. *Comprehensive Psychiatry* 35, 234-238.

Priebe, S. & Gruyters T. (1995a). The Importance of the first three days - predictors of treatment outcome in depressed in-patients. *British Journal of Clinical Psychology* 34, 229-236.

Priebe S. & Gruyters T. (1995b). Patients' assessment of treatment predicting outcome. *Schizophrenia Bulletin* 21, 87-94.

Priebe S. & Gruyters T. (1999). A pilot trial of treatment changes according to schizophrenic patients' wishes. *Journal of Nervous and Mental Diseases* 187, 441-443.

Priebe S. & McCabe R. (2006). The Therapeutic relationship in psychiatric settings. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 113, (Suppl.) 429, 69-72.

Rokke P.D., Tomhave J.A., Jovic Z. (1999). The role of client choice and target selection in self management therapy for depression in older adults. *Psychology and Aging* 14, 155-169.

Sterling R.C., Gottheil E., Glassman G., Weinstein S.P., Serota R.D. (1997). Patient treatment choice and compliance: data from a substance misuse programme. *American Journal of Addiction* 6, 168-176.

Warner L., Mariathan J., Lawton-Smith S., Samele C. (2006). *Choice Literature Review*. The Sainsbury Centre for Mental Health and King's Fund: London.

INDIRIZZO PER LA CORRISPONDENZA

Richard Laugharne
Wonford House Hospital
Dryden Road, Exeter EX2 5AF, UK
E-mail: richard.laugharne@pms.ac.uk



Germana Agnetti

Unità Operativa di Psichiatria 1, Dipartimento di Salute Mentale, Azienda Ospedaliera Niguarda, Milano

ARRIVANO I CONSUMATORI: DOVE ANDIAMO?

The consumers are coming: where shall we go?

Premessa

Il paradosso di un mondo sempre più globalizzato, in cui i meccanismi di potere sono coperti e incontrollabili, è la crescita del bisogno di partecipazione. A questo proposito negli ultimi tempi si è aperto un ampio dibattito che ha dato luogo a riflessioni rilevanti che attengono alla sfera sociale e politica. Il bisogno di partecipazione assume caratteristiche specifiche nei diversi contesti in quanto dipende dalla posizione occupata. Il fatto per esempio di essere consumatori dà il diritto di esprimere un'opinione su ciò che viene prodotto e consumato, si tratti di cibo, trasporti o sanità. Esprimere la propria opinione significa in qualche modo avere la possibilità, quantomeno teorica, di orientare politiche che attengono alla propria vita e di partecipare in maniera più o meno incisiva ai processi decisionali che ci riguardano direttamente. Si potrebbe dire che è una nuova forma di democrazia.

Lo sviluppo nel campo sanitario del movimento dei consumatori, cioè dei cittadini utenti come soggetto collettivo e organizzato che agisce come attore sociale (Crozier & Friedberg, 1977), va inquadrato in dinamiche sociali che si situano a livello di macromutamenti e che in quanto tali hanno una forza incontrastabile, pur considerando la situazione di profonda ambiguità e disparità di potere in cui si trova il consumatore di offerta sanitaria. Nell'ambito della salute mentale inoltre vi è uno spartiacque tra chi soffre di depressione, disturbi

alimentari, attacchi di panico o altre sindromi ansiose e chi soffre di problemi psicotici o gravi disturbi di personalità. I primi frequentemente considerano il proprio disturbo come una malattia, al pari di quelle fisiche, senza mettere in discussione i modelli interpretativi dei disturbi di cui soffrono e non pongono in agenda temi relativi ai diritti collettivi. Molti di questi gruppi sono attivi nel raccogliere fondi, organizzare o promuovere servizi, esprimendo a volte critiche e dissenso sulla qualità dei trattamenti o sull'allocazione delle risorse, senza però contestare i fondamenti della psichiatria. Gli utenti dell'area dei disturbi gravi, al contrario, non sempre accettano lo status di malattia della loro condizione o ne ridefiniscono i contenuti, spesso mettono in questione il modello psichiatrico e hanno come interesse principale i diritti, lo stigma, l'autodeterminazione, la definizione di malattia mentale, differenziandosi in questo modo da buona parte dei consumatori in campo sanitario. La loro presenza organizzata è un fenomeno nuovo, destinato a introdurre mutamenti profondi le cui implicazioni non sono ancora evidenti.

Vi sono periodi storici in cui avvengono capovolgimenti radicali in grado di mutare paradigmi e prospettive: è ciò che si è verificato negli ultimi quaranta anni in psichiatria, con la fine dell'epoca dei manicomi e la nascita della psichiatria di comunità. Non abbiamo ancora ben metabolizzato questo cambiamento ed ecco che un altro, di proporzioni altrettanto grandi se non



maggiori, sta coagulandosi: lo sviluppo di un movimento di utenti con disturbi psichici gravi.

Movimento degli utenti o gruppi di utenti in movimento?

Il fenomeno è iniziato una trentina di anni fa con l'entrata in campo delle associazioni dei familiari, dapprima in Francia nel 1964 con l'*Union Nationale des amis et des familles des malades mentaux*, poi in Inghilterra nel 1971 con la *National Schizophrenia Fellowship* e nel 1978 negli Stati Uniti con la *National Alliance for the Mentally Ill*. Si tratta di organizzazioni che hanno raggiunto livelli di potere rilevante anche dal punto di vista economico e che hanno contribuito a far conoscere e far emergere nuovi punti di vista sulle malattie mentali, aumentando consapevolezza e tolleranza nelle comunità, influenzando la politica e le strategie dei servizi di salute mentale e divenendo una forza di pressione anche politica senza precedenti (Agnetti, 2006).

Pur riconoscendo la crucialità del loro ruolo e le sue implicazioni, anche di apripista, bisogna tenere presente che tra i movimenti dei familiari e quelli degli utenti primari esiste un iato incommensurabile dovuto alla diversa posizione occupata e ai punti di vista differenti, intorno a interessi e valori spesso in contrasto. Per le persone sofferenti di disturbi mentali impersonare il ruolo di cittadino utente e attore sociale è stato un cammino più difficile, irto di ostacoli, non ultimo il dover pagare uno scotto storico e implicito alla psichiatria, connesso all'idea che le persone con sofferenza psichica non siano del tutto autonome e soprattutto non siano titolari di indipendenza di giudizio e attitudine critica rispetto al proprio malessere e quindi ai modi per affrontarlo. A dispetto di ciò, negli ultimi decenni vi è stato un proliferare di gruppi e organizzazioni di utenti, apparentemente divisi ma nel complesso in grado di acquisire una presenza sempre più visibile in molte parti del mondo, sponsorizzando convegni nazionali e internazionali, partecipando a incontri e congressi su argomenti psichiatrici, sedendo a tavoli in cui si discutono e decidono aspetti di politica sanitaria.

L'elenco di gruppi e organizzazioni sparsi in molti Paesi del mondo si è fatto ormai molto lungo. In Europa decine di associazioni piccole e grandi sono riunite in modo più o meno stabile nell'*European Network of (ex-) Users and Survivors of Psychiatry*, il cui sito internet (www.enusp.org) permette di verificare l'esistenza di utenti organizzati in quasi tutti i Paesi del continente, dall'Albania all'Ucraina, inclusi Lussemburgo, Liechtenstein e

isole Fær Øer. È particolarmente rilevante la presenza in Gran Bretagna e in Germania. Oltremontana si conta una dozzina di associazioni nazionali, tra cui vanno segnalate *Survivors Speak Out*, *Hearing Voices Network*, *United Kingdom Advocacy Network* e un numero ancora maggiore di gruppi locali. In Germania un'accentuata spinta alla centralizzazione e una maggiore capacità organizzativa hanno favorito la nascita di una solida associazione nazionale che per le sue dimensioni non ha rivali in Europa, il *Bundesverband Psychiatrie Erfahrener*. Questa associazione, pur portando avanti con forza posizioni in contrasto con la psichiatria ufficiale, è finanziata dal ministero della salute tedesco ed è considerata un vero e proprio interlocutore dagli amministratori, come altre realtà nei Paesi del nord Europa.

Al di fuori del nostro continente la forza del movimento si manifesta anzitutto negli Stati Uniti, dove vi sono sia gruppi importanti presenti in singoli Stati (molto attivi quelli della California, dell'Ohio e di New York) sia associazioni radicate su tutto il territorio nazionale, con sezioni diverse per i diversi Stati. Tra le più autorevoli ricordiamo la *National Mental Health Consumer Associations*, la *National Alliance for Mental Patients*, la *Schizophrenics Anonymous* e la *Mind Freedom*. In Australia e Nuova Zelanda gli utenti organizzati hanno raggiunto uno status riconosciuto, tanto che la loro presenza come partecipanti ai processi di accreditamento dei servizi è ormai elemento indispensabile.

La forza del movimento nel suo insieme è notevole nonostante che i gruppi non siano omogenei tra loro e mantengano punti di vista e prospettive differenti, con obiettivi e strategie distinti. Alcuni gruppi si costituiscono prevalentemente come centri di aggregazione, auto-aiuto e promozione dei diritti, altri si pongono in un'ottica di integrazione rispetto ai servizi psichiatrici, altri ancora portano avanti l'ambizione di creare servizi alternativi o di sostenere concezioni e ricerche sulla malattia mentale che si scostino radicalmente da quelle ufficiali, altri infine si pongono in un'ottica di sfida e denuncia rispetto alle pratiche e all'establishment psichiatrico. Il trattamento obbligatorio, l'esistenza o meno della malattia mentale, il rapporto con i clinici, il significato della guarigione sono temi scottanti che aprono dibattiti accesi e pongono sul tappeto elementi di conflitto tra gruppi che hanno premesse filosofiche e politiche differenti. Tuttavia questo elemento di divisione anche aspra è fonte di ricchezza e possibilità di confronto. Il movimento degli utenti, lungi dall'essere un universo granitico o dal condensarsi intorno a due o



tre schieramenti contrapposti, è una galassia di organizzazioni diversificate e reciprocamente intrecciate che si situano in un continuum che spazia da posizioni di collaborazione a posizioni di guerra aperta con il mondo professionale.

La frammentazione a prima vista sembra un handicap, in realtà negli ultimi anni il movimento si è concettualmente rafforzato e i livelli di potere raggiunti sono tutt'altro che trascurabili. Attualmente nel mondo anglosassone e nell'Europa centro-settentrionale gli utenti sono spesso coinvolti a livello di politica sanitaria e la loro presenza ha cambiato il mondo dei servizi. Abbastanza spesso negli Stati Uniti, in Inghilterra o in Olanda sono assunti negli uffici che si occupano della salute mentale. Per esempio, il regolamento dello Stato della California prevede che negli organismi di gestione delle strutture residenziali siano presenti rappresentanti degli utenti. In tutti gli Stati Uniti non è raro per gli utenti essere coinvolti nella gestione dei servizi o gestire in proprio servizi veri e propri.

La capacità di leadership si manifesta anche nell'impatto che le organizzazioni di utenti hanno avuto su molte associazioni di familiari, inducendole in parte a modificare le loro posizioni, come è avvenuto in Inghilterra con la *National Schizophrenia Fellowship* che ora ha mutato il suo nome in *Rethink* e accoglie anche gli utenti. Va anche rilevata la considerazione conquistata presso organizzazioni internazionali quali le Nazioni Unite, l'Unione Europea e l'Organizzazione Mondiale della Sanità. Inoltre è degno di nota l'impatto che il pensiero di alcuni di questi gruppi ha avuto e ha sia nel dibattito scientifico sia nella gestione dei servizi e nella loro formulazione filosofica, basti pensare al modello della guarigione.

Un atto di riappropriazione

Guarigione è il termine con cui può essere tradotta in italiano, sia pure con una sfumatura diversa, la parola *recovery*, che viene abitualmente usata con riferimento al modello che in questi anni si è sviluppato intorno a questo concetto. Ricordo la prima volta che ne ho sentito parlare direttamente. Era il 1988 al congresso di Amburgo della World Association for Psychosocial Rehabilitation, Patricia Deegan, dottorato in psicologia e pregressa diagnosi di psicosi, presentò in plenaria di fronte a un uditorio di mille persone una relazione splendida ed emozionante su quello che per lei era stata la sua guarigione e sui punti di svolta che l'avevano spinta a prendere una posizione attiva rispetto al proprio

devastante malessere, dando la seguente definizione: *“La guarigione è un processo, un modo di vivere, un atteggiamento, un modo di far fronte alle sfide quotidiane. Non è un processo perfettamente lineare. La necessità di affrontare le sfide della disabilità e di ritrovare un nuovo senso di integrità e valore, un nuovo scopo all'interno dei limiti della disabilità; l'aspirazione è di vivere, lavorare e amare all'interno di un contesto sociale a cui si deve dare un contributo significativo”* (Deegan, 1988). Va sottolineato che il modello della guarigione, così come è sostenuto dai gruppi di utenti che in esso si riconoscono, fa riferimento a un concetto che è insieme processo ed esito ed è per sua natura indefinibile, in quanto affonda le radici nella definizione di valori, interessi e obiettivi assolutamente individuali. È chiaro che è concettualmente antitetico rispetto ai paradigmi psichiatrici classici. Ciononostante, il tema della guarigione è diventato un modello assunto a punto di riferimento, oltre che dalle organizzazioni di utenti e da molti ricercatori (Mezzina et al., 2006), anche da numerosi servizi che hanno ripensato in questa luce al modo di fare clinica e riabilitazione.

Vi è una connessione importante tra guarigione e valorizzazione dell'esperienza soggettiva e tra guarigione e interventi di autogestione dei sintomi psicotici che integrano tecniche di tipo cognitivo con una strategia di *empowerment* che le contestualizza e le trasforma in pratiche altre, come ben esemplificato dall'attività di Ron Coleman (Coleman et al., 2004). In particolare il modello della guarigione riporta, depurato degli aspetti tecnici con cui è stato sempre associato in psichiatria, il grande tema della soggettività, sottraendolo al potere di definizione e interpretazione degli psichiatri psicoterapeuti e rivisitandolo all'interno di un atto di riappropriazione. *“Niente su di me senza di me”*, così recita il *Network News* dell'*Australian Mental Health Consumer Network* (www.amhcn.com.au). Questo motto è diventato realtà anche in un campo storicamente appannaggio esclusivo di superspecialisti, quale la ricerca. Fino a non molto tempo fa infatti il movimento degli utenti era soltanto oggetto di ricerca prevalentemente di tipo sociologico, ma negli ultimi anni persone che hanno avuto l'esperienza della malattia mentale hanno iniziato a fare esse stesse ricerca. E il movimento degli utenti è passato in una posizione di soggetto attivo che decide come e su cosa impostare la ricerca.

Le battaglie indipendenti

Mobilizzazione è un'altra parola d'ordine per il movimento degli utenti. Forse nessuna associazione ha



raggiunto la capacità di mobilitazione e di pressione di *Mind Freedom*, il cui motto è "Unitevi in uno spirito di mutua cooperazione per una rivoluzione non violenta in salute mentale". Il sito internet di questa organizzazione statunitense (www.mindfreedom.org), estremamente ricco e accattivante, è visitato da migliaia di persone e funziona come una vera e propria centrale operativa dalla quale è in grado di sferrare sfide importanti alle associazioni della psichiatria ufficiale e alle case farmaceutiche, evidenziando criticità e mettendo a nudo le ambiguità che generano connivenza tra politica, pratica psichiatrica e interessi economici prevalentemente legati all'industria farmaceutica. Il sito ospita notizie, denunce, storie personali di guarigione e di resilienza rispetto alle pratiche psichiatriche, è luogo che facilita incontri e dibattiti intorno a temi caldi nella salute mentale, con possibilità di scambio e acquisto in rete di libri e materiali che sostengono un cambiamento del sistema della salute mentale. Dal sito vengono lanciate vere e proprie campagne per i diritti umani e alternative al sistema sanitario di salute mentale. Estremamente incisive sono state le campagne nei confronti delle case farmaceutiche per aver taciuto dati rilevanti sulla nocività dei farmaci antipsicotici. Nel 2004 fu anche in grado di lanciare uno sciopero della fame per far convergere l'attenzione sulla sua campagna contro l'egemonia bio-medica in psichiatria e affinché l'*American Psychiatric Association* fosse messa nelle condizioni di produrre evidenze rispetto alla pretesa di individuare la schizofrenia come malattia reale. L'organizzazione, no profit e indipendente, è molto attenta e diffidente rispetto a qualsiasi forma di contaminazione economica, tanto da considerare persino il sostegno economico governativo come un elemento che mina l'indipendenza delle associazioni e la loro capacità di combattere per i diritti umani in assoluta libertà.

Sguardo sull'Italia

Mentre nel mondo anglosassone e nel nord Europa l'associazionismo degli utenti è una realtà con cui fare i conti, da noi, come in tutta l'Europa meridionale, il movimento sta faticosamente emergendo e muovendo i primi passi. Analogamente a ciò che è successo in tutte le parti del mondo, sono stati i familiari ad andare avanti per primi, in nome degli interessi dei pazienti. L'occasione di costituirsi come gruppo di pressione è stata fornita dalla chiusura degli ospedali psichiatrici, che ha innescato processi all'inizio rivendicativi ma ben presto approdati a posizioni più mature e costruttive,

determinando un risveglio di consapevolezza intorno alle questioni che riguardano la malattia mentale e le sue cure. Per le persone sofferenti di disturbi mentali anche da noi il cammino è stato ed è molto difficile, causando un inevitabile ritardo rispetto ai familiari nell'assumere un ruolo sociale. Negli ultimi anni tuttavia lo sviluppo di gruppi di utenti organizzati, più o meno in contiguità con gli operatori dei servizi e le associazioni di familiari, ha preso gradualmente corpo, nonostante molte difficoltà legate a vari fattori culturali, economici, organizzativi e normativi (Re, 2005). Tra gli ostacoli di ordine culturale bisogna annoverare una scarsa abitudine, fino a poco tempo fa, da parte dei cittadini italiani a esercitare un ruolo partecipativo al di fuori delle tradizionali organizzazioni politiche e sindacali. Inoltre, per quanto riguarda l'offerta sanitaria, la diffusa subordinazione al potere medico con oscillazioni tra atteggiamenti passivi di dipendenza e atteggiamenti rivendicativi, spesso connessi a campagne mediatiche, ha reso difficile per l'utente un ruolo reale e concreto di tipo contrattuale e partecipativo. È anche necessario aggiungere che non esistono, al momento attuale, politiche di sostegno alle associazioni di utenti, come invece succede in altri Paesi dell'Unione Europea.

Vi sono infine fattori specifici, riguardanti il contesto psichiatrico italiano, l'assetto dei servizi e il rapporto tra operatori e utenti. L'influenza di Basaglia, che dalla fine degli anni Sessanta ai primi anni Ottanta ha alimentato la crescita culturale di buona parte degli operatori e ha influito sulla riforma della psichiatria italiana, ha comportato una forte spinta etica e una sensibilità nei confronti delle violazioni dei diritti e delle pratiche violente quali l'elettroshock, la contenzione e in qualche misura anche il ricovero obbligatorio. Nonostante che vi sia a volte un divario, spesso misconosciuto dagli stessi operatori, tra sensibilità data per acquisita e pratiche non sempre conseguenti, la cornice concettuale del nostro assetto psichiatrico garantisce più che in altri Paesi un certo rispetto dei diritti. L'abolizione dei manicomi e l'impossibilità di accogliere nelle comunità senza consenso, eliminando in pratica la detenzione forzata a lungo termine in ambito psichiatrico, sono state importanti garanzie su cui si è costruita una pratica più umana e amichevole, che ha facilitato i rapporti di fiducia e vicinanza tra operatori e pazienti, rendendo più inconsueto per gli utenti prendere posizioni critiche, in modo autonomo e organizzato, nei confronti dell'offerta di cura.



Non tutto è idilliaco, ma nell'insieme, a parte alcune eccezioni, i servizi diventano facilmente punti di riferimento costante e, con un salto culturalmente compatibile, molti sono inclini a sviluppare pratiche di riabilitazione partecipata. Per questo motivo da noi vi è una cultura consolidata del fare insieme e, in questa prospettiva, troviamo da più parti gruppi di auto-aiuto con la presenza di operatori dei servizi in qualità di facilitatori e gruppi misti di utenti, familiari e operatori (Cirri, 1997). Emblematico a tale proposito è il movimento delle Parole Ritrovate (www.leparoleritrovate.org) che, partito da Trento, in pochi anni è diventato un punto di incontro importante a livello nazionale, con un ruolo strategico di stimolo per un movimento di utenti tutto italiano in cui il raccontarsi e il fare insieme sono elementi che promuovono un movimento partecipativo ed emancipativo volto all'integrazione.

Molti sono i gruppi di utenti organizzati presenti in Italia, in Piemonte, Liguria, Lombardia, Friuli, Trentino, Emilia, Umbria, Toscana, che hanno recentemente consolidato una consapevolezza di appartenenza del tutto nuova. Fenomeni come Radio Rete 180 di Mantova (www.rete180.it), l'Associazione Rete Regionale Toscana Utenti della Salute Mentale, la lista utenti del Piemonte (www.bollettino-owner@utenti.net) o il CIUMBIA di Milano (Coordinamento Itinerante Utenti di Milano e Brianza, sigla tramutata in *ciumbia*, esclamazione milanese che indica un'allegria sorpresa) erano impensabili fino a qualche anno fa. Tra i gruppi sulla scena italiana occupano un posto minoritario ma di rilievo quelli che si contrappongono nettamente al mondo psichiatrico, quali No!Pazzia (www.nopazzia.it) e Telefono Viola di Milano (www.ecn.org/telviola), con contatti a Catania, Firenze, Messina, Palermo e Piacenza.

La vitalità di questi movimenti è testimoniata dalla partecipazione massiccia a due convegni milanesi dedicati al movimento degli utenti, organizzati dalla World Association for Psychosocial Rehabilitation e dal comune di Milano, il primo nel 2005 a carattere internazionale, a cui sono intervenuti l'Organizzazione Mondiale della Sanità e utenti da tutte le parti del mondo, il secondo riservato agli utenti italiani, realizzato con il contributo dell'Azienda Ospedaliera Niguarda nel 2006. Insomma, il fenomeno è in crescita e come spesso avviene quando si introducono cambiamenti, dopo una partenza stentata e vacillante, inaspettatamente si innescano sviluppi che non è possibile arrestare.

Quando il meticciano è un punto di forza

In Italia, come abbiamo visto, le associazioni e i gruppi organizzati di utenti mantengono quasi sempre un filo di continuità con servizi e operatori, fornendo un esempio particolare di meticciano. Ma ovunque, intorno ai confini di questo movimento, esistono esperienze a partenza dal mondo della psichiatria e/o del volontariato che si interfacciano con la galassia del movimento stesso. Sono per lo più esperienze di inclusione sociale che non sarebbero tali se non vedessero gli utenti in primo piano e che possono considerarsi una sorta di connubio tra movimento ed esperienze psichiatriche innovative. Ne sono esempi molte Cooperative italiane di tipo B, che uniscono saldamente istanze partecipative e inserimento nel mondo del lavoro (De Leonardis et al., 1994). È illuminante ricordare la prima impresa sociale di pazienti psichiatrici, nata a Trieste nel 1973 all'interno di una più ampia battaglia per i diritti umani e civili nel campo della salute mentale e alla lotta contro la segregazione manicomiale (Gallio et al., 1983). Vale anche la pena ricordare, per non dimenticare le radici dei fenomeni, la processione di pazienti e lavoratori dell'Ospedale Psichiatrico di Trieste, che nel 1973 accompagnava la statua di Marco Cavallo a occupare simbolicamente il centro cittadino, con il suo ventre di cartapesta pieno di lettere di desideri dei pazienti del manicomio.

Le assunzioni lavorative di utenti all'interno dei servizi psichiatrici come facilitatori che affiancano i case manager, aiutanti nei centri residenziali, terapisti e altro, sono un altro esempio di meticciano. Denver, nel Colorado, è stata antesignana in questo tipo di fenomeni (Leff & Warner, 2006), ora presenti, in modo più o meno strutturato, anche in Italia, in particolare in Toscana, a Trento, a Trieste e a Saronno, dove con un progetto innovativo regionale si è costituita una scuola triennale per utenti-facilitatori.

Meritano di essere citate l'esperienza della farmacia orientata all'utente, aperta nel 1992 al Mental Health Center di Boulder nel Colorado, e le *Clubhouses* che propongono un modello partecipativo di gestione con programmi finalizzati ai bisogni ricreativi, sociali e lavorativi di utenti gravi, in un contesto caratterizzato da condivisione e mutuo supporto (Leff & Warner, 2006). Le *Clubhouses* su modello della *Fountain House* di New York sono oggi sparse in tutto il mondo; nel 2003 ce n'erano più di 300 certificate, di cui 84 in Europa con circa 12.500 associati. Anche in Italia troviamo un'esperienza che si ispira a questo modello, il Club Itaca di Milano (www.progettoitaca.org).



Il meticcio fa riferimento a situazioni in cui operatori, volontari e utenti lavorano fianco a fianco creando un prodotto, un'offerta sanitaria o parasanitaria nuova. Funziona nel senso che da un lato operatori e volontari fanno qualcosa per favorire lo sviluppo di un movimento di utenti consapevoli e partecipanti, dall'altro gli utenti aiutano gli operatori a rendere i servizi migliori e più adeguati alle necessità delle persone che soffrono di disturbi mentali.

Infine, in letteratura scientifica trovano sempre più spazio i resoconti di esperienze e i punti di vista di persone con sofferenze mentali. Ciò porta in primo piano nell'arena scientifica idee e prospettive che mettono in crisi buona parte delle prassi psichiatriche influenzando teorie e pratiche dei servizi. Basti pensare al modello della guarigione che è stato declinato e incorporato nella pratica terapeutica, riabilitativa e organizzativa, informando cultura e lessico dei servizi oppure dando luogo a programmi specifici.

Il meticcio dunque può essere considerato una fucina di cambiamento che agisce in una logica sistemica di circuiti riflessivi.

Dove andiamo?

La presenza di un movimento degli utenti è quindi destinata a introdurre profonde modifiche nel rapporto tra servizi e utenti e tra operatori e pazienti. Alcuni elementi sono già delineati: innanzitutto un aumento della contrattualità a tutti i livelli, da quello più intimo dell'interpretazione del malessere e della gestione dei provvedimenti terapeutici, di cui la farmacoterapia è solo un aspetto, a quello della politica e dell'organizzazione dei servizi, con la conseguente incorporazione di altri punti di vista che mettono in crisi il potere clinico con le sue esclusive prerogative di definizione e decisione.

Siamo pronti ad accettare questo cambiamento? Vi sono importanti implicazioni rispetto a questioni cruciali quali il potere, il controllo, l'ordine dei ruoli e delle gerarchie. Prendiamo per esempio il già citato fenomeno di Coleman, che ha coagulato intorno a sé notevole interesse e adesione. Ron Coleman è una persona con una diagnosi di psicosi, che appartiene alla rete di uditori di voci, ha scritto libri, fa terapia e tiene come docente seminari e corsi nei quali gli allievi sono coppie di pazienti e operatori, non necessariamente psicoterapeuti. Questi corsi insegnano a lavorare con le voci al fine di ottenere una sorta di guarigione, che non significa necessariamente la scomparsa delle voci

stesse (Coleman & Smith, 2005). Questo è curare? È psicoterapia? E chi cura chi? Coleman, che pure non è esponente di un gruppo di utenti organizzati, è da considerarsi comunque parte integrante del movimento degli utenti, rappresentando un anello di congiunzione tra soggettività, modello di guarigione ed *empowerment* politico.

Che impatto ha tutto ciò sui nostri servizi e sul nostro modo di intendere la psichiatria? È possibile essere allievi di Coleman e non ascoltare i programmi di autogestione di altri gruppi di utenti che portano avanti istanze più politiche e/o di contrapposizione? È possibile, è utile o non è piuttosto riduttivo utilizzare gli apporti culturali nuovi, quasi fossero corsi di aggiornamento, senza fare i conti con gli aspetti oltranzisti del movimento che riflettono un sentimento comune e fondante rispetto alla malattia mentale e alle sue cure?

È evidente che fare i conti con il movimento degli utenti significa accettare sfide difficili e allora, perché mai farlo? Vi sono ragioni a favore che sono etiche, politiche, scientifiche e cliniche. Dal punto di vista etico vi è il dovere di dare ascolto e voce agli interessati, senza contare il fatto che questo è ormai un imperativo storico da cui non è possibile esimersi. In termini di politica sanitaria è necessario riconoscere che non solo i servizi psichiatrici formali, ma neppure il mondo del privato sociale e della cooperazione possono ambire a governare programmi e progetti senza prendere in considerazione il punto di vista degli utenti sull'erogazione dei servizi e su ciò che viene da loro esperito come importante. Infatti, questo è un discorso che non è strettamente inerente all'ambito della salute mentale, ma che fa parte di processi democratici più generali che si mantengono e sviluppano nelle pieghe della nostra società e riguardano la titolarità del cittadino consumatore e utente. Non va dimenticato a questo proposito come l'opinione degli utenti della psichiatria sia diversa da quella dei clinici rispetto a molti aspetti delle pratiche correnti e delle priorità, per cui lo scambio e il confronto su temi cruciali è imprescindibile per un buon modello organizzativo dei servizi (Barbato, 1999).

Infine vi sono le ragioni scientifiche e cliniche: le ricerche ci dimostrano che il coinvolgimento delle persone nelle decisioni che le riguardano e il fatto di poter esercitare un ruolo attivo rispetto alla propria cura producono esiti migliori. Inoltre, tener conto delle valutazioni degli utenti e della loro esperienza soggettiva rispetto a sofferenza e cure migliora da un



lato l'adesione al trattamento e dall'altro la comprensione clinica, per la quale è indispensabile cogliere le dimensioni significative dell'esperienza soggettiva (Bentall, 2003).

Se si vuole raccogliere la sfida, ai servizi spetta un compito difficile che presenta elementi paradossali. Tuttavia questi stessi elementi possono permettere, con un triplice salto mortale, di raggiungere una maggior competenza clinica e organizzativa, di integrare istanze diverse, a volte contrastanti, in una sola cornice che accetti e faccia tesoro anche degli inevitabili conflitti e di mettersi nella condizione di cogliere frutti maturi. Si tratta di cedere potere e grazie a questa cessione raggiungere una maggior capacità di comprensione e integrazione.

■ BIBLIOGRAFIA

Agnetti G. (2006). Famiglia del paziente psichiatrico. In: *Psiche. Dizionario storico di psichiatria, psicoanalisi, neuroscienze. A-K* (a cura di F. Barale, M. Bertani, V. Gallese, S. Mistura, A. Zamperini). Einaudi: Torino.

Barbato A. (1999). I professionisti della salute mentale di fronte agli utenti organizzati: problemi e prospettive. *Rivista Sperimentale di Freniatria* 123, 165-169.

Bentall R. (2003). *Madness explained: Psychosis and human nature*. Penguin: London.

Cirri M. (1997). Auto-aiuto e mutuo aiuto in psichiatria. In: *Aiutare ad aiutarsi. Principi e metodologie del self-help* (a cura di F. Sbattella). Unicopli: Milano.

Coleman R., Baker P., Taylor K. (2004). *Lavorare per guarire. Da vittima a vincitore. Guida al benessere mentale*. Magma: Carcare (SV).

Coleman R., Smith M. (2005). *Lavorare con le voci*. Edizioni Gruppo Abele: Torino.

Crozier M., Friedberg E. (1977). *Acteur social et système: les contraintes de l'action collective*. Editions du Seuil: Paris.

Deegan P.E. (1988). Recovery: the lived experience of rehabilitation. *Psychosocial Rehabilitation Journal* 11, 11-19.

De Leonardi O., Mauri D., Rotelli F. (1994). *L'impresa sociale*, Anabasi: Milano.

Gallio G., Giannichedda M.G., De Leonardi O., Mauri D. (1983). *La libertà è terapeutica? L'esperienza psichiatrica di Trieste*. Feltrinelli: Milano.

Leff J. & Warner R. (2006). *Social Inclusion of People with Mental Illness*. Cambridge University Press: Cambridge.

Mezzina R., Davidson L., Borg M., Marin I., Topor A., Sells D. (2006). The social nature of recovery: discussion and implications for practice. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation* 9, 63-80.

Re E. (2005). L'associazionismo degli utenti psichiatrici tra difficoltà e possibilità. *Prospettive Sociali e Sanitarie* 35, 1-3.

INDIRIZZO PER LA CORRISPONDENZA

Germana Agnetti
U.O. di Psichiatria 1
Dipartimento di Salute Mentale
Azienda Ospedaliera Niguarda
Via Besta, 1
20161 Milano
Tel.: 02/64445201
Fax: 02/64445148
E-mail: agnettig@hotmail.com



Lorenza Magliano, Andrea Fiorillo

Dipartimento di Psichiatria, Università di Napoli SUN

GLI INTERVENTI PSICOEDUCATIVI FAMILIARI PER LA SCHIZOFRENIA: QUESTIONI RELATIVE ALLA LORO DIFFUSIONE NEI SERVIZI DI SALUTE MENTALE

Psychoeducational intervention for families of persons with schizophrenia: obstacles in mental health services dissemination

Negli ultimi 25 anni, numerosi studi hanno evidenziato la capacità degli interventi psicoeducativi familiari (IPF) di incidere positivamente sull'esito clinico della schizofrenia (per una review, si veda McFarlane et al., 2003). Questi interventi, a orientamento cognitivo-comportamentale, condividono alcuni principi, quali: a) l'utilità per utenti e familiari di ricevere informazioni dettagliate sulle caratteristiche cliniche della schizofrenia e sulle cure disponibili; b) la necessità di rendere utenti e familiari più capaci di affrontare le situazioni potenzialmente stressanti attraverso il rafforzamento delle abilità di comunicazione e di problem solving.

I dati degli studi randomizzati controllati evidenziano che questi interventi sono significativamente più efficaci di quelli di routine nel ridurre le ricadute della schizofrenia, con percentuali del 6-12% vs 41-53% a 1 anno e del 17-40% vs 66-83% a 2 anni (Goldstein et al., 1978; Falloon, 1985; Hogarty et al., 1986, 1991; Haas et al., 1988; Tarrier et al., 1989; Glick et al., 1990; Leff et al., 1990). In aggiunta ai dati relativi all'effetto su crisi e ospedalizzazioni, confermati da numerose metanalisi (Pekkala & Merinder, 2002; Pharoah et al., 2006), gli studi più recenti dimostrano la capacità di questi interventi di alleviare il carico familiare (Stam & Cuijpers, 2001; Berglund et al., 2003; Hazel et al., 2004; Magliano et al., 2005a, 2006a) e di facilitare un incremento delle risorse sociali del nucleo familiare (Magliano et al., 2006b). Tenendo conto delle evidenze scientifiche

disponibili, numerose linee-guida raccomandano gli IPF come trattamenti elettivi, congiuntamente a quelli farmacologici, per la cura della schizofrenia (NICE, 2002; Lehman et al., 2004; Gaebel et al., 2005).

Tuttavia, a fronte degli studi di efficacia e di linee-guida cliniche, la disponibilità di questi interventi in condizioni di routine resta piuttosto esigua (Barrowclough et al., 1999; Leff, 2000; Magliano et al., 2005a, 2005b). In Europa lo 0-15% delle famiglie dei pazienti psicotici riceve interventi psicoeducativi (Magliano et al., 1998), mentre in USA questa percentuale non supera il 10% (Dixon et al., 2001). Nel nostro Paese, nonostante che l'80% delle famiglie dei pazienti con schizofrenia abbia un contatto regolare con i SSM, solo l'8% riceve un intervento strutturato di questo tipo (Magliano et al., 2002).

Di recente sono stati condotti diversi studi finalizzati a stabilire quali fossero le modalità più efficaci di fornire gli interventi psicoeducativi familiari, anche nell'ottica di una loro implementazione su larga scala (Leff, 2000; Magliano & Fiorillo, in stampa). Leff et al. (1989) hanno confrontato interventi unifamiliari, condotti a domicilio e che prevedevano la partecipazione anche del paziente, con interventi di gruppo, ambulatoriali e riservati ai familiari. Lo studio ha evidenziato che le due modalità avevano efficacia sostanzialmente sovrapponibile nel prevenire le ricadute pur distinguendosi per impegno del personale, evidentemente più cospicuo



nel caso degli interventi unifamiliari, e compliance all'intervento, più bassa negli interventi multifamiliari. Negli USA, McFarlane et al. (1993) hanno confrontato interventi unifamiliari e multifamiliari, entrambi aperti anche ai pazienti, evidenziando solo una lieve superiorità statistica in termini di diminuzione delle ricadute in quelli multifamiliari (42% vs 28%).

Indicazioni sulle modalità di conduzione degli IPF vengono anche da uno studio di Linszen et al. (1996), nel quale non si rilevava un significativo vantaggio nei pazienti provenienti da famiglie ad *alta emotività espressa* (HEE) che ricevevano IPF rispetto a quelli trattati intensivamente in maniera individuale. Un risultato interessante di questo studio riguardava l'effetto del trattamento familiare su pazienti provenienti da famiglie a *bassa emotività espressa* (LEE), nei quali l'IPF incrementava la probabilità di ricaduta. In Spagna, Montero et al. (2001; 2006) hanno confrontato l'effetto di un intervento psicoeducativo di gruppo e unifamiliare a 2 e 5 anni, non evidenziando differenze statisticamente significative negli esiti clinici, a fronte di un più consistente miglioramento della disabilità nel gruppo che riceveva l'intervento unifamiliare. Come nello studio di Leff et al. (1989), inoltre, la modalità unifamiliare si caratterizzava per una più alta compliance dei partecipanti.

Questi studi, benché abbiano comunque un disegno sperimentale, forniscono alcune evidenze riguardo all'utilizzo degli IPF in condizioni di routine. Da questi studi emerge, infatti, che tanto la multifamiliare che l'unifamiliare sono modalità utili per diminuire le ricadute della schizofrenia, ma la prima si associa a una minore compliance a fronte di costi più contenuti. Potrebbe essere opportuno in condizioni di routine prevedere, dunque, un percorso sequenziale che includa una prima fase di intervento unifamiliare, più utile a rafforzare il rapporto tra utenti e servizio, e, in seguito, una fase di gruppo che possa facilitare l'ampliamento del *social network* familiare, riducendo l'impegno da parte del personale.

Questi studi suggeriscono anche la necessità di scegliere con attenzione le famiglie in cui utilizzare l'intervento, tenendo presente che la discussione di temi dolorosi, come quelli relativi alla diagnosi e alle sue conseguenze, nonché la ridefinizione di equilibri relazionali, possono rappresentare una fonte di stress e un intervento inappropriato se il nucleo familiare ha già un suo equilibrio soddisfacente. Per garantire che le famiglie più a rischio ricevano interventi strutturati

di sostegno, si può considerare una presa in carico familiare a due fasi: la prima, di tipo informativo, rivolta a un'utenza più vasta e finalizzata ad aumentare la compliance del paziente alle cure e la comprensione del nucleo familiare per le difficoltà che la schizofrenia può comportare in chi ne è affetto, la seconda dedicata alle famiglie "a rischio", con un lavoro specifico sulle abilità di comunicazione e di problem solving.

Riguardo al concetto di famiglie "a rischio", Leff (2000) suggerisce di restringere questa definizione a quei nuclei familiari caratterizzati da: a) frequenti litigi; b) violenti contrasti fisici o verbali con intervento delle forze dell'ordine; c) presenza di pazienti che, pur assumendo regolarmente un'appropriata terapia, hanno più di una ricaduta all'anno; d) richieste inappropriate di intervento rivolte agli operatori psichiatrici.

Altri studi hanno considerato la possibilità di trasferire le competenze necessarie a erogare l'intervento agli operatori dei Servizi (Kavanagh et al., 1993; McFarlane et al., 1993; Fadden, 1998; Magliano et al., 2005a, 2005b). Dagli anni Novanta, soprattutto nei Paesi anglosassoni, sono stati introdotti programmi di formazione intensivi per consentire a un numero elevato di operatori di vario ruolo professionale di acquisire le competenze di base necessarie per il lavoro di sostegno familiare. Questi programmi prevedevano la formazione di tutti i componenti di una *équipe* al fine di facilitare l'uso su larga scala dell'intervento. I risultati di questi programmi di formazione, però, sono stati piuttosto deludenti: il 7-27% dei partecipanti completava la formazione e meno di due famiglie per operatore ricevevano l'intervento, come riportato da Fadden (1997). Quello che emerge da questi studi è che una formazione "a tappeto" risulta troppo dispendiosa, sia economicamente che in termini di impegno per il personale, a fronte di un numero esiguo di famiglie che, a formazione completata, riceveranno l'intervento.

Più utile può essere una formazione che includa una fase di sensibilizzazione al metodo aperta a tutta l'*équipe* e un periodo più intensivo riservato a un numero ristretto di operatori, selezionati sulla base della loro motivazione al lavoro con le famiglie, così da costituire *microéquipes* specializzate. In un secondo tempo, sulla base dell'esperienza pratica, le *microéquipes* possono trasmettere le competenze tecniche al resto del personale, rappresentando cioè una sorta di unità di formazione interna al servizio. Per realizzare questo tipo di implementazione a due fasi è fondamentale operare una selezione degli operatori da formare all'interven-



to. Tale selezione dovrebbe tenere conto di diverse variabili, quali quelle legate al ruolo professionale e al background dei singoli operatori. Infermieri e assistenti sociali sono, in genere, più "portati" all'acquisizione delle tecniche di base dell'intervento rispetto ai medici i quali, a loro volta, risultano figure professionali strategiche perché le famiglie abbiano accesso all'intervento. Riguardo al background, una valutazione delle opinioni del personale circa il ruolo della famiglia nello sviluppo della schizofrenia sarebbe utile per escludere quegli operatori che, ritenendo le famiglie agenti causali di malattia, avrebbero più difficoltà a condurre un programma di sostegno familiare che fa riferimento principalmente alla teoria stress-vulnerabilità (Zubin & Spring, 1977).

Di recente abbiamo coordinato due studi sull'implementazione degli interventi psicoeducativi familiari nei Servizi di Salute Mentale. Il primo studio (Magliano et al., 2005a), condotto in 6 Paesi europei (Italia, Inghilterra, Germania, Grecia, Portogallo, Spagna), ha confrontato l'effetto di due programmi di formazione alternativi, compatto e modulare, sull'utilizzo dell'intervento psicoeducativo unifamiliare e sulla sua capacità di migliorare l'esito clinico e funzionale della schizofrenia e di ridurre il carico familiare. Il programma "compatto" prevedeva 5 giorni di formazione full time, mentre il programma "modulare" era caratterizzato da 3 moduli di 2 giorni ciascuno a cadenza mensile per consentire lo svolgimento da parte degli operatori di esercizi sulle principali tecniche psicoeducative. In entrambi i programmi, nell'anno successivo venivano garantiti 9 incontri di supervisione al lavoro familiare, nei quali le difficoltà e gli aspetti positivi rilevati dagli operatori nell'uso dell'intervento venivano registrati su una scheda ad hoc e discussi in un piccolo gruppo. In ciascuno dei 6 Paesi europei sono stati coinvolti 8 operatori provenienti da 4 CSM, assegnati con procedura randomizzata a uno dei due programmi formativi.

Nel nostro studio, in linea con quanto riportato da Winefield & Burnett (1996), Fadden (1997) e Leff (2000), i principali ostacoli all'utilizzo di questi interventi da parte degli operatori sono risultati quelli relativi al carico di lavoro, alle difficoltà di conciliare le mansioni ordinarie con l'intervento familiare e alla mancanza di tempo per svolgere l'intervento nell'orario di lavoro. Lo studio ha evidenziato anche difficoltà specifiche dei singoli Paesi legate principalmente all'organizzazione dei Servizi. Tra queste, vanno segnalate la diversa consuetudine di coinvolgere i familiari

degli utenti nei piani terapeutici, piuttosto scarsa, per esempio, in Portogallo e in Germania e più comune in Italia, e la presenza di operatori interessati ad apprendere e utilizzare il metodo psicoeducativo. A distanza di un anno dalla formazione, le difficoltà risultavano sostanzialmente immutate mentre, forse anche in conseguenza dell'esperienza pratica acquisita, risultava ridotta la convinzione degli operatori circa la mancanza di famiglie adatte a ricevere l'intervento.

Complessivamente, sono state trattate 55 famiglie di utenti con schizofrenia che hanno ricevuto l'intervento per un anno. Al follow-up si sono osservati significativi miglioramenti in tutte le variabili di esito considerate. Inoltre, vi è stato un significativo riconoscimento da parte delle famiglie del sostegno professionale ricevuto, percezione confermata dagli operatori, che alla stessa valutazione segnalavano un miglioramento nelle relazioni con utenti e familiari e positivi risultati clinici. Nel caso dell'Italia, anche se il numero di famiglie trattate non differiva in relazione al tipo di formazione, il programma modulare è stato più facilmente attuabile sia in termini di distacco del personale per partecipare alle giornate di formazione che in termini di verifica dell'apprendimento delle tecniche psicoeducative.

Sulla scorta di questa positiva esperienza, nel periodo 2003-2004 il nostro Istituto ha coordinato uno studio sulla diffusione degli interventi psicoeducativi unifamiliari in 23 CSM italiani con lo scopo di valutare in maggior dettaglio e su un campione più ampio: a) la possibilità di fornire questi interventi in condizioni di routine; b) i problemi incontrati dagli operatori nel loro uso; c) l'effetto di questi interventi su stato clinico e disabilità dei pazienti e su carico e risorse sociali del nucleo familiare (Magliano et al., 2005b; 2006a). Anche in questo studio sono stati coinvolti due operatori per centro che hanno seguito un corso modulare e partecipato a 4 supervisioni nell'anno successivo. Agli operatori è stato chiesto di scegliere sulla base della loro esperienza 5 nuclei familiari di utenti con schizofrenia in carico al servizio. Di questi, 3 sono stati sorteggiati per ricevere l'intervento subito, e 2 sono stati messi in lista d'attesa per sei mesi. Inoltre, in ciascun centro, ai partecipanti è stato chiesto di tenere un seminario di sensibilizzazione all'intervento e di presentazione dello studio rivolto all'intera équipe.

Anche in questo studio i vantaggi e le difficoltà sono stati valutati nel tempo con una scheda ad hoc. Già alla prima supervisione, gli operatori hanno riportato tra i



vantaggi più evidenti il miglioramento del rapporto con familiari e utenti e lo scambio di informazioni con il resto dell'équipe sui casi clinici. Il riconoscimento del valore dell'intervento in termini di miglioramento dei rapporti con utenti e familiari raggiunge il 90% dopo un anno; a questo si aggiunge nel 77% dei casi il riconoscimento di consistenti benefici sullo stato clinico del paziente. Le difficoltà riportate dagli operatori e legate all'organizzazione del servizio sono rimaste sostanzialmente immutate a un anno dal completamento della formazione, soprattutto per quanto riguarda la disponibilità di tempo per condurre le sedute familiari e le difficoltà a integrare l'intervento con gli altri carichi di lavoro. Molti operatori, infatti, hanno svolto le sedute familiari fuori dell'orario di lavoro e mantenendo invariati gli altri carichi assistenziali. Queste difficoltà, pur non influenzando in maniera significativa i risultati dello studio, ne hanno condizionato l'impatto a lungo termine sulle pratiche del servizio. Infatti, a fronte di risultati clinici e sul contesto familiare soddisfacenti, solo un numero limitato di partecipanti ha preso in carico altre famiglie a studio concluso.

Questi risultati sottolineano dunque che la formazione, per quanto efficace in termini di acquisizione di competenze da parte degli operatori, non è sufficiente perché si passi dalla fase di studio in condizioni di routine all'uso ordinario di un intervento.

La questione dunque va necessariamente spostata sul piano delle politiche sanitarie che, con iniziative concrete, dovrebbero portare alla diffusione di questi interventi nella pratica clinica.

■ BIBLIOGRAFIA

Barrowclough C., Tarrrier N., Lewis S., Sellwood W., Mainwaring J., Quinn J. & Hamlin C. (1999). Randomised controlled effectiveness trial of a needs-based psychosocial intervention service for carers of people with schizophrenia. *British Journal of Psychiatry* 174, 505-511.

Berglund N., Vahlne J.O. & Edman A. (2003). Family intervention in schizophrenia. Impact on family burden and attitude. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 38, 116-121.

Dixon L., McFarlane W.R., Lefley H., Lucksted A., Cohen M., Falloon I., Mueser K., Miklowitz D., Solomon P. & Sondheim M. (2001). Evidence-based practices for services to families of people with psychiatric disabilities. *Psychiatric Services* 52, 903-910.

Fadden G. (1997). Implementation of family interventions in routine clinical practice following staff training programs: a major cause for concern. *Journal of Mental Health* 6, 599-612.

Fadden G. (1998). Research update: psychoeducational family interventions. *Journal of Family Therapy* 20, 293-310.

Falloon I.R.H. (1985). *Family management of schizophrenia: a controlled study of clinical, social, family and economic benefits*. John Hopkins University Press: Baltimore.

Gaebel W., Weinmann S., Sartorius N., Rutz W. & McIntyre J.S. (2005). Schizophrenia practice guidelines: international survey and comparison. *British Journal of Psychiatry* 187, 248-255.

Glick I., Spencer J., Clarkin J., Haas G., Lewis A., Peyser J., DeMane N., Good-Ellis M., Harris E. & Lestelle V. (1990). A randomized trial of inpatient family intervention, IV: follow-up results for subjects with schizophrenia. *Schizophrenia Research* 3, 187-200.

Goldstein M.J., Rodnick E.H., Evans J.R., May P.R.A. & Steinberg M.R. (1978). Drugs and family therapy in the aftercare of acute schizophrenics. *Archives of General Psychiatry* 35, 1169-1177.

Haas G.L., Glick I.D., Clarkin J.F., Spencer J.H., Lewis A.B., Peyser J., DeMane M., Good-Ellis M., Harris E. & Lestelle V. (1988). Inpatient family intervention: a randomized clinical trial. II: Results at hospital discharge. *Archives of General Psychiatry* 45, 217-224.

Hazel N.A., McDonnell M.G., Short R.A., Berry C.M., Voss W.D., Rodgers M.L. & Dyck D.G. (2004). Impact of multiple-family groups for outpatients with schizophrenia on caregivers' distress and resources. *Psychiatric Services* 55, 35-41.

Hogarty G.E., Anderson C.M., Reiss D.J., Kornblith S.J., Greenwald D.P., Javna C.D. & Madonia M.J. (1986). Family education, social skills training, and maintenance chemotherapy in the aftercare of schizophrenia. *Archives of General Psychiatry* 43, 633-642.

Hogarty G.E., Anderson C., Reiss D., Kornblith S., Greenwald D., Ulrich R. & Carter M. (1991). Family psychoeducation, social skills training, and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia, II: two year effects of a controlled study on relapse and adjustment. *Archives of General Psychiatry* 48, 340-347.

Kavanagh D.J., Piatkowska O., Clarke D., O'Halloran P., Manicavasagar V., Rosen A. & Tennant C. (1993). Application of cognitive-behavioural family intervention for schizophrenia in multidisciplinary teams: what can the matter be? *Australian Psychologist* 28, 181-188.

Leff J. (2000). Family work for schizophrenia: practical application. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 102 (Suppl.) 407, 78-82.

Leff J., Berkowitz R., Shavit N., Strachan A., Glass I. & Vaughn C. (1989). A trial of family therapy versus a relatives group for schizophrenia. *British Journal of Psychiatry* 54, 58-66.

Leff J., Berkowitz R., Shavit N., Strachan A., Glass I. & Vaughn C. (1990). A trial of family therapy versus a relatives' group for schizophrenia: two-year follow-up. *British Journal of Psychiatry* 157, 571-577.

Lehman A.F., Kreyenbuhl J., Buchanan R.W., Dickerson F.B., Dixon L.B., Goldberg R., Green-Paden L.D., Tenhula W.N., Boerescu D., Tek C., Sandson N. & Steinwachs D.M. (2004). The Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT): updated treatment recommendations 2003. *Schizophrenia Bulletin* 30, 193-217.

Linszen D., Dingemans P., Van Der Does J.W., Nugter A., Scholte P., Senior R. & Goldstein M.J. (1996). Treatment, expressed emotion and relapse in recent onset schizophrenic disorders. *Psychological Medicine* 26, 333-342.

Magliano L., Fadden G., Madianos M., de Almeida J.M., Held T., Guarneri M., Marasco C., Tosini P. & Maj M. (1998). Burden on the families of patients with schizophrenia: results of the BIOMED I study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 33, 405-412.



Magliano L., Marasco C., Fiorillo A., Malangone C., Guarneri M., Maj M. & Working Group of the Italian National Study on Families of Persons with Schizophrenia. (2002). The impact of professional and social support on the burden of families of patients with schizophrenia in Italy. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 106: 291-298.

Magliano L., Fiorillo A., Fadden G., Gair F., Economou M., Kallert T., Schellong J., Xavier M., Pereira M.G., Torres-Gonzales F., Palma-Crespo A. & Maj M. (2005a). Effectiveness of a psychoeducational intervention for families of patients with schizophrenia: preliminary results of a study funded by the European Commission. *World Psychiatry* 4, 45-49.

Magliano L., Fiorillo A., Malangone C., De Rosa C., Favata G., Sasso A.R., Prezioso M., Pezzenati L., Gentile F., Casale L., Bondi E., Robustelli Test G., Di Lella M., Discussi E., Degl'innocenti F., Bellini R., Di Nunzio R., Martella L., Salmeri R., Cantone R., Gargiulo L., Esposito A., Delcuratolo V., Giannini M., Maresca L., Cavaliere G., Scandone B., Folla M., Raffaelli M., Innocente P., Dagi-anti F., Lucania S., Scorsino A., Bardicchia F., Cerullo G., Correlli R., Miscali S., Scordato M., Campo G., Mameli C., Sodde C., D'Ambra L., Malacarne A., Maj M. & Gruppo di Lavoro. (2005b). Aspetti positivi e difficoltà nella diffusione degli interventi psicoeducativi familiari nella pratica clinica: uno studio multicentrico in 23 DSM italiani. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 14, 235-242.

Magliano L., Fiorillo A., Malangone C., De Rosa C., Maj M. & the Family Intervention Working Group. (2006a). Patient functioning and family burden in a controlled, real-world trial of family psychoeducation for schizophrenia. *Psychiatric Services* 57, 1784-1791.

Magliano L., Fiorillo A., Malangone C., De Rosa C., Favata G., Sasso A.R., Prezioso M., Pezzenati L., Gentile F., Casale L., Bondi E., Robustelli Test G., Di Lella M., Biscussi E., Degl'innocenti F., Bellini R., Di Nunzio R., Matrella L., Salmeri R., Cantone R., Gargiulo L., Esposito A., Delcuratolo V., Giannini M., Maresca L., Cavaliere G., Scandone B., Folla M., Raffaelli M., Innocente P., Dagi-anti F., Lucania S., Scorsino A., Bardicchia F., Cerullo G., Correlli R., Miscali S., Scordato M., Campo G., Maj M. & Gruppo di Lavoro. (2006b). Interventi psicoeducativi familiari per la schizofrenia nella pratica clinica: effetto sullo stato clinico e la disabilità dei pazienti e sul carico e le risorse familiari. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 15, 220-228.

Magliano L. & Fiorillo A. Psychoeducational family interventions for schizophrenia in the last decade: from explanatory to pragmatic trials. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, in stampa.

McFarlane W.R., Dunne E., Lukens E., Newmark M., McLaughlin-Toran J., Deakins S. & Horen B. (1993). From research to clinical practice: dissemination of New York State's family psychoeducation project. *Hospital and Community Psychiatry* 44, 265-270.

McFarlane W.R., Dixon L., Lukens E. & Lucksted A. (2003). Family psychoeducation and schizophrenia: a review of the literature. *Journal of Marital and Family Therapy* 29, 223-245.

Montero I., Asencio A., Hernandez I., Masanet M.J., Lacruz M., Bellver F., Iborra M. & Ruiz I. (2001). Two strategies for family intervention in schizophrenia: a randomized trial in a Mediterranean environment. *Schizophrenia Bulletin* 27, 661-670.

Montero I., Masanet M.J., Bellver F. & Lacruz M. (2006). The long-term outcome of 2 family intervention strategies in schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry* 47, 362-367.

National Institute for Clinical Excellence. (2002). Clinical Guideline 1: Schizophrenia. Core interventions in the treatment and management of schizophrenia in primary and secondary care. NICE: London.

Pekkala E. & Merinder L. (2002). Psychoeducation for schizophrenia. Cochrane Database Systematic Review. In: The Cochrane Library, Oxford, UK.

Pharoah F.M., Rathbone J., Mari J.J. & Streiner D. (2006). Family intervention for schizophrenia. Cochrane Database Systematic Review. In: The Cochrane Library, Oxford, UK.

Stam H. & Cuijpers P. (2001). Effects of family intervention on burden of relatives of psychiatric patients in the Netherlands: a pilot study. *Community Mental Health Journal* 37, 179-187.

Tarrier N., Barrowclough C., Vaughn C., Bamrah J., Porceddu K., Watts S. & Freeman H. (1989). Community management of schizophrenia: a two-year follow-up of a behavioural intervention with families. *British Journal of Psychiatry* 154, 625-628.

Winefield H.R. & Burnett P.L. (1996). Barriers to an alliance between family and professional caregivers in chronic schizophrenia. *Journal of Mental Health* 5, 223-232.

Zubin J. & Spring B. (1977). Vulnerability - a new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology* 86, 103-126.

INDIRIZZO PER LA CORRISPONDENZA

Lorenza Magliano
Dipartimento di Psichiatria
Università di Napoli SUN
Largo Madonna delle Grazie
80138 Napoli
Tel.: 081/5666531
Fax: 081/5666523
E-mail: lorenza.magliano@unina2.it

**CRITICITÀ E PRIORITÀ DELLA PSICHIATRIA DI COMUNITÀ ITALIANA**

Psichiatria di Comunità ha chiesto ad alcuni psichiatri di riflettere e pronunciarsi su questo tema. Prosegue anche su questo numero la pubblicazione degli interventi pervenuti.

Paolo F. Peloso

Dipartimento di Salute Mentale dell'ASL 3 "Genovese"

LA PSICHIATRIA DI COMUNITÀ TRA RAZIONALITÀ E PASSIONE**Community psychiatry between reason and passion****Premessa**

Nella quotidianità dei servizi abbiamo spesso la sensazione di lavorare in affanno ed essere costretti a un confronto con sentimenti di mancanza: di risorse per fare ciò che è necessario – spazi, tempo e strumenti per rispondere adeguatamente a compiti di prevenzione, presa in carico, gestione dell'acuzie, assistenza e riabilitazione – e di mezzi materiali di sussistenza per un alto numero di nostri pazienti, di opportunità sul versante dell'assistenza, dell'abitare, dell'aggancio al lavoro, della solidarietà e del tempo libero, fenomeni che ci paiono accentuarsi in una situazione di complessiva caduta della qualità della vita (Madianos, 2006). Queste considerazioni ci hanno aiutato a identificare, nella psichiatria di comunità (PdC), due elementi chiave: la razionalità organizzativa complessiva e la passione dei soggetti impegnati nel suo funzionamento, noi operatori per primi.

Non è nostra intenzione entrare nel merito del problema se le risorse siano o meno sufficienti. Ci pare invece utile richiamare l'importanza del fatto che esse siano utilizzate nel quadro di una visione complessiva

degli obiettivi di salute mentale di una comunità e di un'individuazione chiara, esplicita, al loro interno, di una gerarchia di priorità. Dalla quale discenda una politica psichiatrica consapevole: distribuzione e caratteristiche del personale, tipologie e collocazione delle strutture, definizione di strategie idonee a mobilitare il massimo di risorse nella persona stessa, nella famiglia e nel contesto. Un'identificazione chiara di obiettivi di salute, inerenti la comunità locale e il singolo paziente, e dei mezzi per conseguirli, consentirebbe al DSM – singoli operatori e responsabili – di interrogarsi sul loro raggiungimento, avere un feedback del proprio funzionamento e risponderne, nel quadro di un sano rapporto dialettico, a ogni soggetto esterno rappresentativo degli interessi di salute mentale dei soggetti malati e della comunità. Perché questo accada, le risorse umane e materiali dovrebbero però poter essere utilizzate con un grado sufficiente di flessibilità e di libertà da vincoli istituzionali, burocratici, corporativi e interessi privati dei singoli soggetti (intesi sia come dipendenti pubblici sia come imprenditori privati), in nome di un superiore e prevalente pubblico interesse. Una risorsa è tanto più importante quanto più è convertibile in altro: un operatore collocato in ospedale che può transitare sul territorio e viceversa, da una zona in un'altra, o può modificare talvolta l'orario in relazione a esigenze particolari dell'utenza o dei progetti, ma anche un posto letto ospedaliero che può essere convertito in

Questo intervento è stato scritto in collaborazione con Patrizia Capurro (Educatore professionale), Marinella Guglielmi (Infermiera professionale), Rosalena Guttuso-Poggi (Psicologa), Dalida Lodi (Assistente sociale), Ornella Magro (Assistente sociale), Claudia Masala (Tecnico della riabilitazione psichiatrica).



una piccola struttura residenziale, un pezzo di centro diurno, in sussidi sociali, borse lavoro, spesa farmaceutica, e viceversa. E un elemento di fluidità ugualmente necessario ci parrebbe l'immissione nel sistema di risorse nuove: favorendo il turnover tra gruppi di lavoro (ospedale, residenze, territorio). Ma anche affrontando il problema di un "invecchiamento" del personale dei DSM con l'ingresso di nuovi operatori, possibilmente formati in riferimento alle nuove esigenze, e nuove professionalità (educatori e tecnici della riabilitazione psichiatrica, per esempio), e individuando forme più feconde d'integrazione col privato e il volontariato, che consentano di valorizzarne le potenzialità salvaguardando però responsabilità e direzione pubblica dei processi di cura, dignità e contrattualità del lavoro e continuità dell'intervento (Morandin & Favaretto, 2005).

L'ipotesi di un modello triangolare d'intervento psichiatrico nella comunità

Se ci sforziamo d'immaginare una rappresentazione spaziale delle esigenze alle quali la PdC deve dare risposta, l'immagine che ci si presenta alla mente è quella del triangolo isoscele. Per definire l'area, e perciò in definitiva la realtà, del triangolo occorre infatti disporre di una dimensione orizzontale, la base, e di una verticale, l'altezza. Ci pare che la dimensione orizzontale dei nostri interventi sia rappresentata dalla loro *estensione*, cioè dalla capacità di offrire risposta a *tutti* i bisogni di salute mentale che una comunità locale – ci pare che l'idea di PdC non possa infatti prescindere dallo stretto riferimento e dal radicamento rispetto a una (piccola) comunità locale identificata sotto il profilo storico-culturale, il *territorio* – manifesta. Ma non a tutti in eguale misura. La dimensione verticale rappresenta l'*intensità* degli interventi, cioè la quantità e qualità delle risorse (progettualità, tempo, emozioni, altri strumenti) formali che il servizio investe; e informali (Folgheraiter, 1991) che il servizio è in grado di mobilitare e concentrare. Lungo la base di questo triangolo immaginiamo che possano ordinarsi i diversi bisogni psichiatrici, che saranno tanto più spostati verso il centro in ragione della minore o maggiore importanza che il bisogno psichiatrico assume nella vita – intra- ed extrapsichica – della persona. L'intervento del servizio psichiatrico dovrebbe essere sufficientemente esteso nella propria base da coprire tutti i bisogni psichiatrici presenti nella comunità. Ma anche organizzato in modo tale che a grado maggiore del bisogno corrisponda maggiore intensità. L'estensione dell'intervento può fondarsi sul

lavoro di rete con la medicina generale e sull'intreccio con le politiche sociosanitarie complessive, comprese azioni specifiche volte all'apertura del servizio alla comunità come la creazione di occasioni di incontro con la cittadinanza e di divulgazione in mondi particolari, ad esempio la scuola, di nozioni relative ai problemi di salute mentale e all'assistenza psichiatrica volte ad abbattere il pregiudizio contro il malato, rendere più accessibili i servizi ed evitarne l'isolamento. E raggiungere un maggior grado di intensità in quelle situazioni che ne hanno necessità, e solo in quelle.

La centralità del tema della passione in PdC

Abbiamo accennato all'idea che la passione dei protagonisti rappresenti, accanto alla razionalità organizzativa dell'insieme, un ingrediente importante della PdC. Non è possibile, infatti, affrontare una realtà complessa come la malattia mentale avendo la testa, il cuore, gli occhi o l'interesse altrove. Non lo è per il singolo operatore, né per i gruppi (definiti su base professionale, di affinità culturale o di lavoro) nei quali l'assistenza psichiatrica è organizzata – e talvolta frammentata – per l'organizzazione sanitaria né per i decisori politici e amministrativi. Intendiamo qui riferirci alla passione nel duplice significato del patire e dell'appassionarsi; passione, quindi, come oggetto, ma anche come principale strumento della psichiatria, che l'Ottocento chiamava "medicina delle passioni". La passione che ha bisogno di "cura" (e necessita di essere evocata, lenita, attenuata, modulata, arginata, riordinata) e la passione della cura nella quale la scelta di operare in psichiatria trova spesso il proprio complesso fondamento (Giberti, 1982). La psichiatria è interessata da un continuo movimento sisto-diastolico tra tendenza al ripiegamento istituzionale – nella routine, nel formalismo, nel carattere asettico dell'incontro, nei problemi che Dell'Acqua indica come perdita del sentimento di "dovere" soluzioni per limitarsi alla "copertura" del servizio – e spinta alla deistituzionalizzazione come capacità di entrare con l'altro in risonanza. Questa spinta rende, certo, il lavoro più impegnativo, faticoso, complesso, ma una psichiatria che rinuncia a recepire la passione, o l'incapacità ad appassionarsi, dell'altro come domanda, che non si commuove, non piange, non suda con lui non può essere efficace. Sono perciò necessari operatori formati ma anche appassionati, capaci di "sapere" con la tensione e l'insoddisfazione che nella passione trovano il proprio radicamento, e vivere la passione con la consapevolezza che sulla formazione



e sull'esperienza si fonda. Si tratta, ci pare, di concetti non lontani da quelli di *scetticismo creativo* ed *entusiasmo controllato*, raccomandati da Michael Shepherd e recentemente ricordati da Tansella (2003). Questa passione del fare e pensare la psichiatria, che nella luce degli occhi, il ritmo delle parole o dei gesti trova spesso espressione e immediata leggibilità, attinge in parte nel suo fondamento a elementi vocazionali e personali meno facilmente modificabili; ma in parte anche a scelte organizzative, sulle quali ci soffermeremo.

Passione e partecipazione: la PdC come costruzione collettiva

Un problema che ci pare essersi approfondito con l'unificazione dei servizi e il processo di aziendalizzazione della sanità – del quale rischiamo spesso di non cogliere le opportunità (Ciancaglini et al., 1998) e mutuare invece in modo acritico gli aspetti deteriori – è quello di un distanziamento tra i luoghi e i momenti nei quali si decide e quelli in cui si fa, tra le politiche complessive di salute mentale (programmazione e organizzazione dei servizi) e gli interventi (clinici e socioriabilitativi) specifici, concreti; sia perché le prime sembrano riguardare e interessare prevalentemente politici, amministratori, direttori di dipartimento e tutt'al più di unità operativa; e le seconde gli operatori (Galli, 1998). Perché le prime sembrano formare l'oggetto di normative, teorie, assetti organizzativi generali, e le seconde di incontri che nella quotidianità dei servizi riguardano operatori, o piccoli gruppi di operatori, con il paziente e la famiglia, senza che tra questi due piani talvolta ci sia continuità. E perché nel campo della formazione osserviamo un'analogia distanza tra pensare e fare, tra la ristretta porzione di psichiatri, e ancor più ristretta di operatori, che partecipa al dibattito scientifico nelle sue varie forme, e la grande maggioranza formata dagli altri. Se consideriamo l'ipotesi formulata da Thornicroft & Tansella (2000) dell'esistenza nell'intervento di tre livelli – nazionale/regionale, locale, del paziente – abbiamo la sensazione di trovarci a volte in situazioni in cui livello nazionale e del paziente vanno ciascuno per proprio conto; ciò accade, ad esempio, quando in un modello di PdC i servizi rischiano di ripiegare rinunciando alla visita domiciliare (Ferro et al., 2002) e continuando a non considerare l'affidamento eterofamiliare, sottovalutando le potenzialità del centro diurno e concentrando risorse e aspettative sul posto letto. E la consapevolezza di una dimensione locale dell'intervento è spesso molto carente.

Avvertiamo, allora, un'esigenza di connessione tra questi differenti livelli che consenta di sfuggire all'illusione della buona legge, della buona organizzazione o del "nuovo" modello (oggi dei servizi come ieri del manicomio) logistico, ma anche neuroscientifico, che possa, di per sé, risolvere "dall'alto" anche i problemi del livello locale e del paziente. Il che ha anche l'effetto collaterale deleterio di spingere a sentirsi, tutti coloro che non vi sono coinvolti in modo diretto (cioè la maggioranza), pedine in un gioco che li trascende e al quale non possono, perciò, partecipare, dimenticando che la possibilità delle buone e delle cattive pratiche è anche nelle proprie mani. Nel proprio essere, sul lavoro, più o meno stanchi, concentrati, disponibili a lasciarsi tirare in ballo, ingaggiare nel discorso, raccogliere la sfida, appassionarsi. Ma anche a una visione parcellizzata che s'illuda di costruire buone pratiche a livello del paziente, trascurando la necessità di inquadrarle in politiche, nella dimensione locale e nazionale, che considerino problemi di equità e prestino attenzione anche ai fattori di deprivazione sociale e alla loro influenza (Tibaldi et al., 2006). La connessione tra questi livelli permetterebbe, ad esempio, di riportare fenomeni generali come i dati e le tendenze emersi dalla ricerca ProgRes o dall'analisi del quadro europeo (Priebe & Fioritti, 2004), di una crescita dei posti letto residenziali psichiatrici – che non costituiscono in sé un problema, anzi una risorsa, ma lo costituiscono se tendono a crescere a scapito di altri strumenti – nel nostro Paese e in Europa e il fatto che nei bilanci di molti DSM la residenzialità tenda a salire a scapito del territorio, a tanti piccoli percorsi di cura, a livello locale e del paziente, in cui non si è operato per evitare che la soluzione residenziale intensiva sul lungo periodo diventasse l'unica possibile, o che, se adottata, diventasse difficilmente reversibile (Buscaglia et al., 2003).

Il professionista nella PdC: aspetti di formazione e valorizzazione

Ci pare che per la PdC siano necessari operatori competenti e aggiornati, ciascuno in ciò che per lo svolgimento del suo ruolo è utile, ma anche tutti nel lavoro di équipe e nella storia dell'assistenza psichiatrica, come fondamento della propria identità lavorativa personale e di gruppo. La storia della psichiatria – in particolare dagli anni Quaranta – con la nascita della comunità terapeutica, la socioterapia francese, il lavoro e gli scritti di Fanon (1959; Peloso & Ferrannini, 2006), Basaglia, la chiusura dei primi manicomi e lo sviluppo



dei servizi in Italia – con la riflessione sui concetti di équipe, campo istituzionale, presa in carico – rappresenta il fondamento della PdC e il nucleo comune dell'identità dei suoi professionisti. Più che una ricerca del “nuovo”, che questo inizio di millennio sembra incoraggiare, ci pare quindi necessario recuperare cose già pensate, scritte e a rischio continuo di essere perdute, in una forse frustrante, ma utilissima, fatica di Sisifo. Ripartendo, ogni volta, da zero: perché quella vicenda così fondante è, ogni volta che vi ritorniamo, più apertura che chiusura di un discorso, più tensione che sistemazione, una volta per tutte, di un modello, più spinta che soluzione, domanda che risposta. La possibilità di una psichiatria massificante, autoritaria, fatta di automatismi istituzionali, e quella di una psichiatria della persona; la possibilità di una psichiatria rinunciataria, pigra, stanca, impaurita e quella di una psichiatria delle passioni, le passioni ascoltate e quelle provate, rappresentano il bivio di fronte al quale ci si trovava e ci ritroviamo ogni volta che si ripete l'incontro tra un operatore e un paziente, ma anche ogni volta che un paziente e un operatore, già noti l'uno all'altro, hanno un nuovo incontro.

La formazione e il confronto scientifico nella PdC risentono poi, inevitabilmente, dell'essere della psichiatria continuamente in bilico tra particolare e universale, tra esigenze di valorizzare le differenze e necessità di standardizzarle per consentire confronti e ragionamenti d'insieme. In psichiatria è difficile, ma talvolta necessario, riportare agli universali delle diagnosi, terapie, tecniche, la singolare esperienza di malattia e cura della persona. Lo dimostra il fatto che ciascuno – il riferimento al concetto di gruppo delle schizofrenie di Eugen Bleuler e alle osservazioni di Mario Maj sulla variabilità del concetto di schizofrenia tra autori e periodi, appare qui d'obbligo – si fa la sua schizofrenia, ciascun paziente che la vive, e ciascuno psichiatra che la studia. La psichiatria è perciò disciplina medica artigianale e “antica”, non può essere più di tanto serializzata (il disastro del manicomio ammonisce), ma ciò non significa che ciò che Jervis (2006) definisce “il candore delle convinzioni soggettive” trovi più giustificazioni che nelle altre discipline mediche, o che lasci più tranquilli pazienti e familiari. Rende, semmai, necessaria una diffusione, a tutti i livelli, di consapevolezza, responsabilità e partecipazione, come sforzo continuo di riportare il molteplice a sintesi provvisoriamente condivise: perché un servizio funzioni non sono sufficienti buone norme, un buon primario,

occorre che ciascuno abbia le informazioni e le competenze necessarie, sappia confrontarsi, sia capace di buone pratiche e voglia metterle in atto.

Su un altro piano, anche la legge può solo consentire, tutt'al più promuovere, buone pratiche, non darne garanzia; non è possibile stabilire per legge, ed entro certi limiti neppure per gerarchia, il tempo, o l'attenzione, che l'équipe dedica a un paziente, il tono di voce con cui un operatore gli si rivolge, l'equilibrio delicato tra rispetto del consenso e disponibilità a rinunciare all'intervento, e rischio di abbandono. La legge stabilisce limiti ed evita che il paziente sia oggetto di abuso: il carattere scarno, demolitivo, della Legge 180, tante volte oggetto di critica, è una presa d'atto di questa realtà, e una spinta verso la valorizzazione del livello regionale, locale e del paziente, e in definitiva un punto di forza. Perché più che norme generali e assolute, funzionano la formazione sul campo, la partecipazione e la costruzione dal basso; la leadership più che la gerarchia.

Nella PdC, perciò, “piccolo è bello” (Bailly-Salin, 2002): occorrono gruppi multiprofessionali di lavoro di piccole dimensioni e con responsabilità decentrate, che cerchino soluzioni per la salute mentale di piccole comunità locali e possano risponderne. Questa dimensione organizzativa pare convincente perché centrata sulla persona, il livello locale è meglio in grado di appassionare attraverso l'attribuzione ai singoli e ai piccoli gruppi di responsabilità diffuse da ricondurre a una strategia unitaria, eventualmente anche con un uso equo, trasparente, attento a non indurre competizione distruttiva e responsabilmente discrezionale di meccanismi d'incentivazione, esplicita e implicita (Ambrosini, 1994), che possono contribuire, come in ogni realtà produttiva, anche nel DSM ad adeguare le caratteristiche qualitative e quantitative dell'offerta alla domanda.

Passione e corrispondenza dell'intervento ai bisogni reali

Accanto a questi temi inerenti le sue condizioni, possono conferire interesse e passione al lavoro in PdC aspetti legati al contenuto: democraticità dell'intervento e attenzione a evitare atteggiamenti passivizzanti e di stigma; stretta corrispondenza dell'offerta d'intervento ai bisogni; capacità di rispondere ai bisogni materiali che spesso accompagnano la malattia mentale oltre a quelli simbolici; impegno nell'evitare nuovi ghetti che disegnano aree di incurabilità e mancanza di speranza,



alle quali corrispondono poi purtroppo soggetti reali e operatori destinati a occuparsene.

La *democraticità* era, per Rapaport (1960), uno degli strumenti distintivi della comunità terapeutica rispetto alla psichiatria tradizionale; la democrazia dei trattamenti e la possibilità di realizzarli rispettando la volontà della persona e intervenendo in modo rispettoso del suo ambiente naturale di vita sono ancora per la PdC uno strumento clinico centrale, più ancora che un aspetto, pur doveroso, di carattere etico (Farkas, 2006; Warner, 2006). Per questo la PdC ha bisogno di guardare al paziente con sguardo generoso, di valorizzare le potenzialità di autoaiuto dei singoli e dei gruppi, di esserci e di sapersi fare da parte al momento opportuno (Peloso, 2006). Incessantemente, e senza scheletri nel proprio armadio: e quindi anche con un'attenzione per i diritti della persona in crisi, un impegno volto a non abbandonare il paziente e per il contenimento del ricorso al TSO, per rendere la contenzione fisica costante oggetto di problematizzazione e contenerne al massimo frequenza e durata fino ad abolirla (Catanesi et al., 2006). Le esperienze di autoaiuto, o quelle che si collocano sulle frontiere della riabilitazione (pensiamo al viaggio in barca a vela), il coinvolgimento dei pazienti nella valutazione di processi ed esiti dei servizi sono strumenti ai quali, ancora, è riservata un'attenzione troppo di nicchia, in grado, se più diffusi e approfonditi, di rianimare (nel duplice significato di riportare in vita e restituire l'anima) pratiche talora comatose, e dimostrarsi utili, forse, a formare e appassionare buoni operatori, oltre che a contribuire alla guarigione dei pazienti.

In secondo luogo, la malattia mentale, e in particolare la psicosi, rappresenta, per le modalità in cui si declina in rapporto con le caratteristiche della persona e della reazione con l'ambiente, un fenomeno complesso, che necessita di un approccio non riduzionistico (Angelozzi et al., 2005): la psichiatria antiistituzionale preoccupata di divenire istituzione, sguardo oggettivante sul corpo del paziente, quale la cogliamo in due scritti centrali di Basaglia (1965, 1968), la psichiatria della persona e dei piccoli gruppi sociali, che tanto ha ricevuto in questi anni dal patrimonio di riflessione fenomenologica e psicodinamica dei nostri servizi, nella sua modestia e sobrietà perciò non offre certezze assolute, e rimane istanza critica che rende insoddisfacente, provvisoria ogni soluzione al problema del modello, come al problema della risposta da dare, qui e ora, al soggetto. Ma proprio per la sua complessità, la malattia mentale

deve anche essere affrontata, nel quadro di una presa in carico improntata alla continuità terapeutica e al funzionamento dell'équipe, come momento unificante di culture, professionalità e soggetti, con trattamenti (Ciancaglini et al., 2000) mirati e puntiformi, decisamente sostenuti nella letteratura internazionale, volti ad aggredirla isolandone gli elementi con una tattica a "foglie di carciofo". Interventi strutturati psicoeducativi e cognitivo-comportamentali, ad esempio, che costituiscono una scommessa sul fatto che ciascuno, se informato e sostenuto, può metterci del suo per farcela e insieme uno sforzo generoso di essere vicini e presenti al paziente e pensarlo – come fa, in riferimento al corpo, il fisioterapista – nella realtà dei suoi problemi uno per uno: regolazione delle emozioni, disturbi cognitivi, disabilità relazionali, cura del corpo, dell'abitare, della gestione dei farmaci ecc. (Lamonaca et al., 2003, 2006).

In terzo luogo spesso, in particolare ma non solo nelle psicosi, i bisogni primari sono legati al corpo e alla soddisfazione di esigenze materiali: corpo certo vissuto, ma per essere autenticamente e non astrattamente tale, anche – e prima – corpo medico da preservare dalle malattie e corpo sociale da mantenere pulito, accudire, aiutare a muoversi, abitare, da alloggiare, nutrire, coinvolgere nei momenti della socialità, dello sport, della cultura e del lavoro. Interventi che implicano una presa in carico complessiva della persona certo non solo, ma anche, quando occorre, nella concretezza dei bisogni – simile a quella che altri servizi, per esempio geriatrici, garantiscono – attraverso processi di sostegno o, dove non basta, di assistenza concreta cui un approccio solo attento al verbale, al simbolico, non risponde; vale in questi casi per la psichiatria, come per altre aree della relazione di aiuto, l'obiettivo di coniugare protezione e promozione ed essere "un mestiere in cui prevale la dimensione squisitamente pratica" in cui l'operatore sarà, caso per caso, "quello che fa fare", "quello che aiuta a", "quello che si prende cura di", "quello che fa" (Brandani & Zuffinetti, 2004).

Infine, relativamente al decorso, se un maggior impegno dei servizi sul versante del trattamento precoce è oggi doveroso e potrà evitare probabilmente in futuro molte situazioni che oggi vediamo evolvere negativamente, ciò non offre però ragioni etiche o prognostiche per un disinvestimento da quelle situazioni in cui un trattamento precoce non è più possibile; scrive Balzerini (1987) che: "Il gruppo operativo si misura sulla quantità e sul tipo di progetti, fantasie e realizzazioni



tecniche che riesce ancora a produrre nei confronti del paziente cronico. Mi sembra cioè che l'essenziale di ogni procedura in questo campo sia la possibilità di non espellere la frustrazione infertagli dalla cronicizzazione psicosica, ma continuare a mantenere vivo lo psicotico cronico nella mente degli operatori". E Saraceno (1995) che: "Il paziente che non ce la fa a essere riabilitato (o che non si adatta al programma di riabilitazione offerto da quel servizio) entra in un anello più basso del servizio. Il servizio (cattivo servizio) è, infatti, un insieme di luoghi fisici separati destinati a verificare la profezia secondo cui chi non ce la fa non ce la farà". Occorre quindi anche un forte impegno a evitare che le situazioni problematiche, quelli che Asioli (2004) definisce i pazienti "ingrati", finiscano per essere concentrate in alcune strutture residenziali – a gestione diretta o in convenzione è irrilevante – che divengono l'anello più basso del servizio, nuovi ghetti isolati, divisi, staccati sui quali nessuno riesce più a investire (Goodwin, 1997). E dove è difficile vivere, ma anche lavorare. Scrivono Tibaldi & D'Avanzo (2005) nel proporre al lettore italiano l'autobiografia di Ken Steele: "La resistenza della 'parte sana' di fronte ai tentativi di presa del potere, violenta, dei rappresentanti della 'parte malata' va sostenuta sempre, anche quando non sembra (più) dare alcun segno di sé. Questa è la base fondamentale di quello che potrebbe essere definito come il diritto alle seconde occasioni". E poi alle terze, alle quarte ecc.

Altre questioni all'ordine del giorno

La pratica di questi anni di PdC ci suggerisce, infine, altre considerazioni di ordine più generale:

- Il lavoro di destigmatizzazione e il funzionamento complessivo di molti servizi, favoriti da fenomeni generali di impoverimento sociale, attraggono una sempre più cospicua domanda da parte di pazienti il cui funzionamento non è egemonizzato dalla malattia, a fronte della quale il lavoro di restituzione alla medicina generale e la capacità di attivazione di risposte psicoterapiche ad alto contenuto tecnico e costo contenuto, alternative o complementari al farmaco (psicoterapie brevi, di gruppo ecc.), paiono in forte ritardo (Ciancaglini et al., 2003).
- Assistiamo da tempo a un aumento in eterogeneità della domanda psichiatrica (Ferro et al., 1993) e a una necessità sempre maggiore di trattamenti specialistici in relazione con età, sesso, caratteristiche del disturbo: la capacità di

coniugare l'esigenza di risposte specialistiche specifiche con quella di salvaguardare l'unitarietà del campo disciplinare e dell'identità, dei valori e della cultura di fondo degli operatori – anche in relazione con un'esigenza di flessibilità nel loro utilizzo – è una delle principali sfide che oggi si aprono (Angelozzi et al., 2005).

- Il potente effetto innovativo di questi movimenti introduce, con il farsi più socialmente eterogeneo dell'utenza, un problema di equità, che rende più simile la psichiatria al mondo sanitario e impone la presa in carico privilegiata delle fasce di popolazione caratterizzate da maggiore precarizzazione, dove la malattia mentale, come molti altri problemi di salute, colpisce con maggiore frequenza e durezza e dove più difficile è l'accesso ai servizi (Goodwin, 1997): pazienti a doppia diagnosi, senza fissa dimora, carcerati (Senon, 2006). La psichiatria è, certo non solo, ma anche, una questione di democrazia, nell'intervento complessivo di salute pubblica come nel rapporto operatore/paziente. Sforzandosi di identificare i presupposti di una buona organizzazione, Pirfo (2006) fa proprie tre proposte del subcomandante Marcos, perché i nodi della partecipazione sono poi forse gli stessi in contesti eterogenei: *comandare obbedendo*, all'interesse generale che chi dirige avverte per primo come proprio, e gli altri via via a seguire; *camminare domandando*, cioè non stancandosi di verificare la realtà intorno e quello che si fa; *camminare al passo degli ultimi* (intesi sul piano sia clinico sia sociale).
- Nonostante l'enfasi sulla nuova utenza, le psicosi rimangono il nucleo di maggiore intensità del lavoro psichiatrico e in quest'area la pratica clinico-riabilitativa suggerisce che la PdC, ove bene messa in pratica, funziona: vediamo pazienti, colti precocemente e trattati con appropriatezza, guarire, altri sensibilmente migliorare e abbiamo la sensazione che l'esito in cronicità possa essere contrastato. Ma questi risultati, nel momento in cui confortano, responsabilizzano, perché ne avvertiamo lo stretto rapporto con: precocità dell'intervento; tempo, attenzione, passione che il servizio e l'operatore sono in grado di concentrare; investimento sulla famiglia e il contesto.
- Per la presa in carico dei disturbi più importanti (per la persona), è primaria l'esigenza di una



buona tenuta dei gruppi di lavoro, di una buona capacità di concentrare le risorse dove è necessario rendendole più flessibili e impegnandosi nella definizione delle priorità e degli obiettivi, e di un'organizzazione idonea a garantire la continuità terapeutica, e cioè riportare a unità i diversi momenti in cui l'assistenza psichiatrica si articola, che corrisponde all'équipe multidisciplinare e al dipartimento di salute mentale (Ferrannini & Peloso, 2005).

- I nodi dell'alleanza terapeutica e dell'adesione ai trattamenti sono centrali nella PdC come in molte altre aree della salute pubblica: perché un progetto, l'assunzione di un farmaco, un intervento possano essere efficaci, presupposto minimo è che abbiano luogo (Bollini, 2006).
- La domanda sul fronte dei disturbi di personalità, del discontrollo comportamentale – che si presentano a volte isolatamente, altre come elementi di comorbilità complicanti quadri psicotici – e della doppia diagnosi appare in netta espansione, in parte forse in rapporto con un effettivo incremento dei fenomeni, in parte con la crisi di soluzioni alla loro comprensione e gestione alternative rispetto alla psichiatria (crisi della famiglia, della scuola, dell'ideologia trattamentale criminologica, dell'ideologia della comunità terapeutica su base carismatica ecc.). Si tratta di aree di sofferenza che richiedono impegno, competenza, ma anche prudenza perché i rischi di ricorso impropriamente totalizzante e illiberale ai codici di lettura e strumenti della psichiatria è, probabilmente, in questo momento maggiore nel campo dell'impulsività rispetto a quelli, che ci vedono tradizionalmente impegnati, dei disturbi del pensiero e degli affetti.
- La psichiatria sta nella comunità e alle sue trasformazioni è legata: la globalizzazione della società italiana, con le ondate migratorie degli ultimi anni, rappresenta un fenomeno che pone problemi di ordine socioeconomico, linguistico e culturale che occorre attrezzarsi ad affrontare.

Conclusioni

Dal quadro così delineato, ci pare di poter affermare che le nuove priorità (“piccola psichiatria” e, sul fronte opposto, disturbi di personalità, carcere ecc.) non sostituiscono quelle su cui i servizi si sono finora impegnati (presa in carico delle psicosi e risposta alla crisi psi-

chiatrica acuta), ma vi si aggiungono. Non assistiamo, perciò, a una modifica del campo d'intervento, ma a un'espansione. Persiste, infatti, la necessità di un impegno forte sul versante delle psicosi, che necessita anzi di essere migliorato in qualità. E ciò in rapporto sia con l'apertura di prospettive più rassicuranti di guaribilità, strettamente connesse però all'uso di stile e strumenti più appropriati, meno aleatori; sia con il bisogno di interventi nell'acuzie, nella cura e nella riabilitazione che prescindano da atteggiamenti passivizzanti. A fronte di questa espansione della domanda, della quale appare difficile individuare quale sarà il punto di arresto, la PdC non può che rispondere facendo appello alle riserve, cioè alla messa in campo, attraverso un'incisiva pratica autotrasformatrice, di quelle potenzialità – sul piano quantitativo e qualitativo – che, per vari motivi, non è stata finora in grado di mobilitare in modo completo, e forse non sono poche.

La valutazione spesso negativa della PdC, che a volte sembra prevalere anche tra gli psichiatri (Bassi et al., 2006), ha certo cause che vanno approfondite, ma deve essere guardata con prudenza. Noi tutti conosciamo situazioni che, nei centri diurni, nelle residenze, in stili di rapporto routinari e invariabili con il CSM e/o il reparto, ci trasmettono la penosa sensazione della cronicità; dimentichiamo spesso, però, di tenere presente quanto poco questi pazienti abbiano potuto contare su interventi precoci, adeguato impegno nell'informazione per loro e le famiglie, interventi riabilitativi mirati ai sintomi e alle disabilità nei singoli aspetti e non passivizzanti né stigmatizzanti. E che la PdC ha, quindi, al suo arco molte più frecce di quante, in quelle occasioni, ne abbia utilizzate. Dati preliminari del progetto nazionale SIEP sull'implementazione in Italia delle linee guida NICE per la schizofrenia, esposti alla X Conferenza nazionale di Savona (10-11 novembre 2006), confermano lo scarso utilizzo di questi strumenti. L'uscita dall'apparente crisi della PdC in Italia, perciò, non è necessariamente in altra direzione, ma può essere avanti, verso una nuova iniezione di fiducia e una spinta alla più piena applicazione del modello: maggiori razionalità, appropriatezza tecnica, polarizzazione territoriale, democraticità, partecipazione e passione.

Ci siamo sforzati di delineare quanto, in questa direzione, ci parrebbe prioritariamente necessario:

- introdurre elementi di razionalità nella costruzione delle strategie, che non possono essere fondate sul buon senso e la buona volontà, ove presenti, ma devono fondarsi su una conoscenza



dei bisogni, delle evidenze, un uso appropriato delle risorse e una chiara definizione di priorità;

- maggiore diffusione, anche attraverso un monitoraggio costante di processi ed esiti a tutti i livelli e il riferimento a criteri di efficienza, del senso di responsabilità rispetto al proprio lavoro dei singoli, dirigenti e altri operatori, e dei gruppi di lavoro;
- condivisione nelle équipes del peso della domanda, dello sforzo di immaginare la risposta, dell'impegno a realizzarla e accompagnamento della persona nello sforzo di trovare nel proprio ambiente naturale di vita risposta ai propri bisogni, certo nella loro dimensione relazionale e simbolica ma anche, quando occorre, nella loro materiale concretezza;
- coinvolgimento nella PdC del contributo critico (Ferrannini et al., 2006) e/o operativo delle comunità locali, attraverso pratiche che evitino la deresponsabilizzazione, anche iatrogena, del paziente, della famiglia, della comunità (servizi sanitari, sociali, istituzioni e altre agenzie), informazione sulla realtà dei problemi e le risposte possibili ed elaborazione di proposte più chiare, convincenti, documentate e leggibili nei loro risultati, alle quali sia più difficile all'interlocutore rispondere negativamente;
- consapevolezza della contestuale necessità che gli interventi riabilitativi operino per l'adattamento del paziente alla comunità, ma anche, in direzione ecologica, per una maggiore accessibilità della comunità al paziente (Saraceno, 1995; Rössler, 2006); ci pare di grande attualità Ballerini (1991) quando scrive: "Noi non possiamo, e fortunatamente forse, cambiare il mondo; viene talora in mente che siamo autorizzati a disturbarlo";
- capacità di far sì che l'introduzione di elementi di razionalità nell'organizzazione complessiva si accompagni a una maggiore passione da parte dei singoli operatori impegnati nella PdC, ottenuta anche attraverso una chiara definizione e percezione di responsabilità personali, un rapporto più fecondo con la propria storia, formazione e aggiornamento e con il sentimento della corrispondenza tra ciò che si fa e i bisogni reali e il destino del paziente e della comunità.

■ BIBLIOGRAFIA

- Ambrosini M. (ed.) (1994). *L'efficienza della solidarietà*. Vita e pensiero: Milano.
- Angelozzi A., et al. (2005). Documento sulle prospettive della psichiatria italiana. *Psichiatria di Comunità* 4, 249-257.
- Asioli F. (2004). I pazienti ingrati. In: *La sindrome del burn out* (ed. F. Pellegrino), pp. 233-240. Centro Scientifico Editore: Torino.
- Bailly-Salin P. (2002). Il centro diurno: una pratica e una teoria nuove della cura. In: *Centri diurni. Dalla riabilitazione all'intervento precoce* (ed. A. Maone et al.), pp. 1-12. CIC: Roma.
- Ballerini A. (1987). Lo psicotico "che non guarisce". Osservazioni sulla cronicità e la riabilitazione. *Rivista Sperimentale di Freniatria* 111, 271-291.
- Ballerini A. (1991). Il centro diurno, l'unità operativa e la rete sociale. In: *Centri diurni in psichiatria* (ed. A. Cocchi & G. De Isabella). Franco Angeli: Milano.
- Basaglia F. (1965). Corpo, sguardo, silenzio. L'enigma della soggettività in psichiatria. In: *Scritti*, vol. I. Einaudi: Torino, 1981.
- Basaglia F. (1968). Corpo e istituzione. Considerazioni antropologiche e psicopatologiche in tema di psichiatria istituzionale. In: *Scritti*, vol. I. Einaudi: Torino, 1981.
- Bassi M., de Girolamo G., Bruschi C. & Marino M. (2006). Cosa pensano gli psichiatri italiani dei problemi attuali relativi all'assistenza psichiatrica in Italia? Risultati di una rilevazione. *Psichiatria di Comunità* 3, 159-166.
- Bollini P. (2006). L'adesione al trattamento nella terapia della depressione. *Psichiatria di Comunità* 5, 155-158.
- Brandani W. & Zuffinetti P. (2004). *Le competenze dell'educatore professionale*. Carocci Faber: Roma.
- Buscaglia G., Massa M., Peloso P.F. & Shmueli R. (2003). Residenzialità, semiresidenzialità, territorio: luoghi e snodi del progetto riabilitativo per il paziente "cronico" o autore di reato. In: Atti del XLIII Congresso Naz.le SIP "La conoscenza e la cura". CIC: Roma.
- Catanesi R., Ferrannini L., Peloso P.F. (ed.) (2006). *La contenzione fisica in psichiatria*. Giuffrè: Milano.
- Ciancaglini P., Ferrannini L. & Peloso P.F. (1998). Appunti su aziendalizzazione e soggettività nei Servizi psichiatrici. *Prospettive psicoanalitiche nel lavoro istituzionale* 16, 348-369.
- Ciancaglini P., Ferrannini L. & Peloso P.F. (2000). Presa in carico e dimissione nella cultura e nelle pratiche del Dipartimento di Salute Mentale. *Rivista Sperimentale di Freniatria* 124, 190-197.
- Ciancaglini P., Peloso P.F., Peluso M. & Sarno G.C. (2003). La psicoterapia "di intrattenimento" nel Dipartimento di Salute Mentale. In: *Quale psicoterapia per quale paziente?* (ed. P.M. Furlan). Centro Scientifico Editore: Torino.
- Fanon F. (1959). Tunisi 1959: un esperimento di ospedalizzazione diurna in psichiatria. *Studi Culturali* 2, 291-311.
- Farkas M. (2006). Identifying psychiatric rehabilitation interventions: an evidence and value based practice. *World Psychiatry* 5, 161-162.
- Ferrannini L. & Peloso P.F. (2005). Il DSM tra modello organizzativo e contenuti. *Rivista Sperimentale di Freniatria* 129, 3, 59-75.



- Ferrannini L., Peloso P.F., Franceschi I. & Masala C. (2006). La psichiatria di comunità in Italia: realizzazioni, criticità e sviluppi alla luce di un'antica sfida della comunità alla psichiatria. In: *Percorsi in riabilitazione: soggetti, ambiti e risultati* (ed. G. Ba, C. Bellazzecca, M. Rabboni). Update Int. Congress: Milano.
- Ferro A.M., Ambrosi P., Cocchi A. & Torre E. (1993). Vecchia e nuova utenza dei servizi psichiatrici. In: *Psichiatria nella comunità. Cultura e pratica* (ed. F. Asioli, A. Ballerini, G. Berti Ceroni). Bollati Boringhieri: Torino.
- Ferro A.M., Peloso P.F. & Moretti D. (2002). L'intervento domiciliare: uno strumento prezioso della psichiatria di comunità. *Psichiatria di Comunità* 1, 47-56.
- Folgheraiter F. (1991). *Operatori sociali e lavoro di rete*. Erickson: Trento.
- Galli P.F. (1998). L'epidemia della normalità: dagherrotipo del nuovo che avanza. *Psicoterapia e scienze umane* 32, 3, 5-13.
- Giberti F. (1982): Identità vecchie e nuove: il cammino tortuoso dello psichiatra. In: *L'identità dello psichiatra* (ed. F. Giberti). Il Pensiero Scientifico: Roma.
- Goodwin S. (1997). *Quale politica per la salute mentale?* CIC: Roma, 1999.
- Jervis G. (2006). Complessità e ricerca in cinquant'anni di psichiatria di comunità in Italia. Relazione alla X riunione scientifica annuale SIEP, Savona, 10-11 novembre 2006.
- Lamonaca D., et al. (2003). I gruppi strutturati di attività al Centro diurno di Legnago: risultati di un'esperienza. *Il vaso di Pandora* 11, 4, 61-74.
- Lamonaca D., Boggian I. & Barbieri L. (2006). Intervento di regolazione emozionale con pazienti psicotici inseriti in programmi semiresidenziali. *Il vaso di Pandora* 14, 3, 43-56.
- Madianos M.G. (2006). Psychiatric rehabilitation in the era of globalization. *World Psychiatry* 5, 163-164.
- Morandin I. & Favaretto G. (2005). Espansione del privato sociale all'interno dei Dipartimenti di Salute Mentale tra rischi e vantaggi. *Psichiatria di Comunità* 4, 230-237.
- Peloso P.F. (2006). Tre dimensioni della relazione d'aiuto. In: *La relazione d'aiuto. Una speranza per il vivere quotidiano* (ed. A.M. Ferro, C. Parodi, S. Porazzo). CIC: Roma.
- Peloso P.F. & Ferrannini L. (2006). Il folle e l'altro. Attualità di Frantz Fanon a ottant'anni dalla nascita. *Psichiatria di Comunità* 5, 38-47.
- Pirfo E. (2006). Relazione al Convegno "Psichiatria nella comunità tra specificità e integrazione", Genova, 7 dicembre 2006.
- Priebe S. & Fioritti A. (2004). Dopo la deistituzionalizzazione: stiamo imboccando il cammino contrario? *Psichiatria di Comunità* 3, 137-144.
- Rapaport R.N. (1960). *Community as doctor*. Associated Book Publishers: London.
- Rössler W. (2006). Psychiatric rehabilitation today: an overview. *World Psychiatry* 5, 151-157.
- Saraceno B. (1995). *La fine dell'intrattenimento*. Etas libri: Milano.
- Senon J.L. (2006). *Salute mentale in carcere. Psichiatria di collegamento in ambiente carcerario* (ed. L. Ferrannini e P.F. Peloso). Centro Scientifico Editore: Torino.
- Tansella M. (2003). Michael Shepherd e la sua influenza sulla psichiatria contemporanea. *Epidemiologia e psichiatria sociale* 12, 22-25.
- Thornicroft G. & Tansella M. (2000). *Manuale per la riforma dei servizi di salute mentale. Un modello a matrice*. Il Pensiero Scientifico: Roma.
- Tibaldi G. & D'Avanzo B. (2005). Presentazione. In: Steele K.: *E venne il giorno che le voci tacquero*. Mimesis: Milano.
- Tibaldi G., Glover G., Costa G., Petrelli A. & Munizza C. (2006). Deprivazione sociale e salute mentale. Le esperienze di ricerca e di allocazione delle risorse sanitarie nel Regno Unito e la loro possibilità di "traduzione" nel contesto italiano. *Epidemiologia e psichiatria sociale* 15, 211-218.
- Warner R. (2006). The diffusion of two successful rehabilitation models. *World psychiatry* 5, 160-161.

INDIRIZZO PER LA CORRISPONDENZA

Paolo Peloso
Centro Diurno di via Sestri
Dipartimento Salute Mentale
ASL 3 "Genovese"
Via Sestri, 13
16100 Genova
E-mail: paolo.peloso@asl3.liguria.it



Caterina Vecchiato, Massimo Prelati
Dipartimento di Salute Mentale, Cuneo

CRITICITÀ IN PSICHIATRIA O CRISI DELLO PSICHIATRA? Criticality in psychiatry or psychiatrist crisis?

“Tra i tanti e tanti e interessanti problemi della psichiatria, quello che più intensamente mi ha sempre affascinato e sollecitato è il problema della psichiatria stessa. Che specie di scienza è mai essa? Quale la sua posizione nei confronti delle altre scienze? In particolare come si rapporta nei confronti della medicina? Quale la validità dei suoi enunciati di base e dei suoi metodi? Quale l’argomento di cui deve occuparsi?...”. Gli interrogativi su cui rifletteva Binswanger, nella loro immutata attualità, sembrano riportare alle criticità della psichiatria di sempre e precludere alle criticità proprie della psichiatria contemporanea e degli psichiatri che la vivono.

La psichiatria è mutata dai tempi di Binswanger, segnata nella realtà italiana; da tempo ha fatto il proprio ingresso nell’Ospedale Generale ed è, a tutti gli effetti, una disciplina medica che opera i propri interventi in numerose aree di crisi che interessano l’esperienza del singolo, il rapporto con l’altro, l’integrazione nei gruppi, realizzando i presupposti della psichiatria di comunità. La psichiatria moderna si è andata arricchendo nel tempo di possibilità di intervento nuove attraverso le diverse aree di studio che hanno concorso a costruire l’attuale modello bio-psicosociale di malattia.

L’incontro tra la persona malata e lo psichiatra ha rappresentato un motore per tale arricchimento. L’evoluzione politica e culturale del concetto di persona

nel tempo ha progressivamente condotto all’abbandono dell’istituzione custodialistica, mentre si andava chiarendo la sua inadeguatezza nel trattare la malattia mentale. L’incontro con l’altro, nello studio della relazione terapeutica, ha generato quella ricerca sulla “vita interiore” che ha portato allo sviluppo della psicoanalisi e di tutte le forme di psicoterapia che rappresentano oggi un’irrinunciabile dimensione culturale e tecnica nel lavoro dello psichiatra. Quello stesso incontro è alla base dello straordinario contributo della fenomenologia al pensiero della psichiatria contemporanea, che non è solo biologica. Sappiamo oggi come l’esperienza sensoriale elicitò l’attivazione cerebrale dei “neuroni mirror” che ci appaiono come lo “specchio” biologico di un’intersoggettività che non si esaurisce nella sola biologia.

Il progresso delle neuroscienze ha permesso, inoltre, di trovare nuovi insperati strumenti di cura nei farmaci, favorendo, più o meno indirettamente, la nascita di un nuovo sguardo sull’origine delle malattie mentali e aprendo a una nuova biologia del sistema nervoso umano. L’incontro con l’esperienza di malattia del singolo e la dimensione di valorizzazione di tale fenomeno, apportata dalla fenomenologia e dall’esistenzialismo, hanno contribuito in maniera decisiva a considerare iatrogena l’istituzione manicomiale come luogo e momento di esclusione e a cercare nuovi modi di curare.



Il risultato di questa evoluzione su più fronti ha prodotto in Italia una serie di eventi che hanno portato alla nascita della psichiatria di comunità. La realtà della psichiatria italiana si caratterizza per la sua peculiare cornice normativa e legislativa che definisce condizioni di trattamento e di rapporto con la malattia mentale profondamente vincolanti rispetto a un'impostazione ineludibilmente comunitaria. Tale cornice costituisce a tutt'oggi uno tra i più importanti valori positivi ed è immutata dalla sua costituzione; attualmente, a nostro avviso, sono piuttosto le difficoltà a dare contenuti a questa cornice, a rappresentare le criticità.

Le risorse

Saraceno (2006) si interroga sulla necessità di nuovi paradigmi in risposta alla scarsità di risorse. Infatti l'autore cita esempi di esperienze efficaci ed efficienti, in servizi di Paesi non industrializzati, basate su risorse di organizzazione e personali degli operatori dove la mancanza di risorse materiali si fa stimolo anziché alibi. Come proprio Saraceno afferma, "la qualità di risorse disponibili non è proporzionale alla qualità del sistema". Sembra quindi che la criticità delle risorse in psichiatria non risponda esclusivamente a un problema di natura materiale/economica, ma personale e culturale. L'attività che si svolge in psichiatria non è un qualsiasi servizio rivolto all'utenza; l'incontro tra paziente e operatore mette in gioco le risorse di entrambi. La possibilità di mettere in gioco risorse proprie del singolo e coordinarle in maniera fruttuosa in un processo di cura si colloca su un livello differente e sembra decisiva per la qualità del risultato.

Dimensione spazio/temporale

Tempo e spazi fisici e metaforici si costituiscono come elementi da elaborare per lo svolgimento dell'attività di psichiatra. Non si tratta di una semplice inadeguatezza degli spazi fisici o di scarsità di tempo (pure reale), si tratta di vissuti critici sulla spazialità e sul tempo. Il contrasto che Quenard (1978) notava tra l'ideologia della funzione terapeutica, che richiede tempi e spazi più sereni e più adattabili al paziente, e l'istituzione del reparto d'urgenza, che si riempie e si svuota per riempirsi ancora e dare la disponibilità a nuovi ingressi, si sposta oggi anche sulla realtà territoriale, dove le richieste dell'utenza rischiano di sottrarre tempo e spazio alla cura trasformando ogni studio medico dell'ambulatorio in un piccolo reparto d'urgenza che si riempie e si svuota al ritmo di un paziente per volta.

Allora il tempo e gli spazi si dilatano e si comprimono: non c'è spazio per lavorare, non c'è tempo per fare o per pensare, forse in maniera difensiva, come difensivo rischia di diventare il ricorso al tecnicismo.

Gli strumenti tecnici e le neuroscienze

"La tecnologia disponibile non è proporzionale alla qualità del sistema", eppure sempre più spesso il pensiero si rivolge alla tecnica come strumento di qualità dell'intervento. Tale atteggiamento sembra rispecchiare un'altra versione della crisi delle risorse e si configura come un processo di difesa dalla criticità dell'incontro con la malattia e con il malato. La ricerca clinica ha portato a diagnosi sempre più complesse e articolate che, per lo più, non sembrano aiutare l'incontro con il paziente, né aprirci la sua dimensione psicopatologica, mentre diventano uno strumento di inquadramento a scopo farmaco-terapeutico o di uso medico-legale. Questo stato della psicopatologia che perde il proprio significato originario per il prevalere di istanze categoriali asettiche non sostiene lo psichiatra nel confronto con la malattia e lo lascia solo a confrontarsi con un territorio inesplorato ma nominalmente identificato, come gli ufficiali della fortezza Bastiani di fronte al deserto di quei Tartari di cui poco o nulla conoscevano. L'incontro e la sua forza di costituzione intersoggettiva dell'esperienza; l'incontro diviene spersonalizzato, non avviene più con il malato, ma con la malattia. In questo terreno il tecnicismo, che sia psicofarmacologico o psicoterapico, si connota come una possibile fuga in avanti, che contribuisce a contrarre ulteriormente il tempo, ormai sempre più scarso, dedicato al pensare. Tale fuga appare ancora più inconsistente nel confronto con la realtà di una tecnica sempre più estesa, complessa, ramificata. Le psicoterapie mostrano i loro limiti e trovano indicazioni sempre più specifiche; le conoscenze neurobiologiche si arricchiscono di interconnessioni che rendono sempre meno schematico e sempre più complesso l'uso degli psicofarmaci e la loro, spesso inevitabile, associazione. Le risorse personali dello psichiatra, già provate dalla scarsità di risorse materiali e dalla pressione dell'attività clinica che richiede tempi e spazi spesso impossibili, si confrontano anche con una *techné* che un singolo specialista difficilmente può pensare di controllare e offrire in maniera adeguata e completa al paziente. La selezione si sposta anche sulle competenze personali e lo psichiatra, peraltro come ogni medico, oggi vive sentimenti di inadeguatezza difficili da elaborare.



Il pensiero e la cultura

L'evoluzione del pensiero che ha sostenuto la psichiatria nel portare al superamento dell'istituzione custodialistica sembra trovarsi in una fase di impasse di fronte a questi elementi di crisi. Il quadro nella cornice perde forma; resta la cornice, ma il contenuto del pensiero che l'ha prodotta sbiadisce e lascia posto all' indefinito. Risorse scarse sul piano economico incidono in maniera variabile sulla qualità dei servizi. Tuttavia l'organizzazione, la collaborazione tra servizi, le risorse personali degli operatori coinvolti, in altre parole una valida motivazione può abbracciare la complessità della malattia, come dimostrano a volte anche soluzioni naïve.

Un rischio più attuale e frequente appare invece quello di rispondere attraverso cortocircuiti che nascondono, dietro un atteggiamento tecnicistico, una deriva di semplificazione e riduttivismo fuorviante e inefficace. In questo senso si attualizza anche per la psichiatria italiana la prospettiva avanzata da Andreassen (1994) per la psichiatria americana. La prospettiva era quella di una "primavera silenziosa" in cui la cultura psichiatrica iper-tecnologica avrebbe progressivamente sottratto spazio alla clinica, fino ad arrivare a una condizione in cui più nessuno sarebbe stato in grado di parlare e stabilire una relazione con persone sofferenti di malattie mentali. Il piano Marshall rovesciato che l'autrice immaginava per soccorrere la psichiatria americana partiva dalle competenze psicopatologiche della psichiatria europea per restituire alla psichiatria i propri elementi fondanti. Infatti, se possiamo interrogarci sul vuoto di contenuti nello psichiatra, non possiamo considerare vuota di contenuti la cronicità, che realizza nello spazio intersoggettivo un'altra parte dell'identità dello psichiatra che non esclude, ma cerca, conosce, comprende.

Peraltro, proprio i suoi elementi fondanti rendono per certi versi problematica l'appartenenza della psichiatria alla medicina contemporanea. La psichiatria sembra, anche oggi, doversi guadagnare certe caratteristiche "positive" che ne consentirebbero il suo pieno ingresso nell'ortodossia medica.

Viene da chiedersi, tuttavia, se poi le altre discipline mediche portino con sé caratteristiche così chiaramente "positive". Oggi il punto sta proprio nella consapevolezza che la psichiatria non potrà mai "ridursi" alle caratteristiche della medicina neopositivistica e, tuttavia, pare lecito affermare che condivide tale impossibilità

con le altre discipline mediche. In altre parole è l'intera medicina che non può ridursi solo a condizioni positive (Cavicchi, 2004).

La cronicità

Le componenti strutturali delle patologie mentali e particolarmente della psicosi comportano limiti funzionali che non sempre rispondono agli interventi riabilitativi. Questo fatto genera, all'interno della cornice che definisce la psichiatria di comunità, il realizzarsi di una cronicità di patologia verosimilmente non iatrogena, come avveniva nel caso della psichiatria custodialistica. Il cronicizzarsi di questi limiti configura un bisogno di protezione ambientale che costituisce l'aspetto sostanziale della cronicità nella malattia mentale.

Una prospettiva che muova dalla gravità del paziente nel confrontarsi con la cronicità può rispondere al bisogno in maniera coerente alla cornice peculiare della psichiatria di comunità italiana. Carenze culturali possono invece complicare il confronto con la cronicità, per la scarsità di risorse concrete, per la difficoltà a cooperare tra servizi, per i limiti che si possono incontrare nel pensare un caso in maniera totale, multidimensionale. Sembra possibile il realizzarsi di una risposta di scacco di fronte alla mancanza di risorse per la propria attività, che sottende al burn-out e che verosimilmente trova radici, come già segnalava Giberti (1982), in nuclei conflittuali che sottendono la scelta stessa di fare lo psichiatra. Tuttavia l'attività dello psichiatra è da sempre esposta a frustrazione e burn-out e in questo caso la risposta di scacco sembra spostarsi dal terreno personale a quello categoriale; è la crisi degli psichiatri che rischia di generare risposte inadeguate alla cura, opposte ai principi della cornice in cui operiamo, che porta al prevalere del fare sul pensare.

Quella che si può riconoscere nell'attività psichiatrica attuale è una crisi di contenuti che si concretizza in una sorta di "analfabetismo di ritorno" in cui il pensiero, che dava coesione al quadro e funzionalità alla cornice della salute mentale, sembra perso a vantaggio di contenuti semplicistici, forse difensivi, ma sostanzialmente riduttivi e inefficaci.

L'identità dello psichiatra

Tutti i problemi che abbiamo citato concorrono a generare le difficoltà dello psichiatra italiano oggi. Esse hanno origine nello svolgersi di un'attività che si realizza, comunque, sul terreno dell'intersoggettività



vità. Proprio questo ci ricorda Borgna (1997) quando sostiene che non c'è conoscenza in psicopatologia, astratta e oggettiva, che non sia immersa in una spirale ermeneutica inestirpabile sia dalla soggettività del paziente sia da quella del medico. La costituzione dell'altro si realizza in maniera intersoggettivamente dipendente nel momento dell'incontro contribuendo a definire contemporaneamente l'identità di entrambi gli attori dell'incontro. Per questo, la presenza dell'altro non può essere riassunta in un giudizio clinico, risolta e cristallizzata da preconcetti teorici (Callieri, 1982); essa torna a essere centrale, nella crisi dello psichiatra e nelle criticità della psichiatria. La comprensione del malato nel suo essere e della malattia nella sua complessità fanno da contraltare alla realizzazione dell'identità dello psichiatra, contribuendo a definirne gli aspetti anche in una sua possibile crisi.

Le criticità riscontrate, prima tra tutte quella culturale, influenzano la costituzione dell'identità dello psichiatra non solo nell'incontro con "l'Altro", ma anche con "gli altri", in senso comunitario. Nel rapporto attuale con il tessuto sociale lo psichiatra non può più definire la propria identità dalla collocazione chiara che gli derivava in epoca manicomiale dalla funzione di ultimo anello di un processo espulsivo, negato o mascherato da richieste di integrazione che nei fatti nessuno desidera (Petrella, 1982).

Peraltro, la cornice normativa e legislativa senza i contenuti idonei non sostiene l'identità dello psichiatra, lasciando esposti alla discrepanza tra funzione e domanda, tra ruolo epistemologico e ruolo richiesto. La concentrazione dello psichiatra nella ricerca di risorse alternative alla carenza di strumenti materiali in grado di sostenere un efficace processo di cura ci pare correlata a una consapevolezza epistemologica del proprio ruolo e dei contenuti di significato storico che riguardano la psichiatria di comunità. Si tratta in altre parole di attivare una ricerca che non elude le contraddizioni insite nella psichiatria, ma si costituisce nella tensione a colmare la distanza tra il proprio sapere e la propria tecnica (Santonastaso, 1982). La distanza è anche tra il sapere teorico-tecnico e la realtà dell'incontro con l'altro, per cui la psichiatria viene a essere fondata su due differenti "etnografie", quella basata sull'esperienza stessa della follia e quella in cui la specificità dell'esperienza necessita di essere ridotta all'oggettivazione di dati e comportamenti operazionalizzabili. Si tratta in questo caso della

ricerca di un'adeguata articolazione tra due modi di essere psichiatra, tra una forma che si immerge nell'esperienza aliena e una che ne cerca una traduzione che permetta una rappresentazione condivisa; essere contemporaneamente permeati della propria "cultura" e in contatto con una "cultura" diversa e sconosciuta (Rossi Monti, 2006).

Il recupero dell'identità dello psichiatra non riguarda il ritrovare una cornice in cui collocarsi, come in quella, paradossalmente, "rassicurante" posizione di "ultimo anello di una catena espulsiva". Il ruolo dello psichiatra passa anche attraverso l'accettazione di un'identità indefinita, un'identità di *human scientist* a cui si tende perennemente senza mai raggiungerla compiutamente; "e allora è in questa tensione che lo psichiatra si riconosce, proprio perché l'uomo è uomo in quanto si fa uomo" (Callieri, 1982).

Il panorama della realtà della psichiatria e dello psichiatra italiano contemporaneo è ampio e in questo territorio abbiamo cercato di porre in luce quelle aree che sono o che si vanno costituendo come le attualità più salienti delle criticità della nostra disciplina. Ricorre "l'Alterità" nei temi da noi trattati, nella costituzione della possibile crisi dello psichiatra, nelle espressioni delle singole criticità che si affacciano nella cornice che connota la psichiatria italiana odierna. Infatti, a nostro avviso, è sul terreno concreto dell'incontro con l'altro il momento in cui la prassi psichiatrica trova forma e realizzazione, permettendo di attivare delle risorse disponibili. È inoltre evidente che l'incontro sul quale ragioniamo non si può realizzare in un contesto adimensionale, ma richiede un tempo e uno spazio mentale e materiale. L'incontro come esperienza non preclude dai suoi presupposti teorici e biologici; solo un uso perverso delle conoscenze più avanzate può fare dell'altro un costituito neurobiologico anziché una persona, elemento costituente, insieme allo psichiatra, dell'incontro.

La dimensione dell'intersoggettività torna nella psichiatria contemporanea con tutta la sua forza rivoluzionaria rispetto alla psichiatria della "primavera silenziosa" di cui parla Andreassen, in cui il rischio non sta nell'iperspecializzazione della clinica, ma nel fatto che una modalità di approccio arida e tecnologizzata diventi la modalità prevalente, dimenticando quei contenuti che portano dalla sofferenza in senso lato alla persona che di tale sofferenza è al contempo portatrice e in parte autrice (Rossi Monti, 2006).



■ BIBLIOGRAFIA

Andreassen N. (1994). Changing concepts of schizophrenia and the historical fallacy. *American Journal of Psychiatry* 151, 1405-1407.

Borgna E. (1997). La camaleontica identità dell'essere psichiatra. *Il Vaso di Pandora* V, 4.

Carniello B. (1977). *Alterità e Alienità*. Feltrinelli: Milano.

Callieri B. (1982). L'ambiguità dell'incontro. In: *L'identità dello psichiatra* (ed. F. Giberti). Il Pensiero Scientifico Editore: Roma.

Cavicchi I. (2004). *Ripensare la medicina. Restauri, reinterpretazioni, aggiornamenti*. Bollati Boringhieri: Torino.

Giberti F. (1982). Identità vecchie e nuove: il cammino tortuoso dello psichiatra. In: *L'identità dello psichiatra* (ed. F. Giberti). Il Pensiero Scientifico Editore: Roma.

Petrella F. (1982). Lo psichiatra: un'identità in cerca di ridefinizione. In: *L'identità dello psichiatra* (ed. F. Giberti). Il Pensiero Scientifico Editore: Roma.

Quenard O. (1978). Interventi psicoterapici d'urgenza. In: *Le psicoterapie mediche* (ed. J. Guyotat, edizione italiana a cura di D. De Martis). Masson: Milano.

Rossi Monti M. (2006). Essere-qui come un geometra ed essere-là come una strega. In: *Il senso della psichiatria. Incontro tra psicoanalisi, psicopatologia e letteratura* (eds. C. Vecchiato, A. Lunetta, M. Prelati, C. Conforto, G. Giusto). Edizioni La Redancia: Savona.

Santonastaso P. (1982). Identità e alienazione: la precarietà dello psichiatra. In: *L'identità dello psichiatra* (ed. F. Giberti). Il Pensiero Scientifico Editore: Roma.

Saraceno B. (2006). Salute mentale: scarsità di risorse e necessità di nuovi paradigmi. *Psichiatri Oggi* VII, 4.

INDIRIZZO PER LA CORRISPONDENZA

Caterina Vecchiato
vecchiato.c@ospedale.cuneo.it



Marco Monari

Responsabile del Centro di Salute Mentale e del Day Hospital di Casalecchio di Reno, AUSL di Bologna;
Membro della Società Psicoanalitica Italiana

ALLEANZA TERAPEUTICA, TEORIA DELL'ATTACCAMENTO E MENTALIZZAZIONE NEGLI INIZI CON I PAZIENTI DIFFICILI

Therapeutic alliance, attachment theory and mentalization in the first phases of psychiatric and psychotherapeutic treatment of difficult patients

RIASSUNTO

Scopo del presente lavoro è di enucleare alcuni aspetti che, secondo l'esperienza clinica e di ricerca empirica dell'autore, sono utili e indispensabili nel trattamento psichiatrico e psicoterapeutico iniziale, pubblico o privato, dei pazienti difficili. Essi sono la costruzione della relazione terapeutica, il tema della simpatia, la dimensione storica e narrativa, l'attenzione agli elementi controtransferali e la valorizzazione, ai fini della cura, degli elementi positivi presenti nel paziente. Seguono alcune considerazioni intorno a come favorire lo sviluppo dell'alleanza terapeutica, al costituirsi cioè del terapeuta come base sicura, per dirla nel linguaggio clinicamente assai evocativo della teoria dell'attaccamento. Infine viene sviluppato il tema specifico della mentalizzazione, come processo da avviare nella mente dei curanti, a livello individuale o del gruppo di lavoro, se il setting è quello della psichiatria pubblica, prima che sia possibile svilupparlo nei pazienti gravi, che spesso sono deficitari a questo livello. Viene infine descritta la metafora alpinistica del "fare sicurezza" e sono discusse altre dotazioni non solo tecniche, ma anche personali, necessarie per affrontare queste difficili situazioni.

Parole chiave: alleanza terapeutica, base sicura, mentalizzazione, pazienti difficili

SUMMARY

The aim of this article is to outline some clinically useful aspects in the first phases of psychiatric and psychotherapeutic treatment of difficult patients, in public or private settings.

The aspects outlined are the construction of the therapeutic relationship, the theme of sympathy, the historical and narrative framework, the attention to the countertransference elements and the valorisation of positive elements in the patient, so working towards a cure. Some considerations are made about the development of therapeutic alliance, which means, in the clinically evocative attachment language, to find ways to set up a secure base. The specific subject of mentalization is then developed, as a necessary process in the therapist's mind, at an individual or group level, then developing it in the patient's mind. The climbing metaphor of using a safety cord is described and the technical and personal equipment, required to face these difficult situations, is finally discussed.

Key words: therapeutic alliance, secure base, mentalization, difficult patients

Introduzione

Queste riflessioni, iniziate con un lavoro pubblicato nel 2000 cui ampiamente rimando, sono il frutto dell'ulteriore esperienza clinica e delle ipotesi teoriche che, con essa, si sono da allora via via intrecciate nella mia mente.

Da un lato una serie di ricerche empiriche effettuate nel contesto dei servizi pubblici (Monari et al., 2003; Pulido et al., in corso di pubblicazione) e di considerazioni intorno al trattamento psichiatrico, prevalentemente dei pazienti con disturbo di personalità (Monari, 2003) nel setting di un Day Hospital territoriale (Monari, 2004; Monari et al., 2005), hanno favorito



la mia riflessione sui punti che intendo sviluppare in questa sede. Dall'altro il mio lavoro psicoterapeutico e psicoanalitico privato, che, pur con le debite differenze, considero in continuità fisiologica con la pratica clinica che svolgo nel servizio pubblico, presenta un'ampia area di sovrapposizione con essa. Sempre più spesso mi sono trovato, nel tempo, a trattare in psicoterapia pazienti con una grave patologia del sé o con disturbi borderline di personalità, con i quali mi sono imbattuto in situazioni iniziali altamente problematiche, il cui superamento, nei casi favorevoli, ha spesso richiesto tempi prolungati e prove difficili da affrontare prima che si potesse costituire un adeguato setting esterno, al cui interno poter lavorare. Le fasi iniziali del trattamento circoscrivono infatti un'area critica ed emotivamente molto intensa per gli attori che vi sono coinvolti. Dalla parte dei terapeuti c'è la necessità di essere in qualche modo confermati nella propria attitudine a curare e nella propria identità professionale, mentre per i pazienti è un momento molto importante perché trovino, spesso dopo tante peripezie, un porto dove pensare di potersi finalmente fermare.

Nel corso di questa breve esposizione cercherò prima di enucleare alcuni aspetti clinici che, secondo il mio modo di vedere e la mia esperienza, rappresentano una sorta di tessuto connettivo utile e indispensabile nel trattamento iniziale, pubblico e privato, del paziente difficile, cosiddetto perché mal si adatta, per deficit diversi nello sviluppo e strutturazione del sé o per gravità del livello della sua psicopatologia, a un setting psicoanalitico e psicoterapeutico rigidamente inteso. Poi accennerò ad alcuni aspetti dei termini alleanza terapeutica, teoria dell'attaccamento e mentalizzazione che, forse perché attualmente logorati da un uso troppo enfatico e frequente o troppo generico, richiedono a mio modo di vedere alcune precisazioni cliniche. Infine cercherò di descrivere la metafora alpinistica del "fare sicurezza" e, insieme, di accennare alle altre dotazioni non solo tecniche, ma anche personali, necessarie per affrontare queste difficili situazioni.

Alcuni aspetti comuni del dispositivo della cura nei setting pubblici e privati

1) Un primo aspetto importante ha a che fare con il paziente lavoro di *costruzione-tessitura-sviluppo* della relazione terapeutica, che richiede tempo e un intenso esercizio mentale ed emotivo per i curanti. Si tratta di un'esperienza messa in comune dagli attori in scena, che avviene come per accumulo e lento de-

posito di incontri successivi allo scopo di giungere a una sorta di addomesticamento dell'altro (Correale, 2006) e a una maggiore fiducia e familiarità reciproca che non esclude anche momenti di rottura, potenzialmente utili a visualizzare sotto una nuova luce aspetti altrimenti inediti del sé dei pazienti. Detta in altre parole, si tratta del tentativo di scegliere e costruire in modo originale la casa-setting (Monari, 1994), intesa come spazio interno ed esterno definito in cui provare a sviluppare la relazione con il paziente, prima che nel tempo (spesso anni) possa essere messa in campo una vera e propria attività interpretativa. Questo modello della *cura in due tempi*, di una strategia terapeutica a complessità crescente, accomuna nella mia esperienza il trattamento dei pazienti difficili nei setting pubblici e privati (Monari & Berti Ceroni, 1998; Monari, 1999). Si tratta del tentativo di rispondere in modo ottimale alle caratteristiche del paziente (Bacal, 1998), di personalizzare il trattamento confezionandolo "su misura" sia nelle sue caratteristiche di setting formale sia nelle funzioni che vi svolge il terapeuta. Costituisce non solo uno sforzo importante e il più possibile adeguato, nella sua proposta temporale, alla fase in cui si trova il paziente, ma anche un prerequisito fondamentale, che è di per sé già parte integrante del trattamento stesso. Tutto ciò implica inevitabilmente gradualità, flessibilità e un certo grado di modestia da parte dei terapeuti, nel senso di prendere in considerazione i limiti personali, tecnici e anche istituzionali quando il trattamento si svolge in un servizio pubblico. A questo proposito tuttavia, la modificazione significativa di alcuni aspetti dello stile di attaccamento (minor disagio per l'intimità e minor preoccupazione per le relazioni interpersonali) in un gruppo di una cinquantina di pazienti ambulatoriali affetti da grave disturbo di personalità, dopo un anno di trattamento integrato (accudimento psichiatrico di base variamente associato a psicoterapia psicodinamica individuale e di gruppo e all'inserimento in attività di borsa lavoro), depone per un cauto ottimismo (Monari et al., 2003), suffragato dalla letteratura internazionale, circa la possibilità di indurre attraverso la strategia già esposta qualche miglioramento clinico e soggettivo nei pazienti gravi.

2) Un secondo aspetto importante è il tema della *simpatia* e dell'*empatia*, che riguarda la necessità di trovare con tutti i pazienti in entrambi i setting, ma



con questo gruppo così eterogeneo in particolare, un contatto che sia emotivamente significativo e in qualche modo strutturante questi inizi di rapporto terapeutico. La prima (Black, 2004) può essere intesa, in senso etimologico, come capacità spontanea e propensione naturale di essere direttamente coinvolto dallo stato emotivo dell'altro, piuttosto che non come sentimento maturo di compassione e di calda preoccupazione per i sentimenti altrui, come viene considerata nel linguaggio comune. Essa ha a che fare con la capacità presente fin dalla nascita di cogliere gli aspetti non verbali del rapporto con la figura di accudimento, variamente descritta dagli studiosi dello sviluppo infantile. A questo scopo pare molto pertinente il concetto di sintonizzazione affettiva proposto da Stern (1985) per descrivere la simpatetica connessione tra madre e piccolo bambino, che tanto risuona come metafora anche con l'adulto, riguardo a tutti quegli aggiustamenti reciproci nella coppia terapeutica che attingono a una dimensione non verbale del rapporto e sono così importanti nelle fasi iniziali con il paziente difficile (ritmi della conversazione, quantità degli interventi, tono della voce, distanza anche fisica, temperatura emotiva, ecc.). A volte inoltre basta sintonizzarci su un aspetto del carattere o della persona del paziente, con una qualche sua capacità inaspettata o con una sua immagine inedita, che si forma nella nostra mente ed evoca una nostra maggiore partecipazione personale, per creare un contatto simpatetico che colora un incontro altrimenti sbiadito e anonimo. Un altro contributo importante, precedente alla scoperta delle funzioni neurofisiologiche dei neuroni "mirror" (Gallese, 2001) che retrospettivamente lo valorizzano, è relativo alla funzione comunicativa e pervasiva, nella vita ordinaria ma ancor più all'interno del setting terapeutico, dell'identificazione ricorrente primaria o rispecchiamento inconscio temporaneo (Sandler, 1993). Essa può essere definita come il riflesso evocativo all'interno dell'osservatore del comportamento e dei sentimenti della persona osservata, un processo solo parzialmente conscio, collegato alla percezione sensoriale, ma completamente distinto dall'imitazione consapevole. L'abilità terapeutica, così difficile da raggiungere e per questo anche così affascinante, consiste nel poter avere un contatto identificativo con il paziente e il mondo delle sue emozioni, ma anche nel poterne emergere, per essere in grado

di riflettervi intorno, quantomeno dentro di noi. Credo che, a maggior ragione nei rapporti iniziali con questi pazienti che presentano deficit spiccati nell'esprimere in parole il proprio mondo emotivo, ci sia un intenso e complesso passaggio da inconscio a inconscio di questo tipo di identificazioni, di cui solo una piccola parte può essere percepita dal terapeuta e trasformata verbalmente. La situazione si complica ulteriormente se questo gioco di identificazioni reciproche è perturbato dall'uso difensivo dell'identificazione proiettiva da parte del paziente e dagli effetti positivi o negativi che essa può avere sulle capacità di comprensione e di elaborazione del terapeuta. Mi rendo conto di maltrattare un argomento così vasto con degli accenni tanto rapidi, ma sono costretto a sottolinearne la complessità, più che a cercare di affrontarla. Tornando all'empatia, rappresenta uno sviluppo ulteriore della simpatia, nel suo primario significato etimologico. Essa ha a che fare infatti con la sofisticata capacità di utilizzare queste identificazioni primarie "in una situazione di consapevole separazione e di integrazione del capire col sentire" (Bolognini & Borghi, 1989). Quindi la capacità di utilizzare lo strumento empatico richiede una buona conoscenza delle proprie modalità di funzionamento mentale, tanta esperienza clinica, una buona formazione personale e soprattutto un esercizio autoriflessivo continuo, per arrivare ad affinare questa capacità di contatto significativo con il mondo interno dell'altro, cercando di discriminare la farina del proprio sacco da quella dell'altro. Credo di aver dato un'idea della complessità di questi scambi con il paziente e delle difficoltà che comportano, a maggior ragione con l'area di quelli cosiddetti difficili, ma penso anche che il complicato percorso simpatia-empatia è una propensione del terapeuta, che segnala una sua disponibilità particolarmente fondante in questo ambito clinico. Si tratta inoltre di imparare a miscelare il *registro materno* della comprensione, dell'intonazione affettiva, dell'adattamento, del riconoscimento, del contatto empatico, dell'identificazione e del rispecchiamento, tali e tanti sono i termini psicoanalitici delle diverse scuole di pensiero per descrivere questo fenomeno, con il *registro paterno* degli interventi, in cui all'aspetto contenitivo-interpretativo e di confronto del paziente con il mondo della sua aggressività in un quadro rigoroso e fermo può essere affiancata una qualche forma di limitazione e di variazione del setting psi-



coterapeutico, quando il paziente non è in grado di assumere una sufficiente responsabilità dei propri comportamenti.

- 3) Il terzo aspetto, ma ovviamente possono esservene molti altri, riguarda l'importanza della conoscenza puntuale e dettagliata da parte del terapeuta della storia personale del paziente e quindi della *dimensione storica e narrativa* (questo è il titolo complessivo dei seminari svolti nell'ambito del Corso di San Lazzaro sulla "psicoterapia psicodinamica nei servizi pubblici", giunto al suo XX anno), sia nelle fasi di impostazione del trattamento che nel corso del suo svolgimento. Preferisco il termine *storia personale* rispetto a quello più tradizionalmente medico e psichiatrico di anamnesi, in quanto rappresenta il tentativo di introdurre e dare maggior peso al punto di vista del paziente, di valorizzare cioè quegli elementi personali e soggettivi che spesso sono stati disconfermati e distorti anche dall'ambiente primario. La storia palese delle vicende biografiche del paziente, pur essendo difficilmente valutabile nel suo grado di veridicità, rappresenta quanto il soggetto è in grado di raccontare di sé in quel momento del suo percorso esistenziale e va comunque valorizzata e rispettata. Ho affrontato altrove la significatività della storia personale nei setting psichiatrici, che è strettamente correlata alla capacità dei curanti di farne oggetto della propria riflessione (Monari, 2004). Quello che vorrei tuttavia sottolineare in questa sede è l'importanza di un lavoro terapeutico in entrambi i setting basato su di un'attenzione specifica e riflessiva sugli aspetti biografici del paziente e sulle sue caratteristiche personali, che ricorda molto il processo, minuzioso e attento ai particolari, di "presa in carico" del personaggio letterario che precede l'elaborazione narrativa degli scrittori (Rigosi, 2004). Per quel che riguarda invece gli assetti psicoterapeutici più specifici, basta ricordare l'importanza attribuita da Rosenfeld nei suoi seminari italiani (1998) alla conoscenza puntuale dei traumi infantili e della storia del paziente, come modo di superare le situazioni di "impasse", in quanto le ipotesi sul passato aiutano a comprenderne la natura e a emergere da agiti colussivi in cui il passato si riattualizza nel transfert e nel controtransfert all'insaputa dei due protagonisti, ma su questo aspetto tornerò più avanti.
- 4) Un quarto aspetto, tra i tanti possibili, che mi pare accomuni il setting pubblico e quello privato nel

trattamento dei casi gravi e difficili, è l'importanza degli *elementi controtransferali*, individuali e di gruppo, nell'orientare il destino terapeutico di quest'area di pazienti, in quanto possono sovvertire le finalità terapeutiche del trattamento, causando anche interruzioni premature e crolli delle speranze dei pazienti di trovare un porto che li accolga. Senza entrare nel merito di un argomento così esteso, mi preme sottolineare due aspetti: a) il primo riguarda la frequente oscillazione controtransferale tra l'identificazione concordante, le ragioni del paziente di essere così e quella complementare con i suoi oggetti interni, tra un eccesso di identificazione iniziale che è fisiologica con questo gruppo di pazienti, e una successiva presa di distanza, spesso punitiva per il paziente e conseguenza a volte della difficoltà dei terapeuti di assumere fino in fondo il ruolo dell'oggetto traumatico e cattivo sulla scena terapeutica; b) il secondo aspetto riguarda quanto spesso mi sia capitato di incontrare terapeuti stanchi, logorati e depauperati da questi contatti terapeutici, forse perché mancano di una formazione personale sufficiente, di una bussola teorica abbastanza navigata, di un gruppo di colleghi di riferimento o di un gruppo di lavoro psichiatrico abbastanza vitale e funzionante, ma soprattutto perché sono sconfortati e disillusi da una carenza di rispecchiamento favorevole da parte dei pazienti riguardo alla dedizione e alle capacità professionali e umane messe in campo. Questa esperienza negativa contiene comunque, quando non sia troppo frustrante e solitaria, qualche aspetto strutturante e realistico, che deve pure essere elaborato a livello personale o di gruppo.

- 5) Infine, quinto punto, la valorizzazione ai fini della cura degli *elementi positivi* (Stern, 1995), delle risorse psicologiche presenti nel paziente, indipendentemente dal livello della sua psicopatologia. Lavorare, avendo in mente di favorire il costituirsi di una relazione emotivamente significativa per entrambe le parti in gioco, significa cercare di sottolineare e gestire gli aspetti positivi del transfert, forse più di quelli negativi o fortemente distruttivi, che pur esistono, ma che in questa ottica vanno mantenuti, per quel che è possibile, sullo sfondo, in attesa del momento clinico opportuno perché siano apertamente affrontati. E ancora, significa prestare un'attenzione particolare alla regolazione emotiva della relazione ambiente di cura-paziente, volta preliminarmente al



lento costituirsi di uno spazio mentale che consenta poi la comunicazione di osservazioni e ipotesi utili alla comprensione riflessiva della sua persona.

Alleanza terapeutica, teoria dell'attaccamento e mentalizzazione

L'alleanza terapeutica (AT), intesa nella sua accezione più ampia come accordo intorno agli obiettivi del trattamento, ai compiti reciproci e allo stabilirsi del necessario legame affettivo-empatico a livello sia individuale che istituzionale, quando sono coinvolte più figure professionali come nei setting pubblici, rappresenta un buon esempio del lavoro sul positivo già accennato. In ogni modo l'alleanza terapeutica è per definizione bassa all'inizio del trattamento con i pazienti difficili e, quando è troppo elevata, rischia di essere la conseguenza di un eccesso di idealizzazione, che ugualmente può comportare cadute e rotture importanti. Il suo costituirsi nel corso del trattamento, il passaggio cioè dalla fase di accettazione del contratto iniziale a quella di lavoro, in cui il paziente effettivamente riconosce nel terapeuta un collaboratore esperto e affidabile che lo aiuta a comprendere se stesso come persona, è un processo lungo e difficile, della durata a volte di anni, sovente, nei casi favorevoli, un punto di arrivo e non di partenza. Anzi, visto che nella relazione terapeutica si crea un forte coinvolgimento emotivo, il percorso è spesso costellato da inevitabili rotture di questo legame e dalla sua riparazione successiva. Il ripetersi di queste sequenze può essere utile a formare una situazione terapeutica nella quale l'identificazione con il terapeuta e il suo modo di affrontare le difficoltà costituiscono un modo per interiorizzarlo e un meccanismo di cambiamento significativo per il paziente. Dalla nostra ricerca empirica sui rapporti tra lo sviluppo dell'alleanza terapeutica e i risultati della cura psichiatrica su un piano sintomatologico all'interno di un Day Hospital territoriale (Pulido et al., in corso di pubblicazione), risulta che non ha tanto importanza il suo livello iniziale, quanto che essa si sviluppi positivamente, anche se di poco, confermando l'impressione clinica che in quest'area di pazienti i livelli precoci di AT non sono di per sé correlati con esiti positivi.

In fondo lo sviluppo dell'AT può essere considerato del tutto simile al costituirsi nel tempo di un legame di attaccamento, agli stessi meccanismi cioè che sono i requisiti fondanti la base sicura, per dirla nel linguaggio clinicamente così evocativo della teoria dell'attaccamento. Essi sono operativi nella diade madre-bambino

e possono essere applicati metaforicamente anche ai rapporti terapeutici con i pazienti adulti (Holmes, 2001). Consistenza personale, costanza, affidabilità, capacità empatica di sintonizzazione, di mantenere la prossimità emotiva e di riparare la rottura del legame e capacità negativa di aspettare il momento opportuno per riproporre le ipotesi di cura, garantendosi non solo nelle fasi più mature del trattamento una certa libertà di movimento: dalla scherzosità all'espressione controllata della propria partecipazione emotiva all'interno del setting terapeutico. Infine, il lavoro clinico all'interno della prospettiva della teoria dell'attaccamento prevede che il terapeuta comunichi attivamente al paziente che egli è lì per pensare insieme a lui a che cosa sta succedendo nella sua mente, cercando di capire e contenere le rappresentazioni mentali dei suoi sentimenti e di trasporle in parole. È questa funzione riflessiva o mentalizzazione che Bateman e Fonagy (2004) ritengono debba essere specificamente sviluppata nella terapia dei pazienti gravi e difficili, i quali a loro volta si trovano fin dall'infanzia nella condizione di non riuscire a concepire, per gli ambienti variamente traumatici in cui sono vissuti, una "teoria della mente" nel genitore ancor prima che in se stessi. Essi la definiscono come "il processo mentale mediante il quale un individuo esplicitamente o implicitamente interpreta le proprie azioni o quelle degli altri come significative sulla base di stati mentali intenzionali quali desideri personali, bisogni, sentimenti, opinioni e ragioni" (pag. XXI). Senza entrare nel merito dei concetti teorici su cui si fonda questo costrutto, la fenomenologia della mentalizzazione si basa su alcuni aspetti che sono clinicamente assai significativi: ha a che fare con la capacità di mettersi nei panni altrui, coinvolge l'abilità di vedere e valutare se stesso e i sentimenti dell'altro dal di fuori, denota la capacità di differenziare i sentimenti intorno alla realtà dalla realtà stessa, è un fenomeno graduale e discreto e non funziona secondo una modalità "tutto o nulla", dipende dalle condizioni emozionali del soggetto ed è potenziata dalla presenza vicina di una figura di accudimento sicura o di altra persona, con cui si sia instaurata una relazione affettivamente significativa.

Non è certo un concetto psicoanalitico nuovo: i concetti di *rêverie* di Bion (1962), di preoccupazione materna primaria di Winnicott (1958) di interiorizzazione trasmutante di Kohut (1977) e anche di alcuni autori della scuola francese, tra cui ultimi Lecours e Bouchard (1997), della mentalizzazione come antitesi alla *pensée opératoire*, sono solo alcuni esempi di come



questo aspetto sia centrale nella teoresi psicoanalitica. Riguardo invece all'area dei disturbi di personalità, la funzione svolta dalla mentalizzazione non è molto dissimile dal concetto di *doubling* (Meares, 2000), termine quasi intraducibile in italiano, che sottolinea l'importanza essenziale della figura di accudimento nello sviluppo del sé del bambino fin dai primi mesi di vita, all'interno dell'abbozzo via via strutturante del gioco della conversazione con lui, di trasmettere la capacità di identificare, amplificare e rappresentare il fluire di emozioni e sentimenti, il flusso della consapevolezza di sé. Sembra dunque che non ci fosse bisogno, almeno all'interno dell'ambito psicoanalitico, di questa nuova terminologia, che potrebbe oltre tutto presentare il rischio di una diluizione teorica o, peggio, di un'invasione di campo nella psicologia cognitiva, in cui la nozione filosofica di "teoria della mente" è ampiamente utilizzata. Ancora, per quanto il modello della psicoterapia dei disturbi borderline basata sull'ipotesi del deficit della mentalizzazione sia stata manualizzata (Bateman e Fonagy, 2004), non è dato sapere l'efficacia clinica di questo costruito, visto che per ovvi motivi vengono valutati pacchetti di trattamento, in questo caso all'interno di un Day Hospital, e non è dato sapere il peso specifico dei singoli ingredienti terapeutici. Tuttavia, proprio perché è un concetto che ha una robusta evidenza dalle ricerche empiriche, finisce con il costituire una validazione delle ipotesi psicoanalitiche intorno all'importanza delle precoci e complesse relazioni con l'ambiente primario nella genesi dei disturbi psichici. Individua comunque una fenomenologia assai vicina all'esperienza clinica e, pur senza enfatizzarne troppo l'importanza, suggerisce una strategia terapeutica forse più specifica con i pazienti gravi, volta non solo o non tanto all'acquisizione di *insight* sul proprio presente e passato, ma soprattutto a sviluppare una maggiore consapevolezza di sé come persona separata e dotata autonomamente della capacità di pensare. Quanto questa capacità possa essere sviluppata nei pazienti gravi e difficili credo possa essere valutato solo nell'ambito delle caratteristiche variabili all'interno di ogni incontro psicoterapeutico tra quel determinato terapeuta con il paziente e le sue risorse psicologiche, nella fase di vita e psicopatologica per lui peculiare e attuale. Quello che vorrei invece sottolineare è il fatto che la funzione riflessiva dovrebbe essere esercitata in senso lato soprattutto da parte dei curanti, nell'idea che non ci è possibile trasmettere alcunché se prima non è ben chiaro nella nostra mente a un livello sia individuale sia di gruppo, quando il setting è quello

della psichiatria pubblica. Anche l'attento autoscopio personale dei propri sentimenti controtransferali nell'*hic et nunc* della seduta sembra appartenere a questo registro di operosità riflessiva.

Alcune dotazioni tecniche e personali necessarie

Da tutto questo risulta la necessità che il paziente grave o difficile, a maggior ragione nelle fasi iniziali, possa prima percepire l'attività mentale e affettiva del terapeuta in seduta, per poi lentamente imparare a farvi affidamento. Durante il lavoro clinico, sia individuale che in gruppo, mi è spesso venuta in mente la metafora alpinistica del "fare sicurezza", di fare cioè in modo, o almeno di provarci, che pur nelle difficili e aspre tempeste emotive il paziente non si senta troppo solo o lasciato cadere, cercando di coltivare dentro di me un'intensa attività mentale da cui far trapelare ogni tanto qualche pensiero. Questo processo interno può essere anche manifestato con una serie di piccoli interventi, molto rispettosi dell'imbastitura leggera della relazione che si va costruendo, che per esempio hanno lo scopo non solo di mostrare alcuni aspetti del dialogo, parole o smagliature di senso che il paziente non ha colto, ma anche di testimoniare la presenza di una vita mentale autonoma, che può essere attivamente offerta e intrecciata con quella del paziente. Inoltre, così come succede nella tecnica alpinistica, la metafora del fare sicurezza rende ragione della prudenza, della lentezza e dell'adattamento reciproco necessari all'interno della coppia terapeutica perché possa essere messa in pratica sul piano clinico.

Tutto questo richiede una *presenza attiva del terapeuta*, che, per esempio, non si trasformi nella caricatura dell'analista silenzioso e distante e non lasci a sua volta cadere troppo il paziente nel suo silenzio, fornendo qualche appiglio di vita mentale, che egli è ovviamente libero di utilizzare o no. Oppure che faccia domande, avendo la perseveranza di segnalare, osservare, catalogare e comprendere con il paziente gli stati emotivi, a partire dai più semplici, di proporre ipotesi di come questi si ingranino inconsciamente con i comportamenti e le circostanze scatenanti, nel tentativo di essere il più possibile vicino, momento dopo momento, al materiale clinico. E ancora, il potersi permettere di essere *benevolmente curiosi*, piuttosto che rivestire il ruolo ingessato e difensivo dell'esperto, può favorire forse il necessario adattamento del dialogo al livello delle capacità psicologiche e di vita del paziente. Pare infatti che la psicoterapia stessa possa produrre



danni iatrogeni, se proposta in termini rigidi che non tengono conto della capacità del paziente di utilizzarla, in quanto rischia di causare un'iperattivazione dei sistemi di attaccamento dei pazienti con grave disturbo borderline, che avverrebbe a detrimento ulteriore delle già compromesse capacità di mentalizzazione (Fonagy & Bateman, 2006). Insomma nei casi più gravi occorre avere la realistica modestia di individuare il setting o il contesto interpersonale più semplice da proporre, per esempio un rapporto di cura con uno psichiatra, evitando premature spiegazioni cosce o inconse del problema. Risuona anche in questo caso la frase di Winnicott, "nel lavoro ambulatoriale cerco di fare il minimo che è necessario", che in questo contesto diviene un monito contro proposte dettate più dal desiderio del terapeuta che non dall'effettivo bisogno del paziente.

Per quanto riguarda le modalità con cui porgere le *ipotesi interpretative*, intendo qui sottolineare l'importanza del tono colloquiale con cui vengono espresse, dell'aspetto terminologico prossimo il più possibile al vocabolario del paziente e la possibilità che tali ipotesi siano proposte a mezza via tra terapeuta e paziente, come qualcosa che può essere non solo accettato o rifiutato, ma anche ampliato, digerito in un secondo tempo o fatto proprio. Anche una certa *enfasi affermativa* in tutti gli interventi ordinari del terapeuta, volti a confermare la sicurezza della relazione e a valorizzare la significatività del senso di sé e della propria esperienza intima, può costituire per il paziente una prova del suo essere compreso.

Molte altre possono essere le dotazioni necessarie per affrontare questi inizi difficili, ma rimando al ben più ampio lavoro del 2000. Vorrei solo soffermarmi sul fatto che da un lato, nella dinamica transfert-controtransfert, è spesso inevitabile trovarci ad agire insieme al paziente ciò che egli non è in grado di esprimere altrimenti e che dall'altro occorre lasciarsi coinvolgere in una qualche forma di responsività di ruolo, ammalarsi parzialmente della malattia del paziente, per poterne riemergere poi riflessivamente e riprendere una funzione di pensiero. È una grossa illusione infatti quella di mantenere sotto controllo in tempo reale nel corso della seduta ciò che il paziente ci comunica ed è più spesso con il senno di poi che possiamo comprendere queste situazioni, riuscendo a rielaborare ciò che avviene in seduta solo quando il paziente ne è uscito. Tutto questo rende ragione delle difficoltà che possiamo incontrare, del tempo che è necessario, della costanza di cercare

di svolgere la nostra funzione anche nelle fasi di maggiore tempesta emotiva del paziente e nostra e della *ragionevole speranza* che possiamo continuare a coltivare realisticamente dentro di noi, nonostante tutto. Un altro rischio che è facile mettere in moto in questi casi è rappresentato dalla sequenza *Persecutore-Vittima-Salvatore* (Barale, 2006), che può permeare potentemente e insidiosamente la relazione terapeutica non solo con i curanti più giovani e inesperti, inducendo riaccensioni sintomatologiche e regressioni incontrollabili.

Va da sé che, se uno dei compiti terapeutici è quello di "fare sicurezza" al paziente, il terapeuta deve mettersi egli stesso nella condizione di essere "in sicurezza" a opera di un terzo. Quando le cose vanno bene questa terzietà può essere rappresentata dalla formazione individuale e dalle teorie che sono alla base del nostro operare, ma in situazioni di crisi un'analisi personale, una supervisione con qualcuno più esperto, il gruppo dei colleghi o il gruppo di lavoro nelle situazioni istituzionali possono costituire situazioni che ci mettono in "sicurezza" e che ci consentono di riprendere a pensare, cercando di recuperare quella corda che noi, magari senza accorgerci, avevamo tagliato. In alcuni pochi casi però "tagliare la corda", in situazioni pericolose per il paziente e perciò impraticabili in quella fase sul piano psicoterapeutico, comporta molta riflessione, coraggio e dolore, ma a volte è l'unica cosa da fare e non è detto che abbia conseguenze negative.

■ BIBLIOGRAFIA

- Bacal H.A. (1998). *Optimal responsiveness*. Jason Aronson: Northvale, New Jersey and London.
- Barale F. (2006). *Il fondo instabile dell'esperienza: riflessioni su trauma e condizione borderline*. Seminario per operatori psichiatrici presso Centro Psicoanalitico di Bologna, febbraio 2006.
- Bateman A. & Fonagy P. (2004). *Il trattamento basato sulla mentalizzazione*. Raffaello Cortina Editore: Milano, 2006.
- Bion W.R. (1962). *Apprendere dall'esperienza*. Armando: Roma, 1972.
- Black D.M. (2004). Sympathy reconfigured: some reflections on sympathy, empathy and the discovery of values. *International Journal of Psychoanalysis* 85, 579-596.
- Bolognini S. & Borghi L. (1989). Empatia. *Rivista di Psicoanalisi* 35,1077-1099.
- Correale A. (2006). *Area traumatica e campo istituzionale*. Borla: Roma.
- Fonagy P. & Bateman A. (2006). Progress in the treatment of borderline personality disorder. *British Journal of Psychiatry* 188,1-3.



Gallese V. (2001). Azioni, rappresentazioni e intersoggettività: dai neuroni mirror al sistema multiplo di condivisione. *Sistemi intelligenti* 1, 77-102.

Holmes J. (2001). *Psicoterapia per una base sicura*. Raffaello Cortina Editore: Milano, 2005.

Kohut H. (1977). *La guarigione del sé*. Boringhieri: Torino, 1980.

Lecours S. & Bouchard M.A. (1997). Dimensions of mentalization: outlining levels of psychic transformation. *International Journal of Psychoanalysis* 78, 855-875.

Meares R. (2000). *Intimacy and alienation: memory, trauma and personal being*. Routledge: London.

Monari M. (1994). I setting nella psichiatria ambulatoriale. *Psiche* 2, 234-247.

Monari M. (1999). Il disturbo borderline. In: *Psicoanalisi e psichiatria*. (a cura di G. Berti Ceroni e A. Correale). Raffaello Cortina Editore: Milano.

Monari M. (2000). La terapia psicoanalitica dei pazienti gravi e difficili: le prime fasi. *Rivista di Psicoanalisi* XLVI, 4, 663-681.

Monari M. (2003). L'organizzazione della cura nei servizi psichiatrici: quali spazi terapeutici per i pazienti con grave disturbo di personalità? *Interazioni* 1, 37-47.

Monari M. (2004). Sulle funzioni terapeutiche di un day-hospital psichiatrico territoriale. *Rivista di Psicoanalisi* L, 2, 471-489.

Monari M., et al. (2005). Il lavoro clinico in un day hospital psichiatrico territoriale e la costruzione dell'alleanza terapeutica. *Psichiatria di Comunità* 2, 111-119.

Monari M. & Berti Ceroni F. (1998). Criteri di gestione clinica dei pazienti borderline nei servizi psichiatrici pubblici. II. Alcune proposte operative. *Rivista Sperimentale di Freniatria* CXXII 4, 220-234.

Monari M., Fossati A., et al. (2003). Trattamento psichiatrico e modificazioni dello stile di attaccamento in un campione di pazienti ambulatoriali con grave disturbo di personalità. *Psichiatria di Comunità* 2, 84-92.

Pulido R., Monari M., Rossi N. (2006, in corso di pubblicazione). Institutional Therapeutic Alliance and its relationship with outcomes in a psychiatric day hospital program.

Rigosi G.P. (2004). *La bottega dello scrittore*. Intervento letto al XVIII "Corso di San Lazzaro sulla psicoterapia psicodinamica nei servizi pubblici".

Rosenfeld H. (1998). *I seminari italiani di Herbert Rosenfeld*. A cura del Direttivo del Centro Milanese di Psicoanalisi Cesare Musatti, Milano.

Sandler J. (1993). On communication from patient to analyst: not every thing is Projective Identification. *International Journal of Psychoanalysis* 74, 1097-1107.

Stern D.N. (1985). *Il mondo interpersonale del bambino*. Bollati Boringhieri: Torino, 1995.

Stern D.N. (1995). *La costellazione materna*. Bollati Boringhieri: Torino, 1995.

Winnicott D.W. (1958). La preoccupazione materna primaria. In: *Dalla pediatria alla psicoanalisi*. Martinelli: Firenze, 1975.

INDIRIZZO PER LA CORRISPONDENZA

Marco Monari
Via del Cestello, 2/2
40124 Bologna
Tel.: 051/267248
E-mail: marco.monari@tin.it



Egidio A. Bove

Istituto di Psicologia, Università di Urbino "Carlo Bo"

È POSSIBILE DISTINGUERE I DEFICIT COGNITIVI DELLA SCHIZOFRENIA? SUGGERIMENTI PER LO STUDIO DEI MARKER ENDOFENOTIPICI DI VULNERABILITÀ

Is it possible to distinguish the cognitive deficits of schizophrenia? Some suggestions for the endophenotypic marker's study

RIASSUNTO

Scopo. Gli autori che aderiscono all'ipotesi della vulnerabilità hanno elaborato modelli capaci di spiegare in senso multifattoriale la genesi e lo sviluppo psicopatologico che conduce alla schizofrenia. La predisposizione ai disturbi psicotici è contraddistinta da vari tipi di manifestazioni anomale. Non è semplice isolare gli elementi che predispongono allo sviluppo della schizofrenia. Infatti, per essere definito tale, un fattore di vulnerabilità deve soddisfare diversi requisiti. Nella ricerca dei marker di vulnerabilità connessi alla predisposizione genetica per la schizofrenia, lo studio delle abilità cognitive ha avuto un ruolo di primo piano. Scopo del lavoro è distinguere i deficit cognitivi riscontrati nella schizofrenia e presentare alcune problematiche riguardanti la metodologia adoperata nello studio di tali deficit.

Metodo. A tal fine è stato compiuto un esame critico della letteratura.

Risultati. Nella clinica come nella ricerca è utile discernere le alterazioni cognitive presenti prima dell'insorgenza della schizofrenia da quelle riscontrabili nella fase acuta e nei periodi di remissione. Questa distinzione permette di puntare la lente d'ingrandimento solo su quelle alterazioni cognitive che riflettono gli interessi dello specialista. In questo modo vi è la possibilità di isolare i probabili marker cognitivi di vulnerabilità. Una delle strategie da utilizzare per lo studio di questi fattori è quella di prendere in esame i parenti di primo grado dei pazienti. Le alterazioni cognitive osservate nel gruppo dei familiari sono lievi; per questo più che deficit sarebbe auspicabile utilizzare l'espressione "tratto cognitivo anomalo".

Conclusioni. Lo studio della vulnerabilità cognitiva deve focalizzare il suo interesse su quei fenomeni che possono essere considerati specifici fattori di predisposizione alla schizofrenia. Per questo è auspicabile distinguere i vari deficit cognitivi os-

servabili nella patologia e studiare più a fondo le performance cognitive dei familiari dei pazienti schizofrenici.

Parole chiave: schizofrenia, vulnerabilità, deficit cognitivi, marker endofenotipico, parenti di primo grado

SUMMARY

Objective. The authors who develop the hypothesis of vulnerability have elaborated models to explain in multifactorial sense the genesis and the psychopathological development that leads to schizophrenia. The predisposition to psychotic disorders is characterized from several types of anomalous manifestations. It's not simple to isolate the elements that predispose to schizophrenia. In fact, in order to be defined in such a way, a vulnerability factor has to satisfy various requirements. Looking for the vulnerability markers connected to the genetic predisposition of schizophrenia, we can attribute a prominent role to the study of the cognitive abilities. Aim of the article is to distinguish the cognitive deficits found out in the schizophrenic disorder by introducing some problematics regarding methodology used in the study of deficits.

Methods. It has been completed a critical examination of the literature.

Results. In the clinical approach as in the research it is useful to discern the cognitive alterations presented before the outbreak of schizophrenia from those found in the acute phase and in the remission periods. This distinction allows only to stress those cognitive alterations that reflect the interests of the specialist. In this way there is the possibility to isolate the probable vulnerability's cognitive markers. One of the strategies used for the study of these factors is to consider the first degree



relatives of the patients. The cognitive alterations observed in the group of the relatives are of little importance; for this reason more than deficit it would be favourable to use the term "anomalous cognitive trait".

Conclusions. The study of the cognitive vulnerability must focus its interest on those phenomena that can be considered as specific factors of predisposition to schizophrenia. For this reason it would be desirable to distinguish the several cognitive deficits we can observe in the schizophrenic pathology and to study deeper the cognitive performances of the schizophrenic patient's relatives.

Key words: schizophrenia, vulnerability, cognitive deficits, endophenotypic marker, first degree relatives

Introduzione

La schizofrenia è un disturbo psichico multiforme, costituito da vari quadri sintomatologici cangianti e interconnessi tra loro. La nozione di *gruppo delle schizofrenie* introdotta da Eugen Bleuler (Bleuler, 1911) coglie in maniera efficace questa variegata realtà clinica. Nonostante l'incessante moltiplicarsi di ricerche e ipotesi di diverso stampo teorico, l'eziologia della sindrome resta tuttora un enigma. Le evidenze empiriche disponibili depongono per una forte componente biologica geneticamente determinata (Harrison & Owen, 2003). Del resto, da Kraepelin in poi, molti studiosi hanno ipotizzato che la schizofrenia fosse in qualche modo condizionata da un'alterazione cerebrale. I fattori ereditari ricoprono senza dubbio un ruolo rilevante nella genesi della patologia: è probabile che diversi geni siano implicati nella costituzione dei genotipi potenzialmente connessi alle varie forme cliniche del disturbo (Laurent et al., 2000). Questo non significa che altri elementi non contribuiscono allo sviluppo psicopatologico: l'origine della schizofrenia deve essere rintracciata in una complessa rete d'interazioni tra variabili biologiche, psicologiche e sociali. Il peso biologico come determinante del quadro clinico varia in rapporto alle diverse forme morbose esistenti. Non è possibile rintracciare un'eziopatogenesi comune a tutte le manifestazioni anomale presenti nella schizofrenia (Nuechterlein et al., 2002). Dietro ai molteplici modi d'espressione della patologia si celano cause differenti, in cui vari fattori determinanti assumono un peso variabile.

Queste tematiche si ripercuotono sulla definizione del quadro clinico. I problemi riguardano sia la distinzione della schizofrenia da altre patologie, come le psicosi affettive o alcuni disturbi di personalità, sia la differenziazione delle varie forme che può assumere la sindrome (Claridge, 1994). Nel corso della storia della

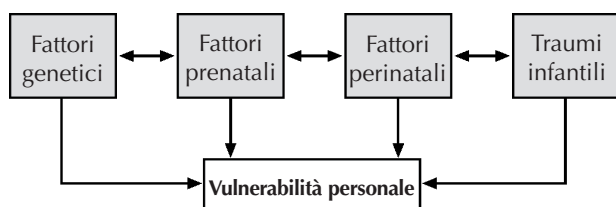
psichiatria i criteri per accertare la presenza del disturbo sono continuamente mutati (Ballerini, 1997), tanto che sintomi diversi hanno acquisito di volta in volta maggior valore diagnostico. Purtroppo nessuno dei fenomeni psicopatologici delineati dai vari autori è patognomonico né specifico della schizofrenia. Questo assunto ci pone di fronte a problematiche evidenti nel campo della ricerca: è difficile ottenere un campione omogeneo di pazienti sulla base di criteri diagnostici mutevoli che comprendono quadri sindromici diversi. Questo è uno dei motivi per cui i dati di numerose ricerche risultano discordanti, difficilmente interpretabili in senso univoco. Per alcuni ambiti di studio, come quello genetico, è auspicabile prendere in considerazione misure connesse più direttamente alla sfera biologica (Bearden et al., 2004). Inoltre la schizofrenia è una sindrome dai confini sfumati, difficilmente inquadrabile nell'ottica categoriale dei moderni sistemi nosografici. Per questo motivo, in taluni casi può essere utile considerare il concetto di *spettro schizofrenico* entro cui ricade un insieme di quadri clinici che presentano alcuni elementi in comune con la schizofrenia, ma che non soddisfano appieno tutti i requisiti richiesti per essere compresi nel disturbo.

Le problematiche aumentano se si tiene conto dell'uso, nella clinica come nella ricerca, dei vari DSM e ICD. In effetti, i moderni manuali diagnostici rappresentano per molti clinici l'essenza del sapere psichiatrico, un'inesauribile fonte di certezze più che uno strumento utile per orientarsi tra le innumerevoli modalità di espressione del disagio psichico. In realtà molti criteri diagnostici sono evidentemente il frutto di compromessi tra teorie che hanno avuto un peso rilevante nella definizione di un determinato disturbo. Uno dei vantaggi prodotti dalla diffusione di questi strumenti è quello di mettere a disposizione un lessico comune, che favorisce la comunicazione tra specialisti di approcci diversi. Ciononostante vi è il rischio di uniformare il pensiero oltre che il linguaggio, limitando le possibilità di un confronto costruttivo tra i professionisti del settore. Infine bisogna ricordare che i criteri proposti per la diagnosi dei vari disturbi mentali sono di natura convenzionale e provvisoria (Ballerini, 1997): è difficile resistere alla tentazione di trattare realtà cliniche come la schizofrenia in termini di "malattia".

Gli argomenti appena accennati presentano alcune delle questioni che bisogna necessariamente rammentare prima di cominciare a parlare più a fondo dell'evoluzione psicopatologica che conduce alla sindrome schizofrenica. La complessità di questo fenomeno esige



■ FIGURA 1. Costituzione della vulnerabilità personale



una spiegazione altrettanto complessa, frutto di una rete teorica costituita da ipotesi sviluppate in diversi settori della ricerca (Jablensky, 2005).

La vulnerabilità personale

La continua proliferazione di dati riguardanti la ricerca sulla schizofrenia ha reso paradossalmente più difficile l'inquadramento della patologia in senso unitario e globale. Manca una visione integrata delle conoscenze acquisite che possa suggerire un indirizzo comune di approccio clinico e di ricerca. Tuttavia negli ultimi anni si è cercato di dare maggiore coerenza ai dati scientifici disponibili, integrandoli in un modello di comune accettazione: il concetto di *vulnerabilità* ha giocato un ruolo fondamentale, permettendo di combinare in maniera coerente teorie sviluppate in ambiti di studio diversi. Gli autori che aderiscono all'ipotesi della vulnerabilità hanno elaborato modelli capaci di spiegare in senso multifattoriale la genesi e lo sviluppo psicopatologico che conduce alla schizofrenia. Secondo queste ipotesi alcuni individui sono predisposti più di altri a uno scompensamento di tipo psicotico. Certi soggetti presentano una marcata suscettibilità nei confronti di particolari stimoli (Nuechterlein, 1987), una bassa soglia di tolleranza verso determinate variabili stressanti (Zubin et al., 1983) e un alto livello di risonanza affettiva ed emotiva nei riguardi di situazioni conflittuali (Ciompi, 1984). Queste caratteristiche sono il frutto di alterazioni che investono l'ambito affettivo, cognitivo, comportamentale e neurologico (Parnas, 1999), favorendo lo sviluppo di una vulnerabilità personale alla schizofrenia. Secondo il modello della schizotassia di Meehl (1990), la predisposizione alla patologia trae origine da un deficit integrativo cerebrale esteso a tutti i neuroni del SNC e geneticamente determinato. In effetti, i dati disponibili convergono nell'indicare la presenza nei pazienti schizofrenici di un'alterazione neuronale diffusa di origine prenatale. Generalmente si ritiene che questi deficit cerebrali siano causati dal-

l'azione concomitante di geni differenti (Appels et al., 2003), ma vari studi hanno evidenziato che diversi fattori prenatali e perinatali possono assumere un peso notevole nella strutturazione di un assetto cerebrale vulnerabile: una delle ipotesi più accreditate parla di un arresto nel processo di migrazione neuronale al secondo trimestre di gravidanza (Hirsch & Weinberger, 1995). Inoltre i fattori che predispongono allo scompensamento psicotico possono essere forgiati in epoca infantile, in seguito all'interazione tra un cervello alterato e un ambiente traumatizzante (Fig. 1). In questo modo, le intuizioni della psicoanalisi riguardo all'importanza delle prime relazioni con le figure genitoriali nella costituzione di un determinato assetto psicologico e di personalità sono in linea con le ipotesi delineate nei vari modelli della vulnerabilità. La vulnerabilità è una caratteristica presente sin dai primi anni di vita, una peculiarità costante che accompagna l'individuo per tutto l'arco della sua esistenza, assumendo dei connotati differenti da soggetto a soggetto. Infatti, si parla di *vulnerabilità personale* proprio perché ogni individuo è contraddistinto da determinate caratteristiche di vulnerabilità, che lo predispongono allo sviluppo di certe forme di schizofrenia. In questo senso può essere spiegata l'estrema varietà dei quadri clinici che assume la sindrome (Heinrichs, 2004). La vulnerabilità non è un'etichetta preconfezionata da applicare ad alcune categorie di soggetti, bensì un *continuum* di svariate forme di alterazioni che parte dalla normalità e si avvicina sempre di più alla patologia. Pertanto ci saranno individui poco vulnerabili, che presentano solo lievi manifestazioni psicopatologiche di natura subclinica, e altri con una dose maggiore di vulnerabilità, che possono mostrare disturbi più evidenti e arrivare più probabilmente a uno scompensamento psicotico. La predisposizione alla schizofrenia è contraddistinta da vari tipi di manifestazioni anomale, distribuite in ambiti differenti (Tsuang et al., 2000). Le ricerche sui soggetti a rischio (Hans et al., 1999; Erlenmeyer-Kimling et al., 2000; Asarnow et al., 2002; Cosway et al., 2002) hanno evidenziato diverse caratteristiche potenzialmente connesse alla vulnerabilità personale. Questi elementi possono essere raggruppati in cinque domini distinti:

- 1) *Disfunzioni cerebrali*. Includono alterazioni strutturali, come la dilatazione ventricolare e solcale, e deficit funzionali, come quelli connessi all'attività dopaminergica.
- 2) *Alterazioni psicofisiologiche*. Includono alterazioni dei potenziali evocati, dell'attività di conduttanza cutanea e dei movimenti oculari d'inseguimento.



- 3) *Neurological soft sign*. Comprendono segni neurologici lievi costituiti da una ridotta capacità di coordinamento motorio, scarsa integrazione visivo-uditiva, disfunzioni percettive, difficoltà nella lettura e ridotto orientamento destra/sinistra.
- 4) *Deficit cognitivi*. Riguardano soprattutto le aree dell'attenzione, della memoria, del pensiero astratto e dell'intelligenza.
- 5) *Tratti di personalità*. Sono quelli che generalmente contraddistinguono un disturbo schizotipico di personalità, vale a dire isolamento sociale, instabilità emotiva, credenze e comportamenti strani ed esperienze percettive insolite.

Vulnerabilità, wahnstimmung, schizofrenia

Un'ipotesi essenziale per i vari modelli basati sull'assunto della vulnerabilità riguarda la modalità con la quale si giunge alla schizofrenia. La vulnerabilità personale non basta da sola a spiegare l'insorgenza della patologia. Secondo l'ipotesi classica di Zubin e Spring (1977) esiste una soglia di tolleranza oltrepassata la quale chiunque può incorrere in un episodio psicotico. Tuttavia i soggetti ad alto rischio hanno maggiori probabilità di scompensare, poiché presentano caratteristiche intrinseche che riducono la capacità di tollerare l'azione di determinati fattori stressanti (Zubin et al., 1992). Perché la schizofrenia si manifesti c'è bisogno che particolari eventi scatenanti agiscano su specifiche caratteristiche di vulnerabilità (Katschnig, 1987): il complesso gioco di interazioni tra fattori predisponenti e variabili stressanti di tipo biologico, psicologico e sociale provoca slittamenti emotivi e cognitivi che potrebbero preannunciare la manifestazione di una sintomatologia psicotica (Nuechterlein & Dawson, 1984). La sindrome schizofrenica è una forma estrema di disagio psichico, provocato da un complicato sistema di dinamiche e veicolato attivamente dai comportamenti messi in atto per fronteggiare l'incremento della tensione (Ballerini & Rossi Monti, 1992). Infatti, l'instabilità emotiva e cognitiva, causata dall'influenza di particolari eventi stressanti, può essere contenuta attraverso l'azione di svariati meccanismi di compenso, realizzati allo scopo di ricondurre il sistema a uno stato di equilibrio. Le strategie di coping attuate, le modalità con le quali il soggetto cerca di trovare rimedio alla crisi, potrebbero avere una funzione immunoplastica (Stanghellini, 1997), ovvero preservare l'individuo dall'azione distruttiva del processo morboso. In questo senso, le capacità di adattamento, di problem solving e le abilità sociali assu-

mono un peso notevole nel mantenimento della salute psichica (Harding et al., 1992). Inoltre determinate variabili di natura socio-relazionale possono sostenere i processi di compensazione (Nuechterlein, 1987), favorendo la messa in opera di condotte che riducono il pericolo di sviluppare la patologia. Viceversa, i meccanismi di coping potrebbero essere poco efficaci, la tensione emotiva e cognitiva divenire sempre più alta, le richieste dell'ambiente circostante risultare sempre più pressanti (Leff, 1987), in modo da instaurare un circolo vizioso in cui aumenta il rischio di transitare verso lo squilibrio mentale. In questo caso le modalità di reazione poste in essere nei confronti del processo patologico assumono una funzione patoplastica (Stanghellini, 1998), influenzando la forma di espressione del disagio psichico. In ultima analisi, il groviglio prodotto dall'interazione tra caratteristiche di vulnerabilità personale, agenti stressanti, meccanismi di compensazione e fattori di protezione potrebbe condurre a uno sconvolgimento mentale (Strauss et al., 1984), dove si verificano fenomeni patologici sempre più evidenti che possono preludere all'avvento della schizofrenia.

I vari modelli della vulnerabilità concordano nel considerare l'esistenza di un periodo di transizione prima dello scatenamento della patologia, costituito da manifestazioni psicopatologiche che conducono allo sviluppo dei prodromi schizofrenici. Le fasi prepsicotiche sono caratterizzate da un profondo disagio interiore, da una crescente instabilità emotiva e da fenomeni di depersonalizzazione e derealizzazione: il soggetto inizia ad avvertire se stesso e ogni cosa intorno a sé come sinistra, poco familiare, indefinibile (Blankenburg, 2001), sente che sta per accadere qualcosa di estremamente importante, che lo riguarda in prima persona. Per delimitare questo stadio del processo psicotico gli psicopatologi tedeschi parlano di *atmosfera delirante* o *umore delirante*. La natura delle fasi prodromiche della schizofrenia è molto variabile e spesso viene posta un'altra diagnosi prima che la sintomatologia definitiva si manifesti. Giungere a questo punto del processo morboso non significa sviluppare automaticamente la patologia. Infatti, l'influsso delle variabili stressanti potrebbe diminuire, le strategie di coping andare a buon fine, riportando il soggetto a uno stato di equilibrio (Zubin, 1986). Chiamamente il rischio di giungere alla schizofrenia aumenta progressivamente con l'evoluzione psicopatologica. La realizzazione di un universo delirante e allucinatorio costituisce una forma estrema di difesa, un modo patologico di ridare senso a una realtà priva ormai di



qualsiasi significato. In effetti, sembra che il delirio sia accettato con sollievo rispetto alla precedente tensione intollerabile dell'atmosfera delirante.

Limiti e confini della vulnerabilità

Lo studio delle varie caratteristiche di vulnerabilità mostra problematiche notevoli. Innanzitutto non è semplice isolare gli elementi che predispongono allo sviluppo della schizofrenia. Per essere definito tale, un fattore di vulnerabilità deve soddisfare alcuni requisiti importanti:

- 1) *Antecedenza*. Deve essere presente prima che la schizofrenia si manifesti (Asarnow et al., 2001). Le alterazioni rilevate in fase acuta potrebbero essere una conseguenza di variabili connesse allo stato in cui versa il paziente. Lo stesso discorso vale per i deficit osservati nel periodo di remissione, caratterizzato spesso da sintomi negativi. In questi casi non si può essere certi di aver individuato un fattore realmente legato alla vulnerabilità personale.
- 2) *Stabilità*. Deve rappresentare una caratteristica permanente (Rosenfarb et al., 2000), riscontrabile anche dopo l'evenienza di un episodio psicotico. Un fattore di vulnerabilità non dovrebbe essere influenzato dalla condizione clinica che sta attraversando il paziente, poiché costituisce un tratto invariabile, che contraddistingue un soggetto per l'intero arco della vita.
- 3) *Specificità*. Deve risultare piuttosto specifico della schizofrenia (Altshuler et al., 2004) o caratterizzare i disturbi compresi nel cosiddetto spettro schizofrenico (Gilvarry et al., 2001). Le alterazioni osservabili anche in altre patologie mentali non sono connesse in maniera esclusiva alle complesse dinamiche che possono condurre alla sintomatologia psicotica (Kéri et al., 2001). Tutt'al più in questi casi si può parlare di un fattore generico di vulnerabilità.
- 4) *Ricettività*. Deve rendere l'individuo suscettibile in maniera specifica a una determinata serie di agenti esogeni o endogeni (Katschnig, 1987); un fattore di predisposizione ha bisogno di particolari eventi scatenanti per manifestarsi e questi necessitano di specifiche vulnerabilità sulle quali agire. Variabili semplicemente correlate a un incremento del rischio di sviluppare la schizofrenia non possono definirsi fattori di vulnerabilità.
- 5) *Familiarità*. Deve essere presente in forma attenuata nei parenti sani di primo grado dei pazienti schizofrenici (Sitskoorn et al., 2004).

A oggi sono poche le variabili che riescono a sod-

disfare questi criteri. In realtà vi sono diversi fattori che aspirano al ruolo di marker di vulnerabilità, ma nessuno presenta le caratteristiche necessarie per essere definito tale. La ricerca ha preso in considerazione soprattutto variabili di tipo neurobiologico, connesse più intimamente ai meccanismi di trasmissione ereditaria. A questo proposito è stato introdotto il concetto di *endofenotipo* (Gottesman & Gould, 2003) per indicare disfunzioni geneticamente determinate che occupano una posizione intermedia tra il genotipo e il fenotipo che caratterizza il quadro clinico (Rybakowski & Borkowska, 2002). Tra i probabili marker endofenotipici vi sono tre candidati eccellenti: *alterazione dei movimenti oculari d'inseguimento*, *alterazione dei potenziali evocati uditivi* e *deficit dell'attenzione sostenuta visiva* (Faraone et al., 2000). Uno dei problemi irrisolti riguarda la possibilità di rintracciare dei marker di vulnerabilità più specifici della schizofrenia. Inoltre si è dato poco peso allo studio dei fattori scatenanti e alle interazioni che coinvolgono in maniera specifica queste variabili stressanti e determinate caratteristiche predisponenti.

Un altro aspetto da considerare riguarda le strategie utilizzate per tentare di isolare i fattori di vulnerabilità. A questo scopo possono essere studiati essenzialmente cinque tipi di popolazioni:

- 1) *Figli di pazienti schizofrenici* (Cosway et al., 2002). Sono esaminati nel corso dell'adolescenza attraverso ricerche longitudinali. Questi soggetti presentano un alto rischio di sviluppare la schizofrenia, quindi ci saranno maggiori probabilità di riscontrare fattori potenzialmente connessi alla vulnerabilità personale. Tale metodo permette di analizzare i vari marker di predisposizione prima che la patologia si manifesti, verificandone la stabilità nel corso del tempo. Inoltre è possibile osservare l'azione di eventuali agenti stressanti e i meccanismi di compensazione utilizzati. Lo studio longitudinale dei soggetti a rischio negli anni in cui generalmente si manifesta il disturbo offre il vantaggio di esaminare le diverse variabili implicate nello sviluppo psicopatologico.
- 2) *Parenti di primo grado di pazienti schizofrenici* (Callicott et al., 2003). In questo caso i soggetti hanno un'età media più alta, il rischio di incorrere nel disturbo è minore, ma le caratteristiche di vulnerabilità potranno comunque essere rilevate. In ogni modo, sarà meno probabile il riscontro delle dinamiche che precedono lo scoppio psicotico.
- 3) *Soggetti con disturbi dello spettro schizofrenico* (Lenzenweger, 2001; Bertolino et al., 2003). Gli individui



maggiormente presi in considerazione sono quelli con una personalità schizotipica. Ci sono diversi fattori potenzialmente connessi alla vulnerabilità che possono caratterizzare sia i pazienti schizofrenici che quelli con disturbi di personalità compresi nello spettro schizofrenico (Harvey et al., 1996).

- 4) *Pazienti schizofrenici in remissione* (Asarnow & Mc-Crimmon, 1981). In questo caso ci sarà una maggiore probabilità di rintracciare alterazioni cognitive, emotive, neurologiche e di personalità, ma sarà complicato differenziare i fattori di vulnerabilità dalle conseguenze distruttive della sintomatologia trascorsa.
- 5) *Soggetti che presentano potenziali fattori di vulnerabilità* (Nuechterlein & Dawson, 1984). Il campionamento dei soggetti avviene sulla base della presenza di probabili marker di vulnerabilità; successivamente si esamina la possibilità di riscontrare particolari caratteristiche cliniche o di personalità che indicano un incremento del rischio di sviluppare la schizofrenia.

Fin dalle prime proposte teoriche di Zubin e Spring (1977) si è sentita l'esigenza di distinguere tra marker di vulnerabilità, presenti in maniera stabile nel corso della vita dei pazienti schizofrenici e dei soggetti a rischio, e marker legati all'evenienza di un episodio psicotico, costituiti da alterazioni riscontrabili solo durante la fase acuta della patologia. Inoltre Zubin (1986) considera anche l'esistenza di marker residui, rilevabili sia nel periodo psicotico che nella fase di remissione, e di fattori di invulnerabilità, presenti solo nei familiari sani dei pazienti. Questi ultimi potrebbero avere un'importanza rilevante nella ricerca di quelle caratteristiche che preservano la salute mentale di alcuni individui. Secondo Nuechterlein e Dawson (1984), gli indicatori stabili di vulnerabilità riflettono variabili lontane dai processi psicopatologici che conducono allo scatenamento della schizofrenia, quindi non sono utili per la previsione a breve termine di un episodio psicotico. Per questo motivo bisogna differenziare i marker che fungono da mediatori tra le caratteristiche di vulnerabilità e i sintomi della patologia. Queste variabili hanno le stesse caratteristiche dei fattori di vulnerabilità, ma allo stesso tempo variano in funzione dello stato clinico in cui versa il paziente. I fattori di mediazione giocano un ruolo importante nelle dinamiche immediatamente precedenti la fase acuta; di conseguenza sono in grado di predire in maniera più attendibile l'eventualità di uno scompenso psicotico.

Deficit cognitivi: fatto o artefatto?

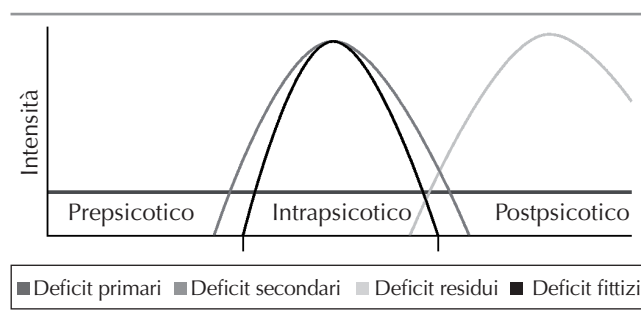
Le numerose evidenze oggi disponibili convergono nell'indicare che la schizofrenia è caratterizzata da deficit cognitivi multipli e di differente gravità (Phillips & Silverstein, 2003). Generalmente i pazienti schizofrenici presentano bassi livelli di performance a test che indagano diverse abilità cognitive (Rund & Borg, 1999); alcuni di questi deficit potrebbero essere determinati da alterazioni di tipo genetico (Baxter & Liddle, 1998). In effetti, diversi disturbi sono presenti già in età precoce, prima che siano visibili sintomi di natura psichiatrica, e persistono anche dopo la conclusione degli episodi psicotici (Hoff et al., 1999). Inoltre numerosi studi hanno mostrato che i familiari dei pazienti schizofrenici (Faraone et al., 1999) e i soggetti con un disturbo schizotipico di personalità (Lenzenweger et al., 1991) mostrano alterazioni cognitive simili a quelle riscontrate nei pazienti affetti dalla sindrome. Pertanto lo studio dei deficit cognitivi della schizofrenia ha avuto un ruolo di primo piano nella ricerca dei marker di vulnerabilità connessi alla predisposizione genetica per la patologia. A oggi non è ancora possibile delineare chiari pattern di disfunzione cognitiva nella schizofrenia; al contrario, sembra che vi sia un coinvolgimento esteso a tutte le facoltà mentali, con deficit più accentuati nell'attenzione, nella memoria e nelle funzioni esecutive (Heinrichs & Zakzanis, 1998). Vi sono alcune questioni da chiarire riguardo ai deficit cognitivi riscontrati nella schizofrenia. Prima di tutto bisogna trattare un tema fondamentale, che riguarda l'affidabilità delle ricerche condotte sui pazienti schizofrenici nei periodi floridi del disturbo. Infatti, la menomazione cognitiva riscontrata nei soggetti affetti dalla patologia potrebbe essere interpretata come una conseguenza di fattori legati allo stato in cui versa il paziente (Claridge, 1994): le manifestazioni psicotiche hanno un grosso impatto sulle prestazioni cognitive, rendendo poco attendibili le valutazioni effettuate in fase acuta. Per questo motivo determinati strumenti devono essere somministrati solo quando sono presenti le condizioni per un'adeguata partecipazione del paziente all'esecuzione dei test. In ogni modo, anche quando sono assunte le dovute precauzioni, è difficile sostenere che un disturbo cognitivo rilevato in presenza di una sintomatologia psicotica costituisca l'elemento centrale della patologia. Molti dei deficit cognitivi riscontrati nella schizofrenia sono assolutamente marginali rispetto ai sintomi che caratterizzano in maniera ben più evidente la fase conclamata della sindrome (Heinrichs & Zakzanis, 1998). Evidentemente il problema nasce nel



momento in cui disturbi diversi sono trattati in senso unitario e definiti come deficit cognitivi, senza indicare le dovute differenze. Bisogna cercare di discernere le alterazioni visibili prima dell'insorgenza della patologia da quelle che si presentano nella fase acuta e nei periodi di remissione (Liu et al., 2002). In tal senso potrebbero essere distinti, in via del tutto ipotetica, quattro tipi diversi di deficit cognitivi (Fig. 2):

1) *Deficit cognitivi primari*. Includono alterazioni più o meno focali di natura subclinica, che riguardano generalmente funzioni connesse alle attività cognitive di base. Presumibilmente questi deficit sono determinati da fattori genetici e rappresentano una delle possibili manifestazioni endofenotipiche che caratterizzano la schizofrenia; la loro espressione può essere modulata da variabili di tipo prenatale e perinatale, o da eventi traumatizzanti vissuti nei primi mesi di vita capaci di agire sullo sviluppo del SNC; possono essere rintracciati prima, durante e dopo una manifestazione di tipo psicotico; sono rilevabili nei parenti di primo grado dei pazienti affetti e nei soggetti con un disturbo schizotipico di personalità; possono variare d'intensità, in virtù dei geni coinvolti nella determinazione del deficit e dei meccanismi biologici e psicologici di compensazione attuati; sono implicati nell'eziologia di alcune forme della sindrome; rappresentano uno dei fattori di vulnerabilità che predispongono allo sviluppo di un disturbo dello spettro schizofrenico. Generalmente i deficit cognitivi primari sono poco evidenti, difficilmente rintracciabili nei soggetti vulnerabili che non manifestano la patologia. Per questo, più che di deficit si dovrebbe parlare di "tratto cognitivo anomalo", ovvero di una peculiarità intrinseca che contraddistingue le performance di un sottogruppo di soggetti e che non identifica chiaramente nessuna forma di disturbo legato all'attività cognitiva.

■ FIGURA 2. Distinzione dei deficit cognitivi della schizofrenia



- 2) *Deficit cognitivi secondari*. Includono alterazioni dell'attività cognitiva più evidenti, che riguardano generalmente abilità molto complesse. Un esempio di queste funzioni è rappresentato da ciò che Premack e Woodruff (1978) hanno definito "Teoria della Mente", ovvero la capacità di predire, spiegare o interpretare le azioni delle altre persone attribuendo loro determinate credenze, intenzioni e desideri. I deficit cognitivi secondari compaiono nelle fasi immediatamente precedenti lo scompenso psicotico e persistono finché la sintomatologia acuta non viene meno; la loro espressione può essere modulata da variabili biologiche, ma probabilmente sono il frutto di un'interazione complessa tra particolari fattori di vulnerabilità, agenti stressanti e strategie di compensazione; sono implicati in maniera diretta nella costituzione dei sintomi che caratterizzano il periodo florido della schizofrenia.
- 3) *Deficit cognitivi residui*. Includono alterazioni diffuse, segno di una disfunzione cognitiva generalizzata. Questi deficit insorgono dopo la fase acuta e sono una conseguenza di svariati fattori, quali l'effetto collaterale dei farmaci, l'ospedalizzazione, l'isolamento sociale, lo sconvolgimento biologico e psicologico provocato dalla sintomatologia produttiva e l'insorgenza dei sintomi negativi. In genere i deficit cognitivi residui sono più evidenti nei pazienti cronicizzati e possono assumere un ruolo molto importante per la riabilitazione.
- 4) *Deficit cognitivi fittizi*. Includono tutte quelle alterazioni, riscontrate soprattutto in fase acuta, indotte dallo stato psicopatologico in cui versa il paziente, dalle spiccate manifestazioni ansiose che caratterizzano gli stadi floridi della patologia e da una scarsa motivazione nello svolgimento delle prove (Spring, 1992). Tali deficit in realtà non esistono, sono un evidente artefatto dovuto all'uso di strumenti per niente idonei alla valutazione dell'attività cognitiva in condizioni di evidente disagio psichico. Chiaramente non sono questi i deficit centrali per lo studio delle funzioni cognitive nella schizofrenia.

Questa distinzione permette di puntare la lente d'ingrandimento su quelle alterazioni cognitive che riflettono gli interessi del ricercatore, evitando di incorrere in errori dovuti alla considerazione di fenomeni poco rilevanti ai fini dello studio. In questo modo, le deficienze utili per l'analisi delle caratteristiche di vulnerabilità sono rappresentate esclusivamente dai deficit



cognitivi primari. Le altre alterazioni cognitive assumono ruoli importanti in ambiti di studio che indagano le basi della sintomatologia psicotica e le conseguenze invalidanti della schizofrenia. Un'altra questione da trattare concerne l'utilizzo dei test neurocognitivi per la rilevazione dei vari deficit osservati nella schizofrenia. Questi strumenti in genere misurano differenti processi cognitivi allo stesso tempo (Heinrichs & Zakzanis, 1998). Il punteggio finale riflette tale complessità, piuttosto che dare indicazioni su una funzione singola. Per questo motivo bisogna essere cauti nell'inferire specifici deficit sulla base delle prestazioni mostrate in una particolare prova (Faraone et al., 1999). Inoltre occorre notare che i risultati ottenuti non sono attendibili se il soggetto che ha compiuto l'esperimento si trovava in una condizione emotiva particolare, caratterizzata da uno stato ansioso o depressivo notevolmente accentuato. Infine è necessario ricordare che i paradigmi di ricerca utilizzati dalla psicologia cognitiva segnalano la presenza di un deficit attraverso l'analisi di due variabili: tempi di reazione e accuratezza. Tramite queste misure è difficile circoscrivere le funzioni colpite nella schizofrenia e in altri disturbi mentali (Claridge, 1994). Probabilmente questo è uno dei motivi per cui non è ancora stato possibile isolare deficienze cognitive che differenziano nettamente i pazienti schizofrenici da altre popolazioni psichiatriche.

I deficit cognitivi nei familiari di primo grado

In sintesi, lo studio dei fattori cognitivi di vulnerabilità nei soggetti schizofrenici presenta problematiche difficilmente risolvibili. Il compito più arduo riguarda la distinzione tra le deficienze che caratterizzano uno dei presupposti della patologia e quelle che sono il frutto dello stato morboso in atto. In effetti, i deficit cognitivi primari tendono a essere sovrastati dai deficit fittizi in fase acuta e da quelli residui in fase di remissione. Per questo motivo è molto probabile rilevare alterazioni cognitive che non sono comprese tra i fattori di predisposizione alla patologia. Diversi studiosi si accontentano di riscontrare la presenza di questi deficit, senza interrogarsi sull'attendibilità dei dati conseguiti o sulla natura del disturbo rilevato. D'altronde, chiunque voglia avere facili risultati positivi da pubblicare su riviste internazionali può indirizzarsi verso la ricerca di alterazioni cognitive nei soggetti schizofrenici! Ottenere dati significativi in questo campo è tanto semplice quanto inutile, a meno che non si sviluppino metodologie capaci di ridurre la misurazione ai soli deficit cognitivi primari o

di escludere la possibilità che le alterazioni rilevate siano causa dello stato psicopatologico corrente.

Una delle strategie da utilizzare per ovviare alle problematiche appena accennate è quella di prendere in esame i parenti di primo grado dei soggetti schizofrenici. Tra i geni che accomunano i pazienti e i loro familiari possono essere presenti quelli implicati nella costituzione dei vari fattori di predisposizione alla patologia (Staal et al., 2000). I dati disponibili inducono a credere che i deficit cognitivi osservati nei soggetti schizofrenici siano riscontrabili in forma attenuata anche nei loro consanguinei di primo grado (Vollema & Postma, 2002). Numerose evidenze sostengono l'ipotesi che queste alterazioni cognitive siano geneticamente determinate. Lo studio dei familiari è una delle strategie più efficaci per il rilevamento dei deficit implicati nella determinazione della sindrome e per la definizione di marker di vulnerabilità affidabili (Maier et al., 1992). Il vantaggio di questo metodo è quello di eliminare l'effetto connesso all'influenza della sintomatologia positiva e/o negativa (Saoud et al., 2000): il riscontro dei deficit cognitivi non può essere imputato all'azione distruttiva della schizofrenia, né a variabili quali l'effetto collaterale dei farmaci, l'isolamento sociale, l'ospedalizzazione, ecc. Inoltre la ricerca dei fattori genetici coinvolti nella patologia può trarre notevoli vantaggi dall'identificazione delle alterazioni cognitive presenti nei familiari dei pazienti (Keefe et al., 1997). Non è possibile rintracciare i geni implicati nello sviluppo della schizofrenia partendo dalle complesse manifestazioni patologiche che caratterizzano le fasi acute della sindrome: probabilmente non esiste una corrispondenza diretta tra i processi cerebrali geneticamente determinati e i fenomeni clinici che definiscono le categorie diagnostiche (Faraone et al., 1995). Gli studiosi che si occupano di genetica hanno bisogno di identificare misure strettamente correlate alle funzioni cerebrali di base. In questo senso, i deficit cognitivi primari ricoprono un ruolo importante, poiché riflettono alterazioni a carico di funzioni cognitive semplici, che detengono un rapporto più diretto con i processi biologici influenzati dai meccanismi genetici. Attraverso queste deficienze possono essere individuati i probabili portatori del genotipo schizofrenico che non hanno sviluppato la sintomatologia (Jones et al., 2001). Secondo diversi autori, l'identificazione di specifici marker endofenotipici semplificherà la ricerca dei geni coinvolti nella determinazione della schizofrenia. Tuttavia, non tutti i consanguinei presentano una familiarità per il disturbo, quindi i deficit cognitivi saranno evidenti



solo in alcuni parenti di primo grado (Lyons et al., 1995). Per questo motivo molti autori ritengono che dovrebbe essere possibile rintracciare una distribuzione bimodale delle performance cognitive osservate nei familiari (Laurent et al., 1999). Ma i dati che caratterizzano i risultati delle ricerche che hanno indagato il fenomeno non sono in genere di questo tipo. Probabilmente non è possibile distinguere in senso categoriale i parenti che presentano o meno una familiarità per la schizofrenia, poiché la distribuzione dei vari geni che influenzano la costituzione dei fattori di vulnerabilità può risultare estremamente eterogenea, determinando fenotipi altrettanto variegati. Perciò le prestazioni cognitive dei consanguinei di primo grado dovrebbero essere disposte lungo un *continuum*, in cui performance man mano più basse individuano un progressivo coinvolgimento dei geni “patologici” e un aumento del grado di vulnerabilità personale. Infine le performance dei familiari dovrebbero mostrare, rispetto a quelle del gruppo di controllo, una varianza maggiore e un numero superiore di soggetti che forniscono risposte devianti (Dollfus et al., 2002). La possibilità di rintracciare i deficit cognitivi nei parenti di primo grado è molto ridotta. Questo perché non tutti i familiari sono portatori del genotipo schizofrenico, quindi le prestazioni scadenti degli individui vulnerabili tendono a essere compensate da quelle dei soggetti che non presentano una predisposizione alla patologia. Inoltre le alterazioni cognitive osservate nel gruppo dei familiari sono lievi rispetto a quelle che caratterizzano i pazienti, tanto che nella maggior parte dei casi non è assolutamente corretto parlare di deficit. Come accennato, sarebbe auspicabile utilizzare il termine “tratto cognitivo anomalo” per identificare le performance di un sottogruppo di soggetti che presentano una familiarità per la schizofrenia.

In virtù di queste difficoltà, diversi studi non hanno evidenziato alterazioni cognitive significative nei consanguinei di primo grado (Cornblatt & Obuchowski, 1997). Generalmente questi deficit possono essere rilevati solo con l'ausilio di test appositamente modificati in modo da comportare un maggior carico di processamento cognitivo (Cornblatt & Erlenmeyer-Kimling, 1985). Per ogni test utilizzato nelle ricerche sui familiari sono disponibili diverse varianti, messe a punto per riuscire a discriminare il gruppo sperimentale da quello di controllo. Tuttavia la maggiore complessità di questi strumenti richiede l'impiego di svariate abilità cognitive (Egan et al., 2000), limitando la possibilità di interpretare in maniera univoca i risultati ottenuti: se nello svolgimento di

una determinata prova sono implicate diverse funzioni cognitive, quale di questi processi mentali bisogna considerare alterato nei soggetti che ottengono performance scadenti? In genere queste domande non sono presenti nei lavori scientifici che si occupano dell'argomento, pur avendo un'importanza primaria per l'identificazione delle facoltà cognitive coinvolte nella strutturazione dei fattori di vulnerabilità. Presumibilmente non è possibile distinguere con precisione le abilità che risultano alterate nei familiari, poiché molte di queste funzioni sono tra loro sovrapposte e operano all'unisono nell'esecuzione del compito. Proprio per questo, alcuni autori consigliano di utilizzare più test per la misurazione di processi mentali comuni a diverse facoltà cognitive (Addington & Addington, 1997). La maggior parte delle ricerche condotte sui familiari di primo grado ha esaminato un numero esiguo di soggetti, senza utilizzare particolari tecniche di campionamento. Il gruppo dei parenti potrebbe essere selezionato sulla base delle performance più o meno deficitarie ottenute dai soggetti schizofrenici: le alterazioni cognitive dovrebbero essere più evidenti nei consanguinei di pazienti che a loro volta mostrano prestazioni scadenti (Egan et al., 2000). Inoltre è possibile che alcuni deficit cognitivi siano maggiormente riscontrabili nei membri sani di famiglie in cui sono presenti più individui affetti. Le evidenze oggi disponibili indicano che i familiari di primo grado sono caratterizzati da deficit cognitivi di varia natura. Generalmente questi soggetti mostrano performance scadenti in test che indagano diverse abilità cognitive. Anche se non è stato ancora possibile delineare chiari pattern di disfunzione cognitiva, sembra che i deficit presenti in maggior misura coinvolgano le capacità di astrazione, l'attenzione sostenuta e la velocità percettivo-motoria.

Conclusioni

Lo studio della vulnerabilità cognitiva deve focalizzarsi su quei fenomeni che possono essere considerati specifici fattori di predisposizione alla schizofrenia. Per questo è auspicabile distinguere i vari deficit cognitivi osservabili nella patologia e studiare più a fondo le performance cognitive dei familiari dei pazienti schizofrenici. Tuttavia occorre sottolineare che la vulnerabilità cognitiva non basta da sola a spiegare lo sviluppo della patologia. È necessario considerare fenomeni appartenenti ad altri ambiti di studio per scomporre quel groviglio di elementi predisponenti che può preannunciare la comparsa della schizofrenia.

**BIBLIOGRAFIA**

- Addington J. & Addington D. (1997). Attentional vulnerability indicators in schizophrenia and bipolar disorder. *Schizophrenia Research* 23, 197-204.
- Altshuler L.L., Ventura J., Van Gorp W.G., Green M.F., Theberge D.C. & Mintz J. (2004). Neurocognitive function in clinically stable men with bipolar disorder or schizophrenia and normal control subjects. *Biological Psychiatry* 56, 560-569.
- Appels M.C.M., Sitskoorn M.M., Westers P., Lems E. & Kahn R.S. (2003). Cognitive dysfunctions in parents of schizophrenic patients parallel the deficits found in patients. *Schizophrenia Research* 63, 285-293.
- Asarnow R.F. & McCrimmon D.G. (1981). Span of apprehension deficits during the postpsychotic stages of schizophrenia. A replication and extension. *Archives of General Psychiatry* 38, 1006-1011.
- Asarnow R.F., Nuechterlein K.H., Asamen J., Fogelson D., Subotnik K.L., Zauha K. & Guthrie D. (2002). Neurocognitive functioning and schizophrenia spectrum disorders can be independent expressions of familial liability for schizophrenia in community control children: the UCLA Family Study. *Schizophrenia Research* 54, 111-120.
- Asarnow R.F., Nuechterlein K.H., Fogelson D.L., Subotnik K.L., Payne D.A., Russel A.T., Asamen J., Kuppinger H. & Kendler K. S. (2001). Schizophrenia and schizophrenia-spectrum personality disorders in the first-degree relatives of children with schizophrenia: the UCLA Family Study. *Archives of General Psychiatry* 58, 581-588.
- Ballerini A. (1997). *La Diagnosi in Psichiatria*. NIS: Roma.
- Ballerini A., Rossi Monti M. (1992). Il vissuto della vulnerabilità nella schizofrenia. In: *Verso la Schizofrenia. La Teoria dei Sintomi-base* (ed. G. Stanghellini), pp. 17-31. Idelson Liviana: Napoli.
- Baxter R.D. & Liddle P.F. (1998). Neuropsychological deficits associated with schizophrenic syndromes. *Schizophrenia Research* 30, 239-249.
- Bearden C.E., Reus V.I. & Freimer N.B. (2004). Why genetic investigation of psychiatric disorders is so difficult. *Current Opinion in Genetics & Development* 14, 280-286.
- Bertolino A., Sciota D., Brudaglio F., Altamura M., Blasi G., Bellomo A., Antonucci N., Callicott J.H., Goldberg T.E., Scarabino T., Weinberger D.R. & Nardini M. (2003). Working memory deficits and levels of N-acetylaspartate in patients with schizophreniform disorder. *American Journal of Psychiatry* 160, 483-489.
- Blankenburg W. (2001). First steps toward a psychopathology of "common sense". *Philosophy, Psychiatry & Psychology* 8, 303-315.
- Bleuler E. (1911). *Dementia Praecox o il Gruppo delle Schizofrenie*. NIS: Roma, 1985.
- Callicott J.H., Egan M.F., Mattay V.S., Bertolino A., Bone A.D., Verchinski B. & Weinberger D.R. (2003). Abnormal fMRI response of the dorsolateral prefrontal cortex in cognitively intact siblings of patients with schizophrenia. *American Journal of Psychiatry* 160, 709-719.
- Ciampi L. (1984). Nuovi concetti sulla schizofrenia. In: *Le Psicose Schizofreniche* (eds. C. Faccincani, R. Fiorio, G. Mignolli e M. Tansella), pp. 195-212. Patron: Bologna.
- Claridge G. (1994). Single indicators of risk for schizophrenia: probable fact or likely myth? *Schizophrenia Bulletin* 20, 151-168.
- Cornblatt B.A. & Erlenmeyer-Kimling E. (1985). Global attentional deviance as a marker of risk for schizophrenia: specificity and predictive validity. *Journal of Abnormal Psychology* 94, 470-486.
- Cornblatt B.A. & Obuchowski M. (1997). Update of high risk research: 1987-1997. *International Review of Psychiatry* 9, 437-447.
- Cosway R., Byrne M., Clafferty R., Hodges A., Grant E., Morris J., Abukmeil S.S., Lawrie S. M., Miller P., Owens D.G.C. & Johnstone E.C. (2002). Sustained attention in young people at high risk for schizophrenia. *Psychological Medicine* 32, 277-286.
- Dollfus S., Lombardo C., Benali K., Halbecq I., Abadie P., Marie R.M. & Brazo P. (2002). Executive/attentional cognitive functions in schizophrenic patients and their parents: a preliminary study. *Schizophrenia Research* 53, 93-99.
- Egan M.F., Goldberg T.E., Gscheidle T., Weirich M., Bigelow L.B. & Weinberger D.R. (2000). Relative risk of attention deficits in siblings of patients with schizophrenia. *American Journal of Psychiatry* 157, 1309-1316.
- Erlenmeyer-Kimling L., Rock D., Roberts S.A., Janal M., Kestenbaum C., Cornblatt B., Adamo U.H. & Gottesman I.I. (2000). Attention, memory and motor skills as childhood predictors of schizophrenia-related psychoses: the New York High-Risk Project. *American Journal of Psychiatry* 157, 1416-1422.
- Faraone S.V., Seidman L.J., Kremen W.S., Pepple J.R., Lyons M.J. & Tsuang M.T. (1995). Neuropsychological functioning among the nonpsychotic relatives of schizophrenic patients: a diagnostic efficiency analysis. *Journal of Abnormal Psychology* 104, 286-304.
- Faraone S.V., Seidman L.J., Kremen W.S., Toomey R., Pepple J.R. & Tsuang M.T. (1999). Neuropsychological functioning among the nonpsychotic relatives of schizophrenic patients: a 4-year follow-up study. *Journal of Abnormal Psychology* 108, 176-181.
- Faraone S.V., Seidman L.J., Kremen W.S., Toomey R., Pepple J.R. & Tsuang M.T. (2000). Neuropsychological functioning among the nonpsychotic relatives of schizophrenic patients: the effect of genetic loading. *Biological Psychiatry* 48, 120-126.
- Gilvarry C.M., Russell A., Hemsley D. & Murray R. (2001). Neuropsychological performance and spectrum personality traits in the relatives of patients with schizophrenia and affective psychosis. *Psychiatry Research* 101, 89-100.
- Gottesman I.I. & Gould T.D. (2003). The endophenotype concept in psychiatry: etymology and strategic intentions. *American Journal of Psychiatry* 160, 636-645.
- Hans S.L., Marcus J., Nuechterlein K.H., Asarnow R.F., Styr B. & Auerbach J.G. (1999). Neurobehavioral deficits at adolescence in children at risk for schizophrenia. The Jerusalem Infant Development Study. *Archives of General Psychiatry* 56, 741-748.
- Harding C.M., Zubin J. & Strauss J.S. (1992). Chronicity in schizophrenia: revisited. *British Journal of Psychiatry* 161, 27-37.
- Harrison P. & Owen M.J. (2003). Genes for schizophrenia? *Lancet* 361, 417-419.
- Harvey P.D., Keefe R.S.E., Mitropoulou V., Dupre R., Roitman S.L., Mohs R.C. & Siever L.J. (1996). Information-processing markers of vulnerability to schizophrenia: performance of patients with schizotypal and nonschizotypal personality disorders. *Psychiatry Research* 60, 49-56.
- Heinrichs R.W. (2004). Meta-analysis and science of schizophrenia: variant evidence or evidence of variants? *Neuroscience and Biobehavioral Reviews* 28, 379-394.
- Heinrichs R.W. & Zakzanis K.K. (1998). Neurocognitive deficit in schizophrenia: a quantitative review of the evidence. *Neuropsychology* 12, 426-445.
- Hirsch S.R. & Weinberger D.R. (1995). *Schizophrenia*. Blackwell: Oxford.
- Hoff A.L., Sakuma M., Wieneke M., Horon R., Kushner M. & De Lisi L.E. (1999). Longitudinal neuropsychological follow-up study of patients with first-episode schizophrenia. *American Journal of Psychiatry* 156, 1336-1341.
- Jablensky A. (2005). The long and winding road of schizophrenia research. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 14, 179-183.



- Jones L.A., Cardno A.G., Sanders R.D., Owen M.J. & Williams J. (2001). Sustained and selective attention as measures of genetic liability to schizophrenia. *Schizophrenia Research* 48, 263-272.
- Katschnig H. (1987). Vulnerability and trigger models/rehabilitation: discussion. In: *Search for the Causes of Schizophrenia* (eds. H. Hafner, W.F. Gattaz e W. Janzarik), pp. 353-358. Springer: Berlin-Heidelberg-New York.
- Keefe R.S.E., Silverman J.M., Mohs R.C., Siever L.J., Harvey P.D., Friedman L., Lees Roitman S.E.L., Dupre R.L., Smith C.J., Schmeidler J. & Davis K.L. (1997). Eye tracking, attention, and schizotypal symptoms in nonpsychotic relatives of patients with schizophrenia. *Archives of General Psychiatry* 54, 169-176.
- Kéri S., Kelemen O., Benedek G. & Janka Z. (2001). Different trait markers for schizophrenia and bipolar disorder: a neurocognitive approach. *Psychological Medicine* 31, 915-922.
- Laurent A., Biloa-Tang M., Bougerol T., Duly D., Anchisi A.M., Bosson J.L., Pellat J., d'Amato T. & Dalery J. (2000). Executive/attentional performance and measures of schizotypy in patients with schizophrenia and in their nonpsychotic first-degree relatives. *Schizophrenia Research* 46, 269-283.
- Laurent A., Saoud M., Bougerol T., d'Amato T., Anchisi A., Biloa-Tang M., Dalery J. & Rochet T. (1999). Attentional deficits in patients with schizophrenia and in their non-psychotic first-degree relatives. *Psychiatry Research* 89, 147-159.
- Leff J. (1987). A model of schizophrenic vulnerability to environmental factors. In: *Search for the Causes of Schizophrenia* (eds. H. Hafner, W.F. Gattaz e W. Janzarik), pp. 317-330. Springer: Berlin-Heidelberg-New York.
- Lenzenweger M.F. (2001). Reaction time slowing during high-load, sustained-attention task performance in relation to psychometrically identified schizotypy. *Journal of Abnormal Psychology* 110, 290-296.
- Lenzenweger M.F., Cornblatt B.A. & Putnick M. (1991). Schizotypy and sustained attention. *Journal of Abnormal Psychology* 100, 84-89.
- Liu S.K., Chiu C., Chang C., Hwang T., Hwu H. & Chen W.J. (2002). Deficits in sustained attention in schizophrenia and affective disorders: stable versus state-dependent markers. *American Journal of Psychiatry* 159, 975-982.
- Lyons M.J., Toomey R., Faraone S.V., Kremen W.S., Yeung A.S. & Tsuang M.T. (1995). Correlates of psychosis proneness in relatives of schizophrenic patients. *Journal of Abnormal Psychology* 104, 390-394.
- Maier W., Franke P., Hain C., Kopp B. & Rist F. (1992). Neuropsychological indicators of the vulnerability to schizophrenia. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry* 16, 703-715.
- Meehl P.E. (1990). Toward an integrated theory of schizotypy, schizotypy and schizophrenia. *Journal of Personality Disorder* 4, 1-99.
- Nuechterlein K.H. (1987). Vulnerability models for schizophrenia: state of the art. In: *Search for the Causes of Schizophrenia* (eds. H. Hafner, W.F. Gattaz e W. Janzarik), pp. 297-316. Springer: Berlin-Heidelberg-New York.
- Nuechterlein K.H., Asarnow R.F., Subotnik K.L., Fogelson D.L., Payne D.L., Kendler K.S., Neale M.C., Jacobson K.C. & Mintz J. (2002). The structure of schizotypy: relationships between neurocognitive and personality disorder features in relatives of schizophrenic patients in the UCLA Family Study. *Schizophrenia Research* 54, 121-130.
- Nuechterlein K.H. & Dawson M.E. (1984). A heuristic vulnerability/stress model of schizophrenic episodes. *Schizophrenia Bulletin* 10, 300-312.
- Parnas J. (1999). From predisposition to psychosis: progression of symptoms in schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 99, 20-29.
- Phillips W.A. & Silverstein S.M. (2003). Convergence of biological and psychological perspectives on cognitive coordination in schizophrenia. *Behavioral and Brain Sciences* 26, 65-138.
- Premack D. & Woodruff G. (1978). Does the chimpanzee have a theory of mind? *Behavioural and Brain Sciences* 1, 515-526.
- Rosenfarb I.S., Nuechterlein K.H., Goldstein M.J. & Subotnik K.L. (2000). Neurocognitive vulnerability, interpersonal criticism, and the emergence of unusual thinking by schizophrenic patients during family transactions. *Archives of General Psychiatry* 57, 1174-1179.
- Rund B.R. & Borg N.E. (1999). Cognitive deficits and cognitive training in schizophrenic patients: a review. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 100, 85-95.
- Rybakowski J.K. & Borkowska A. (2002). Eye movement and neuropsychological studies in first-degree relatives of schizophrenic patients. *Schizophrenia Research* 54, 105-110.
- Saoud M., d'Amato T., Gutknecht C., Triboulet P., Bertaud J. P., Marie-Cardine M., Daléry J. & Rochet T. (2000). Neuropsychological deficit in siblings discordant for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 26, 893-902.
- Sitskoorn M.M., Aleman A., Ebisch S.J., Appels M., Nuyen J. & Kahn R.S. (2004). Cognitive deficits in relatives of patients with schizophrenia: a meta-analysis. *Schizophrenia Research* 71, 285-295.
- Spring B. (1992). Cognitive alterations as markers of vulnerability to schizophrenia. *Annals New York Academy of Sciences* 658, 128-145.
- Staal W.G., Hijman R., Hulshoff Pol H.E. & Kahn R.S. (2000). Neuropsychological dysfunctions in siblings discordant for schizophrenia. *Psychiatry Research* 95, 227-235.
- Stanghellini G. (1997). *Antropologia della Vulnerabilità*. Feltrinelli: Milano.
- Stanghellini G. (1998). Vulnerabilità schizotropica e vulnerabilità schizotipica. *Psichiatria Generale e dell'Età Evolutiva* 35, 183-209.
- Strauss J.S., Harding C.M. & Weissman M.M. (1984). Vulnerability to depressive and schizophrenic disorders – Conference report. *Schizophrenia Bulletin* 10, 460-465.
- Tsuang M.T., Stone W.S. & Faraone S.V. (2000). Toward reformulating the diagnosis of schizophrenia. *American Journal of Psychiatry* 157, 1041-1050.
- Vollema M.G. & Postma B. (2002). Neurocognitive correlates of schizotypy in first degree relatives of schizophrenia patients. *Schizophrenia Bulletin* 28, 367-377.
- Zubin J. (1986). Implications of the vulnerability model for DSM-IV with special reference to schizophrenia. In: *Contemporary Directions in Psychopathology. Toward the DSM-IV* (eds. T. Millon e G.L. Klerman), pp.473-494. Guilford: New York-London.
- Zubin J., Magaziner J. & Steinhauer S.R. (1983). The metamorphosis of schizophrenia: from chronicity to vulnerability. *Psychological Medicine* 13, 551-571.
- Zubin J. & Spring B. (1977). Vulnerability – A new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology* 86, 103-126.
- Zubin J., Steinhauer S.R. & Condray R. (1992). Vulnerability to relapse in schizophrenia. *British Journal of Psychiatry* 161, 13-18.

INDIRIZZO PER LA CORRISPONDENZA

Egidio Aniello Bove
Via Petrucci, 14
61029 Urbino
E-mail: egidiobove@libero.it



Stefano Gherardi

Dipartimento di Salute Mentale, ASUR Zona Territoriale 8, Civitanova Marche (MC)

IL DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE ECCELLENTE

The excellent Department of Mental Health

RIASSUNTO

Scopo. Descrizione del modello industriale della Qualità Totale da cui attingere idee, metodi e strumenti per tendere verso un Dipartimento di Salute Mentale eccellente.

Metodi. Dopo un'analisi della Qualità, Qualità Totale ed Eccellenza, ho considerato le due principali strategie di miglioramento e alcuni degli strumenti utilizzati a tal fine (5W+1H, ciclo PDCA e QFD). Ho sottolineato l'importanza dell'efficienza, dell'efficacia, della gestione per processi, della centralità dell'utente e delle risorse umane, della misurazione e del progetto applicato ai servizi.

Risultati. Ho cercato di adattare tale modello al DSM, iniziando dalle resistenze al cambiamento ed enfatizzando il bisogno di sicurezza, l'empatia, lo sfruttamento del capitale sociale e della creatività, l'informazione, la comunicazione, la formazione e la ricerca. I livelli di competenza psichiatrica e i meccanismi di selezione e premiazione del personale sono da ridefinire.

Conclusioni. È possibile costruire un DSM eccellente e potremmo partire da una riprogettazione della prima visita.

Parole chiave: Qualità Totale, Eccellenza, Dipartimento di Salute Mentale

SUMMARY

Objective. Description of the industrial model of Total Quality to draw ideas, methods and instruments aiming at an excellent Department of Mental Health (DMH).

Methods. After analysis of Quality, Total Quality and Excellence, I considered two of the most important improvement

strategies and some instruments used for such purpose (5W+1H, PDCA cycle and QFD). I underlined the importance of efficiency, effectiveness, process management, user and human resources centrality, measuring and project applied to services.

Results. I tried to adapt such model to DMH, starting from change resistances and emphasizing the need of safety, empathy, exploitation of social capital and creativity, information, communication, training and research.

Conclusions. It's possible to build up an excellent DMH and we'd start from a first visit replan.

Key words: Total Quality, Excellence, Department of Mental Health

Introduzione

Il modello della Qualità Totale (QT) e dell'Eccellenza (E) è stato raramente applicato alla psichiatria e spesso solo in modo parziale. Il Dipartimento di Salute Mentale (DSM) di Reggio Emilia ha partecipato a un progetto di QT sullo Standard di Prodotto, definendo 9 prodotti con le relative prestazioni, indicatori e standard (Grassi, 2000). È stata costituita un'anagrafe delle aree di "eccellenza" individuate in alcuni DSM/UOP italiani nel corso di un processo sperimentale di accreditamento tra pari finanziato dall'Istituto Superiore di Sanità (Erlicher et al., 2003). Nella letteratura anglosassone è descritta l'esperienza di un Servizio di Salute Mentale inglese (Koch, 1994), di un Ospedale Psichiatrico Giudiziario californiano (Hunter & Love, 1996) e di un Ospedale Generale dello Stato di New York (Coker et al., 1997).



Questo lavoro è suddiviso in due parti: la prima contiene i concetti e i metodi per tendere all'E, la seconda rappresenta un tentativo di applicazione del modello dell'E al DSM e, in modo particolare, al prodotto/servizio prima visita.

I modelli di riferimento non hanno né patria né settore: sono solo strumenti da usare e da adattare anche se sono nati e sviluppati in contesti profondamente diversi dalla nostra realtà nazionale e operativa. Ritengo pertanto che la conoscenza di questo modello, risalente all'epoca della seconda guerra mondiale e dell'industria bellica americana e civile post-bellica giapponese, possa contribuire allo sviluppo del DSM.

Qualità totale ed eccellenza

Dalla qualità all'eccellenza

Un'azienda dovrà sempre più considerare la qualità (Q) dei servizi e dei prodotti offerti come la capacità di soddisfare la domanda del cliente (Gambel, 2003). Dallo standard di prodotto (garanzia della prestazione offerta, livello di accettabilità che ingloba e, di fatto, fa scomparire la difettosità) si passerà, attraverso il miglioramento continuo della qualità (MCQ), alla QT e all'E. Si definisce E l'organizzazione che si distingue per straordinarie Q e che emerge tra le altre per pregi e meriti.

Il concetto di MCQ nasce dalla considerazione che la Q, come anche le capacità umane, non hanno limiti: il segreto è quello di sfruttare al massimo ogni potenzialità individuale e di gruppo. La QT va molto al di là delle semplici caratteristiche del prodotto. Coinvolge infatti tutta l'azienda, perché l'orientamento al soddisfacimento dei bisogni del cliente deve essere presente in tutte le fasi della gestione. Gli operatori si devono mettere costantemente in discussione ("caccia all'errore") e la competizione deve lasciare il posto alla collaborazione, stimolando la creatività e la capacità di miglioramento e di innovazione del singolo e del gruppo. La QT è quindi un superprincipio, un "propulsore" che non rappresenta più il fine dell'organizzazione, ma il punto di partenza verso l'E.

Facendo tendere il miglioramento all'infinito, la Q tenderà all'E, per definizione irraggiungibile. L'azienda diventerà un'organizzazione intelligente, dotata di un forte senso del tempo, per adattarsi al momento giusto ai cambiamenti del contesto e dei bisogni del cliente.

Dall'eccellenza all'etica

Il concetto di Q assumerà non solo il significato di E, ma anche quello di etica, perché cresce al crescere

della motivazione che la spinge a perseguire i principi del rispetto e della solidarietà. Anche la religione ha un rapporto con la QT. Per esempio, il confucianesimo si divide in due correnti: Mencio (la natura dell'uomo è buona) e Hsuntzu (l'uomo è per natura malvagio). La QT si basa sul postulato che l'uomo è per natura buono (Ishikawa, 2004).

Modalità e strumenti di miglioramento continuo

La comprensione delle relazioni di causa-effetto è fondamentale perché la QT è essenzialmente prevenzione. Anche un obiettivo è un effetto, per cui gli operatori vanno addestrati a divenire "piccoli scienziati" che utilizzano il metodo scientifico. Chiedersi il perché dei processi è la domanda chiave da porsi e molto utile risulta anche il metodo delle 5W+1H (Who, What, Where, When, Why, How: chi fa che cosa, dove, quando, perché e come).

Per la QT gestire significa mantenere e migliorare. Mantenere il livello delle prestazioni raggiunte, ma consumando le minori energie possibili, in modo tale da poterle dedicare al miglioramento delle priorità individuate. Esistono fondamentalmente due modalità di miglioramento: una legata alla cultura occidentale, centrata sull'innovazione e sulla tecnologia e denominata "kairyo" (o miglioramento a grandi passi), l'altra legata alla tradizione orientale, centrata sul personale e chiamata "kaizen" (o miglioramento a piccoli passi). "Kai" significa 'essere costantemente' e "zen" 'orientati al miglioramento'. La vera chiave del kaizen sono i fatti e i dati, perché sono loro che ci dicono la verità. Nel miglioramento a grandi passi prevale una dinamica gerarchica elitaria di tipo top-down, mentre in quello a piccoli passi è valorizzata la partecipazione attiva di tutti gli operatori con una dinamica prevalentemente inversa di tipo bottom-up, che tende a un raffinamento grupale delle idee. Nel kaizen è infatti valorizzato e organizzato il sistema dei suggerimenti individuali, con un sistema premiante basato sulla Q delle idee. Il kaizen richiede disciplina e l'operatore ci deve credere, amando quello che fa e applicandosi con creatività e intelligenza, acquisendo e sviluppando il desiderio e la volontà di migliorare prima di tutto se stesso.

Sono stati creati a tal fine diversi strumenti come, per esempio, il ciclo PDCA (Plan, Do, Check, Act). È un metodo di problem solving, costituito da quattro fasi e da sette passi che esprimono operativamente l'approccio analisi-progettazione-realizzazione-valutazione (Wienand, 2002).



Il processo del PDCA è basato su tre cicli: il ciclo di mantenimento, il ciclo dell'azione correttiva (prevenzione ricorrente) e il ciclo di miglioramento (Galgano, 1990). Il Quality Function Deployment (QFD) è infine uno strumento complesso che determina la Q di progettazione di un prodotto, attraverso un linguaggio di processo che traduce la domanda del cliente nelle corrispondenti caratteristiche di Q del prodotto.

Centralità dell'utente

Purtroppo si tende ancora a confondere il concetto di soddisfazione del cliente con quello di Q. Mentre la Q di un prodotto/servizio può essere intesa sia in senso oggettivo che soggettivo, la soddisfazione del cliente può essere considerata solo in modo soggettivo, in quanto nasce dal confronto tra la Q attesa (quella che si aspetta di ricevere) e la Q percepita (quella che ritiene di aver ricevuto). Per conoscere la realtà bisogna cercarla e agire in base a essa, per cui, oltre agli utili questionari di soddisfazione, bisogna intervistare direttamente il cliente per migliorare la Q del prodotto/servizio erogato. Bisogna ricercare anche la Q latente (bisogni potenziali del cliente) e organizzare la cosiddetta "invasione" del cliente all'interno dell'azienda e del prodotto/servizio erogato (Galgano, 1990). Il cliente è per definizione egocentrico e perennemente insoddisfatto: richiede infatti operatori "artigiani" che "demassificano" la loro attività, amandolo e rispettandolo empaticamente e sentendosi al suo servizio.

Efficacia

Per efficacia si intende la capacità di raggiungere gli obiettivi prestabiliti (rapporto tra obiettivi prefissati e risultati raggiunti), mentre per efficienza si intende l'abilità di conseguire i risultati voluti nel miglior modo possibile (rapporto tra mezzi impiegati e risultati ottenuti): un medico è efficiente se visita il paziente con cura, efficace se riesce a guarirlo. L'essere efficienti non conduce quindi necessariamente al conseguimento dell'efficacia. La soddisfazione del cliente non va considerata semplicemente come una determinante dell'efficacia, ma è l'efficacia stessa. Per tendere all'E bisogna quindi massimizzare la soddisfazione del cliente e dell'operatore (efficacia) e massimizzare il prodotto tra l'efficienza (gestione per processi) e l'efficacia.

Miglioramento e misurazione

"È impossibile migliorare ciò che non viene misurato". "Se non si misura non si può tenere sotto con-

trollo, se non si controlla non si può gestire, se non si gestisce non si può migliorare" (Gambel, 2003). Bisogna trasformare in forma quantitativa anche gli elementi qualitativi, utilizzando il seguente modello: si valuta l'E attuale e poi si definisce quella attesa. Si confronta successivamente, in forma grafica e numerica, l'E attuale con quella attesa e infine si calcola il prodotto tra l'efficienza e l'efficacia del processo.

Attenzione alle risorse umane

La QT si fonda sui seguenti assunti di base:

- 1) La gestione delle risorse umane è fondamentale per il successo: l'operatore va messo al centro e va rispettato perché la sua soddisfazione permette all'illimitato potenziale creativo umano di esprimersi.
- 2) Non c'è limite allo sviluppo delle risorse umane e della conoscenza: la QT "comincia con la formazione e termina con la formazione" (Ishikawa, 2004). L'addestramento tecnico è importante perché sviluppa le abilità professionali, ma è limitato. Si arriva a un plateau nell'esecuzione di un determinato lavoro oltre al quale non è possibile andare. Se invece si insegna a una persona a utilizzare il proprio cervello, non esistono né limiti né plateau finali. Ovviamente, per sviluppare persone "pensanti" è essenziale che queste abbiano un desiderio e una volontà di apprendimento.
- 3) La comunicazione va sviluppata perché la crescita della conoscenza viene amplificata in funzione della sua condivisione. In altre parole, bisogna utilizzare la "valenza formativa" dei processi di informazione e di comunicazione.
- 4) Occorre valorizzare e rinforzare le doti positive del singolo e stimolarlo al lavoro di squadra: gli uomini, soprattutto in gruppo, possono fare miracoli se sono rispettati, considerati buoni, intelligenti e coinvolti nel lavoro e negli obiettivi dell'azienda (Wienand, 2002).

Progetto

Il "mattone" della QT è il progetto (un problema di cui si è programmata la soluzione). Da qui l'importanza dei "cantieri", al fine di ottenere rapidamente risultati tangibili, sia per motivare le persone coinvolte, sia per dare garanzie alla Direzione della bontà della strada intrapresa. Inoltre, questa logica del "cantiere" serve per sperimentare le metodologie più efficaci e per acquisire sufficiente esperienza per diffonderle in un secondo tempo in tutta l'azienda nel modo più rapido ed efficace.



Servizi

Yamaguchi si è occupato di QT nei servizi in Giappone e ha evidenziato alcune differenze tra l'attività manifatturiera e quella dei servizi: in questi ultimi, il fattore principale è la persona e non la tecnologia, la Q dei prodotti diventa la Q dei servizi, si tratta con i clienti caso per caso, per cui la standardizzazione non è facile. Oltre alla Q visibile e tangibile dell'hardware (Q del prodotto), sono molto importanti anche le Q invisibili e intangibili del software (Q del servizio) e quella umana ("cultura di servizio") (Galvano, 1990).

Il DSM eccellente

Resistenze al cambiamento

La Performance (P) di un individuo (o di un gruppo di lavoro) è determinata dall'interazione di tre variabili: $P = (M \times C)/B$. È direttamente correlata al livello di Motivazione (M) e di Competenza (C) ed è inversamente correlata alle Barriere (B) che si devono superare per poterla attuare (Gray, 1997). Per massimizzare la P bisogna quindi alzare il più possibile il livello di M e di C degli operatori e ridurre al minimo le B al cambiamento.

Il cambiamento, anche se accuratamente preparato e accuratamente introdotto con il coinvolgimento attivo di tutti, suscita inevitabilmente delle resistenze, non solo all'interno del DSM, ma anche in tutta la rete multisistemica integrata in cui è inserito (Regione, Provincia, Comune, Azienda Sanitaria, altri servizi dell'Azienda Sanitaria e servizi esterni, utenti, famiglie degli utenti, associazioni degli utenti e dei familiari, privato sociale e imprenditoriale, ecc.). Tali ostacoli vanno gradatamente superati, sia durante la prima fase di preparazione e di introduzione della cultura e della prassi dell'E, sia nel corso della fase successiva (in realtà la più difficile) di mantenimento e sviluppo di tale cambiamento. Alcune resistenze interne sono frequenti (ad es., non basta mai ciò che si ha già; l'operatore non è disponibile ad accettare il suo errore, per natura inevitabile, e quindi a discuterlo serenamente con i colleghi per apprendere e migliorare insieme; si attivano veri e propri meccanismi psicologici di difesa come la negazione, la razionalizzazione, la proiezione, ecc.). Ishikawa (2004) diceva ai lavoratori: "Invece di considerare i motivi per cui non è possibile fare QT, perché non cercate di scoprire che cosa è possibile fare? QT significa semplicemente fare ciò che dobbiamo fare". Tipiche sono anche le resistenze esterne, ancor più dure da vincere rispetto a quelle interne (ad es., familiari di pazienti che mi-

nano il progetto di trattamento, un contesto interno e/o esterno all'azienda sabotante, il far mancare, più o meno volutamente, le risorse umane e materiali, il dover lavorare con leggi e strutture non adeguate ai reali bisogni dell'utenza, ecc.).

Logo e denominazione

Per definizione, un DSM eccellente si deve distinguere dagli altri, per cui è necessario un logo significativo e specifico e un nome originale che lo contraddistinguono. Entrambi vanno scelti all'interno di una rosa di idee scaturite dagli operatori, in modo tale da rinforzare anche l'identificazione con il progetto e lo spirito di appartenenza.

Standard di prodotto/servizio

Tutta l'organizzazione va coinvolta nella definizione accurata degli standard di prodotti/servizi erogati e dei livelli di Q misurabili che si intendono garantire (Grassi, 2000). Bisogna dire chiaramente quello che si fa, fare quello che si è detto, dimostrare quello che si è fatto e pensare a come migliorarlo.

Fatti e dati

La riorganizzazione continua si deve basare sui fatti e sui dati e non sulle impressioni, opinioni, credenze e convinzioni degli attori coinvolti. In altri termini, va aumentata la scientificità a scapito dei paradigmi ideologici per fare un esame di realtà dei bisogni dell'utenza (ad es., vanno prevenute e corrette le dinamiche e i fenomeni di eventuale neoistituzionalizzazione, ma, al tempo stesso, va garantita la possibilità di un trattamento ospedaliero o residenziale protratto se questa è la vera necessità del paziente e della sua famiglia).

La piramide dei bisogni

Lo psicologo americano Maslow ha elaborato una teoria piramidale dei bisogni che motivano e attivano il comportamento umano. Alla base della piramide ha posto i bisogni primari fisiologici e di sicurezza, mentre al vertice ha collocato i bisogni secondari di affetto, stima e auto-realizzazione. Ogni livello della piramide è un forte motivatore ma, senza la soddisfazione dei bisogni primari, l'uomo non può dedicarsi alla soddisfazione di quelli secondari. Ma se vogliamo attivare il comportamento del personale in azienda, dobbiamo fare in modo che senta la necessità di farlo, per cui bisogna innanzitutto sviluppare i suoi bisogni secondari, solitamente ipotrofici. Purtroppo, nella realtà dei DSM



accade spesso il contrario: si subisce la mancanza di risorse umane e materiali per cui si consumano tempo ed energie individuali e di gruppo per superare queste carenze. Ciò ostacola una tendenza all'E in quanto, in modo frustrante e potenzialmente demotivante, si è costretti a sprecare risorse per cercare di soddisfare i bisogni primari. Ma se prima non soddisfi e mantieni soddisfatti i bisogni primari, rimani ancorato al prodotto/servizio standard e non puoi dedicarti alla soddisfazione dei bisogni secondari che favorisce la tendenza all'E, con ricadute negative sull'utenza e sull'équipe curante.

Sicurezza

Gli operatori, i pazienti e i loro familiari devono essere messi nella condizione di poter lavorare e frequentare setting terapeutici collocati in ambienti ergonomici in cui domina la serenità e la sicurezza (bisogno primario!). Per poter garantire questo diritto/dovere è necessario conoscere in maniera appropriata i rischi del proprio lavoro e identificare i pericoli potenziali attraverso una strategia di gestione del rischio (Rossi, 2005). Il Decreto Legislativo 626 è stato pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale del settembre 1994, ma il lavoro in psichiatria è ancora molto rischioso e pericoloso sia dal punto di vista fisico che psichico. Sono passati tanti anni e questa legge, che in teoria rilancia la prevenzione del rischio, crea una vera cultura della sicurezza e offre strumenti mai avuti in passato (accerta e valuta i rischi specifici di ogni attività, verifica l'adeguatezza delle precauzioni già esistenti e le possibili soluzioni, definisce le priorità degli interventi futuri e la loro programmazione e responsabilizza i lavoratori e l'azienda nella tutela e nella garanzia della sicurezza), è in realtà ancora oggi intesa in senso burocratico. L'altra faccia della medaglia della gestione del rischio è la prevenzione del rischio clinico per l'utenza, attraverso una strategia di massima prevenzione dell'errore, con naturata all'essenza stessa dell'E.

Prevenzione

Un DSM eccellente deve avere una costante tensione educativa e preventiva che lo ispira e lo attraversa in tutto ciò che fa:

- attività di educazione sanitaria e prevenzione primaria e secondaria effettuata soprattutto nelle scuole;
- prevenzione primaria organizzata con i Medici di Medicina Generale (MMG) (ad es., attenzione

all'adolescenza, cura tempestiva e appropriata dell'insonnia al fine di prevenire eventuali evoluzioni cliniche verso la comparsa o la ricaduta/ricorrenza dei disturbi dell'umore, ecc.);

- prevenzione secondaria, centrata sulla diagnosi precoce e sul trattamento tempestivo ed efficace di tutti i disturbi mentali (ad es., identificazione e cura delle psicosi e degli altri disturbi psichiatrici maggiori durante l'adolescenza o, comunque, in fase premorbose e al primo episodio, all'interno di cornici collaborative con i MMG, gli Ospedali Generali, i SerT e i servizi di Neuropsichiatria Infantile);
- prevenzione terziaria per gli utenti già in carico al DSM, per cercare di prevenire le ricadute, le ricorrenze e i ricoveri ospedalieri (soprattutto quelli obbligatori), la cronicizzazione dei disturbi, l'aggravamento della disabilità psicosociale, i tentativi di suicidio, i suicidi riusciti e gli episodi di eteroaggressività.

Management dell'empatia

Bisogna andare al di là della semplice cortesia, della disponibilità personale, della capacità di accertare cosa vogliono sapere i pazienti e i loro familiari e di saperli informare con chiarezza e coinvolgerli nelle scelte. Si deve andare anche al di là della "semplice" empatia clinica, facendo a se stessi questa domanda apparentemente semplice: "Se fossi io o un mio familiare ad aver bisogno di questo servizio, che cosa mi aspetterei di ricevere dagli operatori e dal contesto terapeutico dal punto di vista umano, clinico, organizzativo e gestionale?". Gli operatori del DSM si devono mettere anche nei panni di un'infinità di altri interlocutori e collaboratori e confrontarsi con loro continuamente (ad es., il collega, il familiare, un altro servizio collaborante, l'amministratore, il sindaco, il magistrato, ecc.). Ovviamente, sia l'empatia che il confronto devono essere bidirezionali, reciproci se vogliamo che siano veramente efficaci e tendenti all'E clinica, organizzativa e gestionale.

Capitale sociale

Va sfruttato al massimo tutto il capitale sociale (ricchezza quantitativa e qualitativa delle relazioni di una persona) che ho a disposizione, integrando questa rete relazionale e sociale il più possibile e cercando anche di farla aumentare per potenziare e migliorare il supporto dei pazienti in cura. Mi riferisco anche ai



gruppi in senso lato e alle loro enormi potenzialità (ad es., l'équipe degli operatori, il gruppo dei pazienti e le loro attività di gruppo, i gruppi psicoeducazionali e multifamiliari, i gruppi di auto-mutuo-aiuto, la famiglia d'origine e acquisita, gli amici, i vicini di casa, i colleghi di lavoro del paziente, i gruppi sportivi e ricreativi, le associazioni dei pazienti e dei familiari, ecc.).

Creatività

Va stimolato il potenziale creativo insito nella psicopatologia degli utenti; questo vale anche per gli operatori, in quanto è opportuno utilizzare in positivo le sfumature psicopatologiche presentate da noi stessi e dai nostri colleghi.

Principi della comunità terapeutica

Ci si deve ispirare ai principi della comunità terapeutica, per favorire al massimo la partecipazione democratica di tutti gli operatori coinvolti, per condividere ideologie, politiche, strategie, obiettivi, metodi, programmi, progetti, ecc., e per essere disponibili e pronti a cambiare con elasticità e tempismo anche al minimo mutare dei bisogni del contesto interno e/o esterno. Gli operatori, al di là della verticalità gerarchica necessaria, vanno fortemente corresponsabilizzati, stimolati e motivati all'autonomia personale e professionale, orizzontalizzando il più possibile la piramide gerarchica.

Informazioni e comunicazioni

È necessario diffondere le informazioni e curare al massimo la comunicazione anche per fronteggiare in modo attivo e pro-attivo i bisogni vecchi e nuovi dell'utenza e del DSM. Le riunioni d'équipe vanno pertanto continuamente rivitalizzate e rilanciate, perché anche al loro interno devono emergere, circolare e confrontarsi le idee migliorative e innovative degli operatori, idee che si trasformeranno successivamente in scelte cliniche, organizzative e gestionali. I flussi informativi vanno inoltre favoriti anche per sfruttare al massimo la valenza formativa dei processi di comunicazione, rendendo l'apprendimento continuo e connaturato alla quotidianità.

Formazione

La formazione deve essere in linea con il modello bio-psicosociale dei disturbi psichici e del loro trattamento. Oggi non ci possiamo limitare solo a una formazione sugli aspetti biologici e cognitivo-comportamentali

(ad es., farmacoterapia, psicoterapia cognitivo-comportamentale, psicoeducazione, problem solving, training delle abilità sociali, ecc.), ma è necessario integrarla con una formazione alla capacità di intuizione inconscia del paziente e alla comprensione psicologica intra- e interpersonale profonda, arrivando anche ad analizzare e trattare gli aspetti e le dinamiche conflittuali più inconscie del paziente, della sua famiglia e del gruppo di lavoro (diagnosi e trattamento psicodinamico, transfert e controtransfert individuale e di gruppo, ecc.). Tutto ciò avviene all'interno di una cornice comunque sempre di alta complessità e di tipo multisistemico che va saputa leggere e interpretare. L'équipe non deve essere formata solo dal punto di vista clinico, ma anche da quello organizzativo e gestionale, in quanto, nella prassi, tali aspetti sono intrecciati tra loro ("learning organization").

Ricerca

Ishikawa affermava giustamente che si impara insegnando, ma si impara ancor di più e meglio facendo anche un'attività di ricerca finalizzata all'interno del DSM. Clinica, formazione, insegnamento e ricerca vanno integrati per poter formare un circolo virtuoso.

Livelli della psichiatria

Per avere un DSM che tende all'E è necessario alzare il livello di tutto il sistema sanitario di cui fa parte. Il DSM in primis deve stimolare (anche attraverso collaborazioni strutturate di consulenza e programmi di formazione) i MMG a svolgere una psichiatria di primo livello, ma anche in parte di secondo livello (ad es., curare direttamente un loro paziente affetto da un episodio depressivo maggiore senza rischi suicidari con i nuovi, sicuri ed efficaci farmaci antidepressivi e con colloqui di supporto psicologico). In tal modo il DSM si potrà maggiormente dedicare a una prassi specialistica di secondo e terzo livello (ad es., prevenzione dei gravi disturbi mentali, accentuazione della personalizzazione dell'assunzione in cura e del progetto terapeutico, E diagnostica e terapeutica, trattamento dei disturbi psichiatrici resistenti, della comorbilità, della "doppia diagnosi", dei disturbi di personalità, minimizzazione degli effetti collaterali, ecc.), lasciando solo i livelli più elevati di complessità ai centri superspecialistici e alle università.

Selezione del personale

Gli operatori vanno selezionati con maggior rigore, valutando la loro idoneità, preparazione, competenza,



motivazione e disponibilità a lavorare in un contesto operativo caratterizzato da un'alta e continua tensione all'E. L'azienda, pur di riuscire a reclutare e a non farsi scappare gli operatori migliori, deve andare loro incontro anche dimostrando un'elasticità e una creatività nelle forme di contratto (tempo pieno, tempo parziale, contratto libero-professionale, attività di lavoro occasionale).

Incentivazioni

Appartenere e provare un senso di appartenenza a un centro di E è già un forte incentivo. Gli operatori di tutti gli ruoli professionali vanno anche incentivati in termini di crescita e formazione umana, relazionale, culturale, professionale e anche in termini economici e di carriera. Questi incentivi vanno visti nell'ottica di una mentalità e di una prassi collaborativa e all'interno di un contesto lavorativo caratterizzato da una sana competizione, intesa come provocazione reciproca al meglio che rispetta anche una cultura di mercato e al di fuori delle solite ipocrisie. Anche la libera professione rappresenta uno strumento di crescita che va sfruttato al massimo dal professionista, dal DSM e dall'Azienda Sanitaria.

Meritocrazia e sistema premiante

Deve dominare il principio meritocratico del premiare i migliori e non la spiacevole, controproducente e potenzialmente demotivante dinamica paradossale del premiare a pioggia i mediocri e rimanere invece neutrali, ostacolare o perfino penalizzare i migliori, come purtroppo a volte avviene negli attuali DSM standard.

Riprogettazione della prima visita

Il miglioramento di questo prodotto/servizio basilare può rappresentare un esempio di area pilota o "cantier" da cui partire per trasformare progressivamente tutto il DSM. Conviene inoltre iniziare già all'interno di un protocollo di ricerca scientifica, in modo tale da confrontare, con uno studio di follow-up, un campione di prime visite tradizionali (gruppo di controllo) con un campione di prime visite E al fine di verificare se il "fare le cose giuste e bene la prima volta" (Galgano, 1990) comporti dei reali vantaggi anche in questo caso.

Un primo obiettivo potrebbe essere quello di ridurre gli elevati tassi di drop-out dei pazienti psichiatrici ambulatoriali, che interrompono le visite di controllo nel corso di un anno nel 26-40% dei casi (Young et

al., 2000). Dopo una prima visita psichiatrica è stato osservato un abbandono non concordato del 20%, percentuale che aumenta al 64% dopo la seconda visita (Morgan, 1999). Una simile percentuale emerge anche da due studi italiani di follow-up, uno condotto presso il servizio psichiatrico di Verona Sud (Rossi et al., 2002), l'altro a Magenta (Percudani et al., 2002), dove, rispettivamente, il 30% e il 46% dei pazienti visti in prima visita non si è presentato al secondo appuntamento, non riprendendo alcun contatto nell'anno successivo (Zimmermann & Goss, 2004). Se l'abbandono della cura e la mancata o incompleta adesione sono indicatori di Q di un DSM, diventa quindi importante porre maggiore attenzione anche al nostro modo di instaurare la relazione (il problema dell'aggancio) e di raccogliere e dare informazioni (il problema del far concordare l'agenda del paziente con la nostra) (Zimmermann & Goss, 2004).

Piuttosto che instaurare la libera scelta dello psichiatra da parte dell'utente e/o del committente (riservata alle eccezioni e alla libera professione), preferisco utilizzare ancora il sistema tradizionale della competenza territoriale, ma con tutti gli psichiatri che possiedono una formazione specialistica di terzo livello. Ognuno di loro dovrà anche acquisire una superspecializzazione nella gestione di un disturbo mentale specifico, in modo tale da poter giocare, in modo reciproco, il ruolo di consulente interno agli altri colleghi in caso di necessità. Le altre figure professionali (infermiere, psicologo, educatore, terapeuta della riabilitazione psicosociale, assistente sociale, ecc.), dovrebbero essere disponibili e pronte anche a interventi immediati nel contesto della prima visita, per valutare in modo comprensivo il caso all'interno della dinamica del gruppo risorsa per rispondere tempestivamente ai bisogni clinici, psicologici, psicoterapici, educativi, psicoeducativi, riabilitativi, sociali, ecc., del paziente e della sua famiglia ("meeting di terapia"). Il programma di trattamento inizia, di fatto, già dal momento della prima valutazione, per cui è giusto concentrare le risorse disponibili in questa prima fase.

Una prima visita E non può non raccogliere e valutare:

- contenuti della richiesta del paziente e/o del committente;
- dati socio-demografici;
- collocazione socio-ambientale;
- anamnesi organica familiare con i relativi trattamenti;



- anamnesi organica personale con i relativi trattamenti (asse III del DSM-IV) (APA, 1996);
- anamnesi psichiatrica familiare e personale con i relativi trattamenti;
- risultati di eventuali esami laboratoristici e/o strumentali;
- sindromi cliniche attuali con i relativi trattamenti (asse I del DSM-IV): data la scarsa affidabilità della diagnosi clinica, una prima visita E deve utilizzare un'intervista clinica strutturata come, per esempio, la SCID-I (First et al., 1997);
- identificazione dei segni precoci di crisi;
- disturbi di personalità (asse II del DSM-IV);
- problemi psicosociali e ambientali (asse IV del DSM-IV);
- difficoltà causate dal disturbo mentale e strategie di coping nei suoi confronti e di ogni altro problema;
- qualità della vita;
- obiettivi e ostacoli;
- valutazione delle risorse del soggetto e del contesto: punti di forza e di debolezza;
- valutazione globale del funzionamento (VGF asse V del DSM-IV);
- identificazione e valutazione strutturata dei bisogni di cura con la CANSAS, versione abbreviata della Camberwell Assessment of Need (CAN) (Slade et al., 1999): i bisogni rappresentano l'anello di congiunzione tra il disturbo del paziente, l'azione terapeutica intrapresa e la valutazione dell'efficacia dell'intervento effettuato (Rogler & Cortes, 1993);
- accertamento della disabilità psicosociale (solo in caso di sua presenza ed effettuato dall'educatore professionale o dal terapeuta della riabilitazione psicosociale);
- progetto di trattamento integrato individuale con obiettivi specificati (anche per elaborare tale progetto possiamo usare il ciclo PDCA e lo strumento delle 5W+1H);
- consenso informato.

Conclusioni

Costruire un DSM eccellente è possibile. Sia in Italia che all'estero ci sono varie esperienze embrionali attive che possono e devono essere studiate, valorizzate, condivise ed estese a macchia d'olio a tutto il DSM. Anche l'idea di riprogettare la prima visita può intersecarsi con lo sviluppo delle altre aree chiave del

DSM (educazione sanitaria e prevenzione, farmacoterapia, psicoterapia, riabilitazione psicosociale, assistenza sociale e lavorativa, attività ambulatoriale, domiciliare, semi-residenziale, residenziale e di ricovero ospedaliero, attività di ricerca, clinica, organizzativa e gestionale), raggiungendo a piccoli passi, da versanti diversi, con cordate più o meno complesse e con gradi di difficoltà diversi, la vetta dell'eccellenza.

BIBLIOGRAFIA

American Psychiatric Association (APA) (1996). *DSM-IV Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*. Masson: Milano.

Coker M., Sharp J., Powell H., Cinelli P., French M. & Colley-Ogden T. (1997). Implementation of total quality management after reconfiguration of services on a general hospital unit. *Psychiatric Services* 48, 231-236.

Erlicher A., Barbini C. & Pismataro C.P. (2003). Anagrafe delle "eccellenze". *Rivista Sperimentale di Freniatria* CXXVII, 95-103.

First M.B., Spitzer R.L., Gibbon M. & Williams J.B.W. (1997). *SCID-I Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (clinical version)*. Versione italiana di F. Mazzi, P. Morosini, G. De Girolamo, M. Bussetti e G.P. Guaraldi (2000). *Organizzazioni Speciali*: Firenze.

Galgano A. (1990). *La Qualità Totale*. Il Sole-24 Ore: Milano.

Gambel E.L. (2003). *Il Modello dell'Eccellenza*. Franco Angeli: Milano.

Grassi G. (2000). Gli standard di prodotto nel Dipartimento di Salute Mentale di Reggio Emilia. *Aspetti metodologici. Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 9, 56-69.

Gray J.A.M. (1997). *Evidence-based healthcare*. Churchill Livingstone: Edimburgo.

Hunter M.E. & Love C.C. (1996). Total quality management and the reduction of inpatient violence and costs in a forensic psychiatric hospital. *Psychiatric Services* 47, 751-754.

Ishikawa K. (2004). *Che cos'è la Qualità Totale*. Il Sole-24 Ore: Milano.

Koch H.C.H. (ed.) (1994). *Toward Total Quality in Mental Health Services*. Longman: Harlow.

Morgan D.G. (1999). "Please see and advise": a qualitative study of patients' experiences of psychiatric outpatient care. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 34, 442-450.

Percudani M., Belloni G., Contini A. & Barbui C. (2002). Monitoring community psychiatric services in Italy: differences between patients who leave care and those who stay in treatment. *British Journal of Psychiatry* 180, 254-259.

Rogler L.H. & Cortes D.E. (1993). Help-seeking pathways: a unifying concept in mental health care. *American Journal of Psychiatry* 150, 554-561.

Rossi A., Ammadio F., Bisoffi G., Ruggeri M., Thornicroft G. & Tansella M. (2002). Dropping out of care: inappropriate terminations of contact with community-based psychiatric services. *British Journal of Psychiatry* 181, 331-338.



Rossi I. (2005). Applicazione della legge 626 in SPDC: la sicurezza dei pazienti, degli operatori e degli spazi. *Lo Psichiatra* 1, 12-20.

Slade M., Thornicroft G., Loftus L., Phelan M. & Wykes T. (1999). *Camberwell Assessment of Need*. Gaskell: London. Edizione italiana a cura di M. Ruggeri e M. Tansella (2000). Uno strumento per la valutazione dei bisogni nei soggetti con disturbi mentali gravi CAN (Camberwell Assessment of Need). CIC Edizioni Internazionali: Roma.

Wienand U. (2002). Dal Miglioramento Continuo all'Eccellenza aziendale. In: *Valutare la qualità in sanità* (a cura di C. Cipolla, G. Giarelli e L. Altieri), pp. 270-283. Franco Angeli: Milano.

Young A., Grusky O., Jordan D. & Belin T. (2000). Routine outcome monitoring in a public mental health system: the impact of patients who leave care. *Psychiatric Services* 51, 85-91.

Zimmermann C. & Goss C. (2004). La comunicazione in psichiatria e la collaborazione del paziente. Il contributo dell'approccio "centrato sul paziente". *Psichiatria di Comunità* 3, 1-5.

INDIRIZZO PER LA CORRISPONDENZA

Stefano Gherardi
Direttore UO Territoriale DSM
ASUR Zona Territoriale 8
Contrada San Domenico, 132
62012 Civitanova Marche (MC)
Tel.: 0733/823502
Fax: 0733/823500
E-mail: gherardi.stefano@libero.it