

Fondata da Carlo Livi nel 1875

S **R**IVISTA
PERIMENTALE
di **F**RENIATRIA

The Italian Journal of Mental Health

FRANCOANGELI

INTERNATIONAL ADVISORY BOARD/COMITATO DEI GARANTI INTERNAZIONALE: German Berrios (Cambridge, UK), Helen Killaspy (London, UK), Sheila McNamee (Durham, New Hampshire), Stefan Priebe (London, UK), Andrea Raballo (Trondheim, NO), Onno van der Hart (Utrecht, NL)

COMITATO DEI GARANTI NAZIONALE/NATIONAL ADVISORY BOARD: Valeria Babini (Bologna), Roberto Beneduce (Torino), Eugenio Borgna (Novara), Alberto Burgio (Bologna), Alessandro Dal Lago (Genova), Filippo Maria Ferro (Chieti), Salvatore Inglese (Catanzaro), Alberto Merini (Bologna), Giuseppe Riefolo (Roma), Franco Rotelli (Trieste), Pier Aldo Rovatti (Trieste), Gianni Tognoni (Milano)

COMITATO DI REDAZIONE/EDITORIAL BOARD: Maria Bologna, Chiara Bombardieri, Yvonne Bonner, Paolo Curci, Laura Fruggeri, Gaddomaria Grassi, Giorgio Mattei, Gino Mazzoli, Francesco Paoletta, Pietro Pascarelli, Giulia Rioli, Luigi Tagliabue, Paolo Vistoli, Luisa Zannoni

DIREZIONE/ EDITOR-IN-CHIEF: Gian Maria Galeazzi

SEGRETERIA DI REDAZIONE/EDITORIAL OFFICE: Maria Grazia Pini – Biblioteca C. Livi – Ausl – Via Amendola, 2 – 42100 Reggio Emilia – e mail: mariagraziapini@alice.it

IMPAGINAZIONE/LAYOUT: Maurizio Magri, Emmestudio Via Paganini, 5 - 42124 Reggio Emilia

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore. Sono vietate e sanzionate (se non espressamente autorizzate) la riproduzione in ogni modo e forma (comprese le fotocopie, la scansione, la memorizzazione elettronica) e la comunicazione (ivi inclusi a titolo esemplificativo ma non esaustivo: la distribuzione, l'adattamento, la traduzione e la rielaborazione, anche a mezzo di canali digitali interattivi e con qualsiasi modalità attualmente nota od in futuro sviluppata).

Le fotocopie per uso personale del lettore possono essere effettuate nei limiti del 15% di ciascun fascicolo dietro pagamento alla SIAE del compenso previsto dall'art. 68, commi 4 e 5, della legge 22 aprile 1941 n. 633. Le fotocopie effettuate per finalità di carattere professionale, economico o commerciale o comunque per uso diverso da quello personale, possono essere effettuate a seguito di specifica autorizzazione rilasciata da CLEARedi, Centro Licenze e Autorizzazioni per le Riproduzioni Editoriali (www.clearedi.org, e-mail: autorizzazioni@clearedi.org). In caso di copia digitale, l'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni della licenza d'uso dell'opera previste e comunicate sul sito www.francoangeli.it.

ABBONAMENTI

Per conoscere il canone d'abbonamento corrente, consultare il nostro sito (www.francoangeli.it), cliccando sul bottone "Riviste", oppure telefonare al nostro Ufficio Riviste (02-28371454/56) o, ancora, inviare una e-mail (riviste@francoangeli.it) indicando chiaramente il nome della rivista.

Il pagamento potrà essere effettuato tramite assegno bancario, bonifico bancario, versamento su conto corrente, o con carta di credito.

L'abbonamento verrà attivato non appena giunta la notifica dell'avvenuto pagamento del canone.

Autorizzazione del Tribunale di Reggio Emilia n. 91 del 24 giugno 1955 – Quadrimestrale – Direttore responsabile: dr. Stefano Angeli – Poste Italiane Spa - Sped. in Abb. Post. - D.L. 353/2003 (conv. in L. 27/02/2004 n. 46) art. 1, comma 1, DCB Milano - Copyright © 2018 by FrancoAngeli s.r.l. – Stampa: Global Print srl, via degli Abeti 17/1, Gorgonzola, Milano.

La Rivista Sperimentale di Freniatria è proprietà dell'Azienda USL di Reggio Emilia – Via Amendola, 2 – 42100 Reggio Emilia.

III quadrimestre 2018 – Finito di stampare nel mese di novembre 2018

RIVISTA SPERIMENTALE DI FRENIA TRIA

La rivista della salute mentale

THE ITALIAN JOURNAL OF MENTAL HEALTH

VOL. CXLII - N° 3, 2018

EDITORIALE

PAG. 5

Giuseppe Tibaldi

9

Il contributo dei servizi ai processi di cronicizzazione.

Quali ombre del manicomio gravano ancora sulle pratiche della “nostra” psichiatria di comunità?

Paola Carozza

19

L'approccio multidimensionale al recovery nella grave malattia mentale: oltre la dimensione della cronicità

Jacopo Santambrogio, Antonino Giancontieri, Giuseppe Sabucco, Massimo Clerici, Pietro R. Cavalleri

43

Rocco: un destino di cronicità?

Paola Schiavi

61

Cronicità

Lorenzo Burti

97

When psychotherapy encounters chronicity: Challenges and possible remedies

CONTRIBUTI

Shirley Ehrlich, Stefano Gherardi, Monia Betti, Martina Zanutti, Giuliano Ermini, Stefano Gualandi, Damiano Cembali, Alessandro Tampieri PAG. 117

Analisi dei processi cognitivi diagnostici in medicina generale: risultati di uno studio osservazionale

Roberta Casadio, Izabel Cristina Marin, Raffaella Pocobello 149

Speranza come strumento terapeutico nei percorsi di recovery

TESTIMONIANZE

Francesca Raisi 163

“La giovane che fa il gruppo”

RECENSIONI PAG. 171

INDICE DELL'ANNATA: VOL. CXLII (2018) PAG. 175

NORME REDAZIONALI PAG. 179

EDITORIALE

Questo numero della *Rivista Sperimentale di Freniatria* è dedicato alla *cronicità*, concetto centrale non solo della psichiatria ma di tutta la medicina, utilizzato per indicare una condizione a lento e lungo decorso, per la quale non si prevedono modificazioni repentine a breve termine, sia in senso positivo che negativo, e che richiede (da parte del malato e di chi se ne prende cura) il raggiungimento di un nuovo equilibrio, da mantenere a tempo indeterminato.

Il tempo è dunque un elemento centrale della cronicità, parola il cui etimo è da rintracciarsi, non a caso, nel sostantivo greco χρόνος (chrónos), cioè «tempo», ad indicare la successione e scansione temporale esterna, quella dimensione temporale che nel corso della storia dell'umanità è stata progressivamente oggettivata e resa misurabile mediante clessidre, orologi e cronometri, divenendo base del Taylor-Fordismo e dell'organizzazione scientifica del lavoro, cardine del capitalismo moderno. L'istituzionalizzazione del lavoro nel sistema-fabbrica riecheggia nell'istituzionalizzazione del trattamento della follia all'interno del sistema manicomiale. L'accezione negativa che grava sul concetto di cronicità in medicina è forse dovuta proprio al rimando a questa dimensione temporale fredda, istituzionalizzata ed esterna rispetto alla relazione operatore-paziente, e all'incontro clinico.

Tornando alla classicità, è noto che i Greci indicavano la parola tempo con altri due sostantivi, oltre a quello già citato: Αἰών (*Aión*) e καιρός (*kairós*). Mentre il primo rimanda al tempo eterno, il secondo si riferisce al tempo come occasione, tempo opportuno o propizio: c'è una inestimabile possibilità trasformativa insita nel concetto di tempo-kairós, che non si coglie nella accezione cronologica (cronica) del tempo. Trasponendo questo discorso in clinica, potremmo dire che il tempo-kairós è quello in cui “qualcosa accade” (la terapia, il cambiamento, la trasformazione), mentre nel tempo cronico non accade più nulla (o quasi): in particolare, non c'è trasformazione, o cambiamento, ma solo un susseguirsi e ripetersi di atti che non tendono ad alcuna meta, positiva o negativa. Pare appartenere, a questa seconda dimensione, il concetto di *residualità*. Nel tempo cronico non è possibile *recovery*, per usare un termine oggi molto in voga, ma che rischia di essere svuotato anch'esso di significati – di cronicizzare – se non viene

contestualizzato in un tempo-occasione, un *kairós*. Quest'ultimo è quanto di più lontano dal tempo tecnicizzato e oggettivato (cronicizzato) della tecnica, vero "paradigma" contemporaneo (anche di cura); e nella tecnica non si dà cura, ma ripetizione, accumulazione, preservazione e quindi non-trasformazione. In una parola: cronicizzazione.

Nel momento in cui scegliamo di dedicare un fascicolo della *Rivista* alla cronicità, siamo consapevoli che questo vocabolo è demodé, nella psichiatria contemporanea; non solo: esso è *politically incorrect*, si cerca a tutti i costi di evitarlo ricorrendo a perifrasi, ad acronimi freddi e svuotati di contenuto umano ed emotivo (ad esempio, SEMI per indicare la condizione di *Severe and enduring mental illness*); ancora, cronicità è un punto di arrivo, una "visione che chiude", evocando così un'atmosfera manicomiale. Tuttavia, preme in questa sede e con questo fascicolo sottolineare come il concetto di cronicità (e una riflessione *sulla* cronicità) riconosca un bisogno, e individui come altrettanto problematica una visione che pone l'accento solo sulle prognosi positive, rischiando così di scotomizzare le condizioni più gravi e le persone più vulnerabili; in particolare, quelle affette da una condizione che, in passato, si sarebbe definita "cronica". L'enfasi sulla *recovery* e sugli esordi psicotici rischia di oscurare proprio queste situazioni, con il pericolo di ghettizzare i pazienti più vulnerabili.

Un esempio che può aiutare a contestualizzare questa riflessione nella clinica è rappresentato dalla diagnosi. L'immutabilità di certe diagnosi nei nostri servizi esprime bene infatti il risultato dei processi di cronicizzazione. Quando una cura funziona (e in psichiatria, spesso, la cura dura anni), è naturale aspettarsi che la diagnosi cambi (o, quantomeno, il livello di funzionamento). Quando questo non accade, è utile chiedersi cosa non stia procedendo per il verso giusto: se abbiamo preso il sopravvento meccanismi di cronicizzazione ascrivibili ad un disturbo di particolare gravità, o se piuttosto (o contemporaneamente) non siano in atto meccanismi iatrogeni di cronicizzazione. Infatti, se a quarant'anni esatti dalla Legge 180 siamo ancora a parlare degli effetti negativi che l'istituzionalizzazione può determinare, è forse perché il manicomio è in primo luogo un topos, un luogo della mente prima che un luogo fisico; un archetipo, insomma, dove la dimensione temporale prevalente è quella della cronicità-cronicizzazione, a discapito del tempo-opportunità – di incontro, trasformazione, evoluzione e cambiamento.

Giuseppe Tibaldi approfondisce il possibile contributo dei servizi ai processi di cronicizzazione, o meglio, di "cronicizzazione", termine coniato nella fase di superamento delle istituzioni manicomiali, per identificare le

pratiche tipiche del manicomio, che producevano malati “cronici”, cioè persone immobilizzate nel presente senza tempo dell’istituzione totale per eccellenza. Superato il manicomio, l’autore si interroga circa i possibili processi di cronicizzazione anche nel contesto della psichiatria di comunità contemporanea. In particolare, suggerisce come strategie di presa in carico e cura incentrate unicamente su modelli biologici, unite a pratiche che possono contribuire al disinvestimento progettuale, siano tra i principali fattori di cronicizzazione in grado di ostacolare la *recovery*.

E proprio a questo tema, quello della *recovery*, è dedicato il contributo di **Paola Carozza**, che propone una riflessione sull’approccio multidimensionale alla *recovery* nei disturbi mentali gravi, al fine di superare la cronicità. L’autrice sottolinea l’importanza di definire la *recovery* in termini di miglioramenti in aree specifiche (come controllo dei sintomi, funzione cognitiva, comportamenti psicosociali, qualità della vita), piuttosto che a livello globale e generalizzato. Ciò potrebbe consentire sia di utilizzare una terminologia più precisa, per facilitare la comunicazione tra professionisti, pazienti, famiglie, politici e amministratori, sia di superare l’equivalenza cronicità/immodificabilità, dato che la misurazione degli esiti riguarda dimensioni tra loro strettamente correlate. Inoltre, questa lettura consentirebbe di superare la concezione del paziente *totalmente* “cronico”, favorendo un inquadramento della persona come funzionale o disfunzionale a seconda delle aree specifiche interessate. Elemento fondante questo approccio è il principio dell’“assistenza centrata sulla persona”, contrapposta all’ “assistenza centrata sulla malattia”, da realizzarsi attraverso il “modello organizzativo integrato e orientato al destinatario”, strutturato in *team* interdisciplinari.

Jacopo Santambrogio, Antonino Giancontieri, Giuseppe Sabucco, Massimo Clerici e Pietro R. Cavalleri, presentano la storia di un giovane paziente ricoverato in una comunità ad alta protezione, ponendo alcune domande sulla “cronicità in psichiatria”. Gli autori si chiedono quale paziente possa dirsi effettivamente “cronico” e quale, invece, non lo sia ancora ma abbia dinnanzi a sé un “destino di cronicità”. Nel tentativo di rispondere a questo interrogativo, individuano alcuni fattori suggestivi per un “destino di cronicità”: una condizione di doppia diagnosi, l’antisocialità, un nucleo familiare estremamente fragile, un problema legale pendente, la dipendenza da sostanze, una rete di Servizi che mostra difficoltà a dialogare. Questo contributo rappresenta anche una riflessione attuale riguardante antisocialità, condotte antiggiuridiche e superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari; con esso, la Rivista inaugura una sezione (per quanto non formalizzata) dedicata ai “giovani psichiatri”. L’intento è quello di raccogliere contributi che hanno come primo autore un giovane collega, che presenta un caso clinico insieme a colleghi senior. Questa scelta è ispirata da un lato dalla

volontà di dare spazio a colleghi e colleghe che si affacciano sul mondo della professione, dall'altro di favorire un dialogo tra differenti generazioni di professionisti, in particolare in un momento storico in cui l'esercizio del dialogo e alla riflessione sembra particolarmente in crisi; infine, di promuovere una riflessione clinica attraverso la presentazione di un caso clinico incentrato su una tematica precisa. Riteniamo che ciò possa essere importante considerato che l'approccio *evidence-based* dominante di tipo eminentemente nomotetico, per quanto estremamente utile, rischia di mettere in secondo piano l'importanza e il calore della riflessione clinica.

Paola Schiavi propone una riflessione sulla cronicità nella malattia mentale, e sulle conseguenze di essa sugli operatori della psichiatria e sulle organizzazioni in cui lavorano. L'autrice sottolinea come i vissuti dei malati e dei familiari si amplifichino in senso negativo nella misura in cui manchino luoghi di elaborazione e contenimento degli aspetti emotivi. I servizi pubblici possono assumere questa funzione se accettano la consapevolezza che il contesto sociale oggi è profondamente cambiato, e che richiede ai Servizi stessi di svolgere una parte attiva, attivando risorse da valorizzare nel contesto e con l'aiuto delle comunità locali.

Lorenzo Burti affronta il tema del presente fascicolo dal versante della psicoterapia. L'autore sottolinea come in questo campo la cronicità può essere dovuta a diversi fattori, sia individuali che ambientali. Inoltre, la cronicità può essere favorita dalle modalità con cui viene effettuata la stessa psicoterapia: dalla durata (troppo breve o troppo lunga), dal modo in cui viene condotta (con o senza le necessarie competenze), dalla diagnosi iatrogena (cieca rispetto al possibile effetto patogeno del *setting* stesso), dalla eccessiva fiducia riposta nella ingenua convinzione che l'individuo, una volta ristabilito psicologicamente anche grazie alla psicoterapia, risulti definitivamente equipaggiato con il bagaglio necessario e sufficiente per vivere una vita piena e felice.

Nella suo contributo **Francesca Raisi**, dottoressa in Tecnica della Riabilitazione Psichiatrica, racconta la sua esperienza di tirocinio universitario presso un Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura. Partendo dal punto di vista della tirocinante che si trova alle prese con la realizzazione del suo primo progetto riabilitativo, approfondisce come tale vicenda abbia influenzato il suo approccio alla professione negli anni successivi all'università. Questo contributo fa parte della sezione "testimonianze", inaugurata sulla Rivista a partire dal secondo fascicolo del 2017 e procede sull'attuale numero offrendo un differente punto di vista sul mondo della salute mentale vissuto in prima persona: quello di una operatrice.

Gian Maria Galeazzi, Giorgio Mattei

Il contributo dei servizi ai processi di cronicizzazione. Quali ombre del manicomio gravano ancora sulle pratiche della “nostra” psichiatria di comunità?

*Mental health services and chronification processes.
Is asylum despondency still lurking behind community mental
health practices?*

Giuseppe Tibaldi *

Riassunto: *Nella fase di critica radicale e di superamento delle istituzioni manicomiali era stato coniato il termine di “cronicizzazione”, che corrispondeva alle pratiche tipiche del manicomio, che producevano “cronici”, cioè persone senza speranza e senza futuro, immobilizzate nel presente senza tempo dell’istituzione totale per eccellenza.*

Nel contesto della psichiatria di comunità, italiana ed internazionale, si sono affermate ipotesi teoriche che hanno legittimato la cronicità come un elemento intrinseco delle patologie psichiatriche, a prescindere dal contesto, di cui i servizi ed i professionisti che vi operano fanno parte.

L’articolo prende in considerazione sia il ruolo cronicificante delle teorie biologiche dei disturbi mentali gravi, sia le pratiche che possono contribuire al disinvestimento progettuale che è stato, e rimane, l’ostacolo principale a qualsiasi obiettivo “recovery-oriented”.

Parole Chiave: *speranza, passività, guarigione, cronicizzazione.*

Abstract: *The term “chronification” was coined in the 1970s, during the period of radical critique of psychiatric asylums. It designates psychiatric practices that spawn “chronicity” (i.e. helpless and hopeless people, deprived of a future, immobilized in the timeless present of a total institution). International and Italian literature on community psychiatry regard chronicity as an intrinsic trait of psychiatric disorders, regardless of professional and service settings or practices. In this article, the author takes into account the chronification role of both the biological theories on severe mental disorders and the psychiatric practices - neither ability-based, nor project-oriented - that constitute the main obstacle to recovery.*

**Direttore Salute Mentale Area Nord – DSMDP-AUSL Modena. Membro del Direttivo della Società Italiana di Epidemiologia Psichiatrica (SIEP)*

*Ricevuto il 30.09.2018 Accettato 15.10.2018 Submitted 30.09.2018 Accepted 15.10.2018
RSF (ISSN 1129-6437, ISSNe 1972-5582), VOL. CXLII, 2018, 3*

Copyright © FrancoAngeli

N.B: Copia ad uso personale. È vietata la riproduzione (totale o parziale) dell’opera con qualsiasi mezzo effettuata e la sua messa a disposizione di terzi, sia in forma gratuita sia a pagamento.

Key Words: *hope, passiveness, recovery, chronification.*

“La grande eterogeneità degli esiti che osserviamo in psichiatria non dipende solo dalle differenze individuali fra soggetti (genetiche, biologiche, psicologiche), ma anche e soprattutto dalle differenze di contesto, sia del microcontesto del paziente (la sua famiglia e la comunità circostante) sia dalle caratteristiche dei servizi che si occupano del paziente”

Benedetto Saraceno *“Sulla povertà della psichiatria”* [1]

Premessa

Questo contributo nasce dal dialogo costante, non solo interiore, che ha accompagnato la mia partecipazione attiva alle vicende della psichiatria di comunità italiana, a partire dalla metà degli anni '70, quando ho scelto di avvicinarmi al movimento che promuoveva il superamento delle istituzioni manicomiali (in psichiatria) e delle altre istituzioni totali. Nel periodo in cui già leggevo i primi scritti di Basaglia e di Jervis, una mia compagna del Liceo è stata ricoverata nel reparto di Psichiatria dell'Ospedale della mia città. Era uno dei primi reparti “post-manicomiali”, collocato all'interno di un Ospedale Generale. Sono entrato, quindi, pieno di aspettative positive, in uno dei “nuovi” contesti della psichiatria e ho trovato la mia amica legata, pesantemente sedata, che – a fatica – mi supplicava di contribuire alla sua dimissione immediata, accusando uno degli infermieri di averla picchiata. È stata un'esperienza dolorosa, da troppi punti di vista: la cito qui, perché mi ha consentito di percepire – con la forza di un pugno allo stomaco – l'ombra viva del manicomio sulle pratiche della “nuova psichiatria”. Uno degli aspetti più dolorosi di quella esperienza è stato l'invito alla passività che veniva dagli infermieri del reparto, di fronte al mio – timido – tentativo di chiedere spiegazioni; in sostanza: *“non hai diritto di chiederle.... esci pure...”*.

L'invito alla passività è uno degli elementi che faccio rientrare nella dimensione delle *“ombre del manicomio”*; forse il principale. Cito spesso questa poesia di Alda Merini [2], che rappresenta la passività come solo un poeta (che ha vissuto l'esperienza del manicomio) è in grado di fare:

*Viene il mattino azzurro,
 nel nostro padiglione:
 sulle panche di sole
 e di crudissimo legno
 siedono gli ammalati,
 non hanno nulla da dire,
 odorano anch'essi di legno,
 non hanno ossa né vita,
 stan lì con le mani
 inchiodate nel grembo
 a guardare fissi la terra*

Mi sono chiesto perché la trovo così attuale e la risposta l'ho trovata tante volte, in questi ultimi anni, quando sono entrato in strutture residenziali che si autodefiniscono riabilitative: le panche sono state sostituite dai divani e la terra è stata sostituita dallo schermo della televisione, ma la passività si respira nell'aria e ripropone l'odore di legno di cui parla la poesia della Merini. Ho appena ricevuto, dai genitori di un paziente, la descrizione scritta di una di queste strutture (che hanno chiesto di visitare prima dell'eventuale inserimento del figlio). I termini che usano sono "crudissimi" ed urticanti; riflettono, in parte, i loro dubbi sulla opportunità della collocazione del figlio in una struttura residenziale, ma fotografano con nitidezza la dimensione della passività degli ospiti che hanno incontrato, come pure quella degli operatori, che danno per scontata, per fisiologica, l'assenza di iniziativa e di cura per il proprio contesto di vita quotidiano (l'ambiente più curato della struttura, nella descrizione di questi genitori, è quello chiuso a chiave, inaccessibile).

L'invito alla passività non riguarda solo i pazienti ed i familiari, ma anche i professionisti della salute mentale. La mia sostanziale resistenza alle proposte teoriche della cosiddetta psichiatria biologica nasce sicuramente dal mio percorso formativo (fenomenologico, psicodinamico, sistemico) e dalla mia partecipazione attiva ai movimenti che spingevano per la chiusura dei manicomi. Ma la mia resistenza deriva anche da questa convinzione: le teorie del "broken brain" (cervello bacato) hanno rappresentato, e rappresentano tuttora (in tutte le loro varianti), un formidabile invito alla passività, alla rinuncia, al pessimismo prognostico, alla rassegnazione di fronte ai processi di cronicizzazione [3]. Le teorie "bio/bio/bio", che hanno preso il sopravvento, per almeno due decenni, su quelle "bio/psico/sociali" sono – nella loro sostanza teorica e nei loro riflessi sulla pratica professionale – un esplicito e "crudissimo" invito alla passività.

Se il cervello è bacato, tutti i protagonisti principali della sofferenza mentale – non solo il paziente – rischiano di manifestare – abbastanza precocemente – chiari “sintomi negativi”: appiattimento affettivo ed emotivo (ad esempio assenza di movimenti empatici), povertà del linguaggio (ad esempio i colloqui di cinque minuti, che tanti familiari segnalano come insignificanti), mancanza di piacere (nelle principali attività professionali) e di interesse nelle relazioni interpersonali, perdita generale di motivazione rispetto a scopi ed obiettivi (soprattutto quelli condivisi).

Se il cervello è bacato, le proposte riabilitative sono intrinsecamente fragili, di intrattenimento, o “cosmetiche”; a cosa serve la riabilitazione, se le vie dopaminergiche sono malfunzionanti e gli antipsicotici non producono effetti benefici?

Se il cervello è bacato, la guarigione è praticamente impossibile e il pessimismo prognostico è pienamente legittimo. Anche se i dati degli studi di esito non confermano le previsioni pessimistiche, si è più portati a dubitare di questi dati che delle proprie esperienze cliniche. Diventano plausibili messaggi che sono fortemente cronificanti, come il tristemente celebre “*la schizofrenia è come il diabete: si abitui all’idea di una terapia per il resto della sua vita*”. Anche se le teorie neuro-trasmittitoriali sono obsolete, prive di qualsiasi ulteriore legittimità scientifica, questa frase dei professionisti viene citata spesso, da pazienti e familiari, come frase simbolo dell’invito a “rassegnarsi”.

Le pratiche a rischio di cronificazione

L’invito a “rassegnarsi” è quindi l’architrave, soggettiva e relazionale, su cui si reggono la maggioranza delle pratiche che considero potenzialmente “cronificanti”, nel contesto della psichiatria di comunità italiana, oltre che internazionale. Le passerò brevemente in rassegna, senza alcuna ambizione di formulare una qualsiasi sorta di gerarchia.

1. La prima è quella – appena citata – che riguarda le comunicazioni pessimistiche sulle possibilità di un futuro superamento dell’esperienza psicotica, di una futura guarigione. L’analogia schizofrenia/diabete, che è scientificamente infondata, è l’esempio più chiaro di questo tipo di comunicazioni che hanno un impatto profondo sulle aspettative di tutti i soggetti coinvolti, professionisti compresi. Luc Ciompi [4] ha dimostrato che il più potente fattore predittivo di un’evoluzione positiva, nei disturbi schizofrenici, è la presenza di aspettative favorevoli convergenti tra tutti i principali attori sulla scena (paziente, familiari, professionisti). Il nostro

linguaggio, le nostre metafore, possono contribuire ad ucciderle. Francesco Benedetti ha appena pubblicato un libro, che consiglio caldamente di leggere, dal titolo *“La speranza è un farmaco”* [5]. Quanti di noi collocano questo farmaco nel proprio prontuario personale? Nel 1983, l’OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development) ha pubblicato un libro di Meltzer e Harris (*“Child, Family and Community: a psycho-analytical model of the learning process”*) che ha lasciato tracce più profonde di quanto pensassi [6]. Uno dei capitoli del libro fa riferimento alle funzioni emotive delle figure genitoriali e le presenta sotto forma di diadi. Una di queste diadi è “infondere speranza/seminare disperazione”. Se Ciompi e Benedetti hanno ragione, le nostre comunicazioni pessimistiche non si limitano a promuovere la rassegnazione, ma arrivano a “seminare disperazione”, a delegittimare la recovery prima ancora di iniziare il percorso che dovrebbe consentire di arrivarci.

2. La seconda è strettamente connessa al dominio delle teorie biologiche rispetto alle principali forme di sofferenza mentale. Se il cervello è bacato, si perde interesse e curiosità per i significati biografici delle esperienze psicotiche e depressive. La destoricizzazione e la decontestualizzazione, che le teorie biologiche impongono, condannano anche il professionista ad un sostanziale disinteresse per la storia “premorboza”.

Le anamnesi che si incontrano in molte cartelle cliniche sono, spesso, la prova inoppugnabile di questa perdita di curiosità per le vicende personali e familiari che hanno fatto da premessa alle manifestazioni di sofferenza. Considero questa pratica cronicificante alla luce della mia lettura di decine di testimonianze personali di chi ha attraversato e superato le esperienze psicotiche. Gail Hornstein ha così riassunto (dopo averne lette circa 600) gli elementi chiave che essi indicano come essenziali, nel percorso verso la guarigione: a. avere avuto qualcuno che ti ascoltava con interesse; b. aver avuto qualcuno che ti credeva (senza tradurre in sintomi quello che dicevi); c. avere un testimone empatico del proprio percorso; d. avere qualcuno che creda ciecamente alle tue possibilità di ripresa [7].

È ovvio che queste indicazioni, che vengono dai diretti interessati, hanno bisogno di interlocutori che abbiano un interesse ad investire sulla relazione e sul tempo necessario per costruirla. La volatilità dei professionisti, sotto forma di rapido passaggio ad altre sedi, o funzioni interne, di un Dipartimento destituisce di valore la storia personale e familiare e lascia in primo piano, come asse principale della relazione con questi professionisti ad elevata volatilità, la diagnosi e la terapia.

3. Tra le pratiche che possono rappresentare un invito alla rassegnazione non posso non citare la proposta, spesso precocissima, della pensione di

invalidità. A colloquio con l'assistente sociale del Comune, che gli chiedeva se era interessato ad un supporto lavorativo, un utente del "mio" Dipartimento di Salute Mentale, si è recentemente espresso in questi termini: "... avete voluto che fossi un invalido e per questo faccio l'invalido e non posso lavorare; adesso non potete venirmi a chiedere di lavorare...".

In alcuni sistemi regionali di salute mentale non si ha diritto ad alcun percorso di inserimento lavorativo se non si ha già un riconoscimento di invalidità. Non c'è bisogno di riconoscersi nella tradizione sistemica per comprendere che siamo molto vicini ad un "doppio messaggio" istituzionale: se vuoi arrivare alla piena ripresa, accetta di riconoscerti e di essere riconosciuto come invalido. Nel caso in cui arrivi qualche legittima obiezione, la risposta più probabile è di questo tipo: "se le cose andranno bene, puoi sempre chiedere che te la tolgano".

In altri contesti, questo doppio messaggio viene descritto, più limpidamente, come "*disability trap*": se accetti la condizione dell'invalido, sarai spinto a considerare la patologia come una fonte di reddito. Se le buone pratiche che caratterizzano la psichiatria di comunità italiana sono fondate sulla valorizzazione delle abilità, la monetizzazione delle disabilità non dovrebbe essere considerata un grave fattore di rischio?

4. L'ultima pratica a rischio di cronificazione è la proposta di trattamenti a tempo indeterminato o, ancora più esplicitamente, per tutta la vita. In questo caso, l'ombra del manicomio è pienamente percepibile: chi entrava in manicomio correva concretamente il rischio di rimanerci per il resto della propria vita. Essere dimessi rappresentava un'eccezione, almeno fino al 1968.

Il messaggio "*dovrai prendere i farmaci per il resto della vita*" equivale ad una condanna, priva di qualsiasi fondamento scientifico. Se le percentuali di guarigione, nei disturbi schizofrenici, ruotano intorno al 50%, si percepisce con chiarezza il valore cronificante di questa proposta di trattamento a tempo illimitato [8].

A ciò va aggiunto quanto è emerso, negli ultimi 10 anni, dalla letteratura scientifica che ha preso in considerazione gli esiti a medio e lungo termine dei percorsi terapeutici di mantenimento nel confronto con i percorsi basati sulla possibilità di riduzione e sospensione degli antipsicotici. Mi sono già soffermato in altri articoli su questi dati e sulle implicazioni che ne derivano, nelle pratiche di prescrizione degli antipsicotici [9]. A questi dati possono essere associati altri dati della letteratura scientifica prodotta da autori indipendenti dalle aziende farmaceutiche; anche questi dati mettono in discussione le scelte di trattamento a lungo termine, sia per gli antipsicotici che per gli antidepressivi che per le benzodiazepine. Le aziende farmaceutiche stanno, ovviamente, tentando di attenuare la forza di queste evidenze, promuovendo

la pubblicazione di articoli che generino dubbi sui risultati degli studi più “inquietanti” e che consentano di “rassicurare” i professionisti, spingendoli a mantenere le abitudini prescrittive oggi prevalenti.

I dubbi sul rapporto vantaggi/svantaggi delle terapie a tempo indeterminato sono – in ogni caso – fondati, e condivisi da molte voci autorevoli [10-12]. Le nostre pratiche prescrittive hanno recepito, almeno in parte, questi dubbi? I dati che emergono da una ricerca effettuata recentemente in Regione Emilia- Romagna, su iniziativa delle Associazioni dei Familiari e degli Utenti hanno messo in evidenza che la spinta a mantenere invariate le terapie farmacologiche è tuttora molto significativa [13].

Conclusioni

Se la speranza è un farmaco, va somministrato in forma convinta e trasparente.

La somministrazione è qualcosa di molto concreto: si apre la confezione, si estrae la fiala, la si rompe, la si trasferisce nella siringa, si scopre il muscolo, si inietta, si passa un po' di disinfettante, si scrive la data della prossima fiala. Una sequenza di azioni concrete, che possono avere un corrispettivo, altrettanto concreto, se è la speranza che deve essere somministrata: si cercano soluzioni praticabili a difficoltà che sembrano insormontabili, si valorizzano le occasioni di emersione delle capacità ed i piccoli successi, si minimizza l'importanza dei sintomi e li si presenta come comuni esperienze umane, si relativizza l'importanza della diagnosi, si riduce la terapia quando la situazione è rassicurante e quando ci si chiede se – prima o poi – si potrà arrivare a farne a meno, si comunica che le percentuali di guarigione sono buone, se qualcuno dei familiari ce lo chiede, si regala un libro con una storia di guarigione.

La speranza non è un (pio) sentimento, non è una virtù etica: è un programma di azione quotidiano, che deve coinvolgere tutti gli attori, professionali e non, che condividono il percorso che scaturisce dalla sofferenza mentale.

A conferma, non posso non citare un frammento di uno dei tanti scritti che sono stati appena pubblicati dal Collettivo Modenese Le Parole Ritrovate [14] “... *la semplice promessa di un calo del dosaggio dopo due anni dalle dimissioni da una casa di cura può farti vedere un prossimo futuro con un certo ottimismo*” (il titolo di questo contributo è illuminante: “*Cosa ci rende felici*”).

Troppo spesso, i nostri Servizi mettono al centro del discorso e delle proprie strategie le disabilità e la certezza che sono destinate ad accentuarsi,

con il passare del tempo. Ho fatto riferimento alla proposta, che io considero catastrofica, di un riconoscimento di invalidità poche settimane dopo il primo ricovero, come perno formale delle nostre successive proposte “riabilitative”. Come passare dalle pratiche di “ri-abilitazione” alle pratiche di “abilitazione”? Evitando di far coincidere il popolarissimo concetto di “coscienza di malattia” con l’accettazione della pratica per il riconoscimento dell’invalidità? Costruendo budget di salute fondati sul principio del “*job first*”, insieme a quello, già in fase di sperimentazione, dell’*“housing first”*? Chiedendo ai familiari di tollerare l’incertezza sui tempi di recupero, anziché informandoli sui benefici primari e secondari dell’assegno di invalidità?

La percezione dell’altro come “malato” da assistere, consigliare, orientare confligge radicalmente con la percezione dell’altro come persona in difficoltà, da comprendere, sostenere ed accompagnare nel faticoso percorso di attraversamento di un’esperienza di sofferenza che gli cambia la vita. Se si accetta la sfida dell’altro come persona e non come malato, le decisioni fondamentali non possono che essere condivise: nella sostanza e non solo nella forma.

Non posso dimenticare il momento in cui una persona che avevo trattato da malata mi si è avvicinata, nella pausa di un incontro con Ron Coleman, per chiedermi, a bruciapelo: “*Perché si è svegliato così tardi, Dr. Tibaldi?*”. Non credo che – per me o per qualsiasi altro – ci sia un prima e un dopo, ma credo che questa dialettica sia una delle straordinarie opportunità che ci ha dato la riforma della psichiatria italiana. Ci ha offerto la possibilità di fermarci di fronte a questo bivio, in ogni giornata della nostra vita professionale: mi occupo di malati, con il cervello bacato, o di persone in una fase difficile del proprio percorso esistenziale?

Bibliografia

- [1] Saraceno B. Sulla povertà della psichiatria. Roma: DeriveApprodi; 2017.
- [2] Merini A. La Terra Santa. Milano: Scheiwiller; 1984.
- [3] Andreasen N. The broken brain. The Biological Revolution in Psychiatry. New York: Harper & Row; 1985.
- [4] Ciompi L, Dawwalder HP, Agué C. Ein forschungsprogramm zur rehabilitation psychisch kranker. III. Langsschittuntersuchungen zum rehabilitationserfolg und zur prognostik. Nervenarzt 1979; 50: 366-378.
- [5] Benedetti F. La speranza è un farmaco. Come le parole possono vincere la malattia. Milano: Mondadori; 2018.

- [6] Meltzer D & Harris M. Il ruolo educativo della famiglia. Un modello psicoanalitico dei processi di apprendimento. Torino: Centro Scientifico Editore; 1986.
- [7] Hornstein GA. Agnes's Jacket. A psychologist's search for the meaning of madness. Revidet and updated with a new epilogue by the author. New York: Routledge; 2017.
- [8] Tibaldi G & Govers L. Evidence based hope for recovery in "schizophrenia": a common objective for all stakeholders in the mental health field. *Psychosis: Psychological, Social and Integrative Approaches* 2012; 4(2): 105-114. DOI: 10.1080/17522439.2011.584349.
- [9] Tibaldi G. Il gioco vale la candela? Riconsiderare l'uso degli antipsicotici alla luce delle evidenze sugli esiti derivanti dal loro utilizzo a lungo termine. *Rivista Sperimentale di Freniatria* 2016; 115: 43-63.
- [10] Tyrer P. The end of the psychopharmacological revolution. *British Journal of Psychiatry* 2012; 201(2): 168. DOI: 10.1192/bjp.201.2.168.
- [11] Marder SR & Zito MF. "Will I need to take these medications for the rest of my life?". *World Psychiatry* 2018; 17(2): 165-166. DOI: 10.1002/wps.20519.
- [12] Harrow M & Jobe TH. Long-term antipsychotic treatment of schizophrenia. Does it help or hurt over a 20-year period? *World Psychiatry* 2018; 17(2): 162-163. DOI: 10.1002/wps.20518.
- [13] Piazza A, Tibaldi G, Koci A, Saponaro A, Gruppo lavoro "Audit Farmaci Antipsicotici". L'impiego dei farmaci antipsicotici nei Centri di Salute Mentale. Una valutazione condivisa tra professionisti, utenti e familiari. *Sestante Anno III*, 2018; 5: 28-31
- [14] Collettivo Modenese Le Parole Ritrovate. E adesso parliamo noi. Terapia al bisogno per i pregiudizi. Roma: Sensibili alle foglie; 2018.

Per corrispondenza:

g.tibaldi@ausl.mo.it

Copyright © FrancoAngeli

N.B: Copia ad uso personale. È vietata la riproduzione (totale o parziale) dell'opera con qualsiasi mezzo effettuata e la sua messa a disposizione di terzi, sia in forma gratuita sia a pagamento.

L'approccio multidimensionale al recovery nella grave malattia mentale: oltre la dimensione della cronicità

The multidimensional approach to recovery in serious mental illness: Beyond the dimension of chronicity

Paola Carozza *

Riassunto: *Recentemente, la ricerca sta facendo significativi progressi non solo nella comprensione delle diverse funzioni cerebrali, ma anche su come migliorare il controllo dei sintomi, la funzione cognitiva, i comportamenti psicosociali, la qualità della vita e la self-agency nelle persone con malattie mentali gravi e persistenti. In molte di queste aree esistono interventi riabilitativi efficaci e gli esiti di recovery cominciano ad essere maggiormente definiti. È ormai assodato che i pazienti sono eterogenei nel loro percorso di ripresa, il quale si declina in diverse dimensioni, relativamente indipendenti l'una dall'altra. Nell'articolo si propone di definire il recovery in termini di miglioramenti in aree specifiche, piuttosto che a livello globale e generalizzato. Tale approccio potrebbe consentire sia di utilizzare una terminologia più peculiare, per facilitare la comunicazione tra professionisti, pazienti, famiglie, politici e amministratori, sia di superare l'equivalenza cronicità/immodificabilità, dato che la misurazione degli esiti riguarda dimensioni tra loro strettamente correlate. Ciò significa che un paziente non è "cronico", ma funzionale o disfunzionale a seconda dei domini interessati.*

Elemento fondante di quanto finora affermato è il principio dell' "assistenza centrata sulla persona", ispirata alla dimensione olistica, all'individualizzazione e all'integrazione dei trattamenti, al riconoscimento della persona oltre la malattia e alla collaborazione tra tutte le competenze professionali coinvolte nel piano di trattamento. Essa è l'opposto dell' "assistenza centrata sulla malattia" o della "cura centrata sul medico" e si realizza nel "modello organizzativo integrato e orientato al destinatario", strutturato in team interdisciplinari, i cui professionisti provengono da diverse organizzazioni socio-sanitarie e condividono un comune paradigma.

*Dipartimento Assistenziale Integrato di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche, AUSL Ferrara.

Ricevuto il 30.09.2018. Accettato 12.10.2018 Submitted 30.09.2018 Accepted 12.10.2018
RSF (ISSN 1129-6437, ISSNe 1972-5582), VOL. CXLII, 2018, 3

Copyright © FrancoAngeli

N.B: Copia ad uso personale. È vietata la riproduzione (totale o parziale) dell'opera con qualsiasi mezzo effettuata e la sua messa a disposizione di terzi, sia in forma gratuita sia a pagamento.

Parole Chiave: *Cronicità, Multidimensionalità, Recovery, Chronic Care Model.*

Abstract: *Nowadays, research has made significant progress, not only in understanding the different brain functions, but also in improving symptom control, cognitive functions, psychosocial behaviors, quality of life and self-agency in people with severe and persistent mental illnesses. Effective rehabilitation interventions exist in many of these areas and the outcomes of recovery are becoming clearer. It is now well-known that each patient has its own path of recovery, comprising different and relatively independent domains. The author proposes to define recovery highlighting improvements in specific areas, rather than on a global and generalized level. This approach enhances the use of a more precise terminology and facilitates communication – between professionals, patients, families, politicians and administrators – and helps also to overcome the equivalence between chronicity and immutability, considering that outcome measurements take into account closely related domains. Hence, a patient is not to be considered “ontologically chronic”, but ‘functional or dysfunctional’ depending on the domain involved. The author, in this article, underlines the fundamental principle of “person-centered care”, based on a holistic approach, individualized and integrated treatments and professional collaboration. This approach counters “disease or physician centered” care and proposes an “integrated and user-oriented organizational model”, with interdisciplinary teams – from different social or health services – sharing a common paradigm.*

Key Words: *Chronicity, Multidimensionality, Recovery, Chronic Care Model*

Premessa

Storicamente, i principali modelli utilizzati per la comprensione e il trattamento dei disturbi mentali gravi e persistenti sono stati principalmente due: il modello del “broken brain” e il modello del “recovery”. Il primo origina dagli studi sulla neurobiologia della schizofrenia, che hanno evidenziato alterazioni neuropatologiche dei meccanismi cerebrali, associate alla vulnerabilità e alla malattia manifesta. Le suddette alterazioni, insieme al deficit di elaborazione delle informazioni, quasi sempre presente nella suddetta patologia, sono lievi prima dell’insorgenza dei sintomi, ma peggiorano dopo un episodio acuto e progrediscono con il ripetersi delle ricadute. La conseguenza sarebbe una perdita irreversibile del volume del cervello e il deterioramento delle principali funzioni mentali. Il modello del “recovery” si fonda, invece, su una visione più positiva del decorso dei disturbi psichiatrici,

dato che non esclude lo sviluppo di una vita significativa, pur in presenza dei limiti imposti da una condizione morbosa. Tale visione è supportata da studi a lungo termine, che mostrano una costante eterogeneità di decorsi e di esiti del disturbo (miglioramento, peggioramento, completa remissione, stabilità). Sebbene i due modelli possano sembrare contraddittori, essi sono, in realtà, combinabili tra loro più di quanto appaia, dal momento che le neuroscienze, la ricerca clinica e sui servizi e il “recovery movement” stanno affrontando in modo comune le sfide lanciate dalle malattie mentali gravi e persistenti.

Nei prossimi paragrafi sarà proposta una definizione operativa di recovery, al fine di facilitare la comunicazione tra professionisti e fornire una base condivisa per le indicazioni di trattamento e per la valutazione degli esiti. Si cercherà di fare sintesi tra le diverse impostazioni ed accezioni del termine e si perverrà alla conclusione che, avendo la malattia mentale un impatto multidimensionale, anche i suoi decorsi ed esiti, i risultati degli interventi e gli indicatori del processo di ripresa non potranno che essere dimensionali. Un simile approccio sembra favorire l'integrazione sinergica tra gli apporti delle neuroscienze (dimensione neurobiologica) e le strategie di trattamento sulle dimensioni soggettive, psicologiche e funzionali dei pazienti.

È d'obbligo far precedere una breve sintesi della genesi storica del “broken brain model” e del “recovery model”, al fine di comprendere meglio l'origine del concetto di cronicità e di proporre una revisione.

Genesi storica del “broken brain model” e del “recovery model”

Se ci si riferisce alla schizofrenia cronica, sia il “broken brain model” che il “recovery model” hanno profonde radici storiche. Il primo potrebbe essere considerato un'evoluzione dell'originale concettualizzazione di Kraepelin, dove la malattia mentale era vista come progressiva e deteriorante. Tale visione pessimistica è stata rinforzata nel passato dai pochi trattamenti disponibili e dai loro evidenti limiti e, più recentemente, dalla ricerca sulle anomalie cerebrali e dalla teoria dello sviluppo neurologico applicata alla schizofrenia. Quest'ultima postula che specifici fattori eziologici e patogenetici esercitano la loro influenza molto prima dell'inizio del disturbo (probabilmente nel periodo di gestazione), interrompono la normale evoluzione neurale e producono alterazioni di particolari microcircuiti neurali che sono alla base della vulnerabilità e che portano, in stadi successivi, a disfunzioni biologiche e psicosociali. Secondo questo punto di vista, una volta stabilita la diatesi dello sviluppo neurologico della schizofrenia, la malattia procede in modo inesorabile. La visione pessimistica di Kraepelin e l'influenza che ha avuto sulla modalità di definizione della diagnosi, formulata sulla base degli esiti

di deterioramento osservati ex post, sono state contestate da Bleuler, il quale sosteneva che i pazienti con apparente demenza precoce erano un gruppo eterogeneo, affetti non “dalla schizofrenia” ma “dalle schizofrenie” e con esiti altamente variabili. Egli notò che, in alcuni casi, i sintomi subivano una remissione parziale o anche totale e che il funzionamento si ripristinava, quadro da lui definito “guarigione con cicatrici”. A partire dalle prime osservazioni di Bleuler, diversi studi di follow-up a lungo termine hanno confermato l’evidenza dell’eterogeneità di decorso e di esito e la possibilità di remissione sintomatica e di miglioramento funzionale, sia all’inizio della malattia, sia negli stadi successivi. Sono stati proprio i risultati delle suddette ricerche longitudinali a fornire ai sostenitori del “recovery model” la prova della possibilità di ripresa dalla schizofrenia. Ciò nonostante, le evidenze di un declino cognitivo e l’esistenza di anormalità cerebrali strutturali hanno avuto il potere di oscurare gli esiti degli studi di follow-up a lungo termine e di favorire un atteggiamento di nichilismo terapeutico, ancora tuttora profondamente radicato.

Revisione del concetto di cronicità

La citata eterogeneità del decorso e degli esiti, evidenziata dalle ricerche, mette in discussione anche l’obbligata consequenzialità tra cronicità e schizofrenia, spingendo a una revisione dello stesso concetto di cronicità [1].

Secondo lo *Stedman’s Medical Dictionary*, “cronico” indica una malattia lentamente progressiva e a lungo termine, mentre il dizionario Garzanti definisce “cronica” una malattia persistente nell’organismo, priva di manifestazioni acute, ma di difficile guarigione. In termini clinici, la cronicità implica una malattia con esordio non acuto, mentre in patofisiologia “cronico” significa menomazione anatomica, spesso irreversibile. Se queste definizioni vengono applicate alla schizofrenia, emergono controversie concettuali e diversi quesiti, quali: che cosa rende la schizofrenia cronica? Forse la sua permanenza per lunghi periodi, se non per tutta la vita, o la presenza delle gravi disfunzioni a essa correlate? E ancora: la schizofrenia è un disturbo cronico in sé, in senso patofisiologico, o lo diventa dopo un periodo di tempo, a causa di un processo degenerativo continuo? In altre parole, è una patologia del neurosviluppo o è una patologia neurodegenerativa? E infine: qual è il ruolo dei fattori socioambientali nella progressione cronica del disturbo?

Molti autori hanno cercato di rispondere ai quesiti.

Alla luce dell’eterogeneità del decorso e degli esiti, già Crow [2] divise la schizofrenia in “Schizofrenia di Tipo I” (esordio acuto, sintomi positivi predominanti, buona risposta ai neurolettici, decorso reversibile), e

“Schizofrenia di Tipo II”, la quale è più vicina a quella che tradizionalmente si intende per schizofrenia cronica, perché caratterizzata da sintomi negativi, esordio insidioso, scarsa risposta ai farmaci e irreversibilità. Per spiegare le due tipologie furono ipotizzati due diversi processi patologici:

- l'aumento dei recettori dopaminergici per il tipo 1;
- microdanni cerebrali e cambiamenti strutturali del cervello per il tipo 2.

Successivamente, Liddle *et al.* [3] individuarono tre principali disfunzioni all'origine della cronicità:

- povertà psicomotoria (povertà di linguaggio, affetto appiattito e diminuzione della spontaneità), in cui era implicata l'area prefrontale dorsale;
- disorganizzazione (affetto inadeguato, disturbo del pensiero e del comportamento), in cui era implicata l'area prefrontale orbitale;
- distorsione della realtà (allucinazioni e deliri), considerata un riflesso della patologia del lobo temporale.

Resta, comunque, molto diffuso il convincimento che schizofrenia cronica significhi malattia destinata a un progressivo, ineluttabile deterioramento, a prognosi infausta, rispetto alla quale il miglior esito da attendersi è la stabilizzazione dei sintomi e la riduzione delle ricadute. Tale paradigma ha determinato anche diverse conseguenze non solo sul piano della prognosi, ma anche sul significato da dare al concetto di guarigione e sulla percentuale dei pazienti che guariscono. Infatti, se la cronicità è sinonimo di inguaribilità, la guaribilità diventa la condizione opposta alla cronicità, ossia la *restitutio ad integrum* (ripristino dello stato antecedente l'evento morboso) e poiché tale esito è il meno frequente nel decorso della malattia mentale, mettere in contrapposizione l'equazione cronicità = inguaribilità vs guaribilità = *restitutio ad integrum* condanna a una prognosi infausta la maggioranza dei pazienti. Se, invece, per cronicità si intende “malattia a lungo termine caratterizzata da periodi di remissione e periodi di riacutizzazione”, anche se non potrà mai essere raggiunta la guarigione totale (pieno ripristino dello stato funzionale premorboso), sarà da considerare comunque un risultato prognosticamente positivo quello della guarigione parziale, espressa dal livello massimo di riduzione sintomatica e di funzionamento sociale che i pazienti possono raggiungere nei periodi di remissione, pur tenendo conto delle episodiche riesacerbazioni. Tale accezione del concetto di guarigione introduce il paradigma del *recovery* e afferma la conciliabilità tra la malattia cronica, intesa come malattia episodica a lungo termine, e la guarigione parziale, nei termini in cui è appena stata definita.

Nella tabella 1 sono sintetizzati le attitudini e convincimenti supportivi dell'equazione cronicità/incurabilità.

Tab. 1 – Attitudini e convincimenti supportivi dell'equazione cronicità/incurabilità

- L'evidenza di una componente biologica-costituzionale della malattia mentale è la prova di un destino ineluttabile e non un semplice indicatore di più alta probabilità di ammalarsi.
- L'ipotesi che la desocializzazione di molti pazienti sia conseguenza diretta dell'impatto della malattia mentale, a prescindere dai fattori socioambientali.
- Lo stigma sociale.
- Lo stigma internalizzato.
- Le attitudini protettive o iperprotettive dei clinici e dei familiari.
- Il timore dei clinici di illudere il paziente creando false aspettative, se informato sulla possibilità di guarigione.
- La tendenza dei clinici a cautelarsi, imputando gli esiti negativi, alla natura cronica della malattia.
- La mancanza di opportunità per coinvolgere il paziente nelle attività per lui significative.

Fonte: Ramon, Healy, Renouf (2007) [4].

Eziopatogenesi della cronicità

Sono state avanzate due ipotesi per spiegare la genesi della cronicità e il motivo per il quale una malattia, che nella maggioranza dei casi ha un esordio acuto come la psicosi schizofrenica, si trasforma progressivamente in una malattia cronica. La prima è l'ipotesi biologica, la seconda è l'ipotesi psicosociale.

Ipotesi biologiche della cronicità

Diverse sono le congetture biologiche chiamate in causa per motivare il profilo cronico della schizofrenia. Le principali sono basate su tre modelli di sviluppo: il modello neurodegenerativo, il modello del neurosviluppo e il modello del neurosviluppo progressivo [5].

Il modello neurodegenerativo

I cambiamenti strutturali del cervello, quale una sua riduzione di volume, sarebbero successivi all'esordio e rappresenterebbero l'evidenza di una degenerazione progressiva. La presenza, però, di microdanni strutturali anche

prima della malattia e l'assenza di gliosi reattiva nelle zone ove sono stati evidenziati i microdanni disconfermerebbero tale modello.

Modello del neurosviluppo

L'esistenza di alterazioni strutturali premorbose e l'assenza di gliosi reattiva in tali zone hanno fatto ritenere che la schizofrenia fosse un tipo di alterazione dello sviluppo neurologico nel quale le alterazioni delle connessioni neuronali, dovute a uno sviluppo anomalo del cervello, sono la causa dei deficit cognitivi, emotivi e comportamentali. Il circuito cerebellare-talamico-corticale potrebbe essere implicato in questa patogenesi. Ulteriori conferme di questa ipotesi sono: la presenza, nei pazienti, di altre anomalie fisiche minori, come il dato anamnestico di infezioni virali prenatali e di complicanze ostetriche, di alterazioni cognitive e neuromotorie premorbose e di anomalie citostrutturali. Tali deficit, tuttavia, non riescono a spiegare esaurientemente il decorso devastante della malattia.

Modello del neurosviluppo progressivo

Secondo questo modello, la schizofrenia è considerata un disturbo che investe progressivamente lo sviluppo neurologico, così come avviene nell'autismo o nella sindrome di Rhetts, con cui condivide alcune caratteristiche: riduzione del precedente funzionamento, progressione costante, assenza di gliosi reattiva. In questo senso, la schizofrenia potrebbe essere un processo che comincia nel periodo prenatale, progredisce fino a raggiungere una soglia critica, causa una progressiva riduzione dimensionale dell'encefalo e rallenta con l'avanzare dell'età.

Ipotesi psicosociali della cronicità

Il modello biologico della cronicità sostanzia e definisce molto chiaramente gli elementi che costituiscono la cosiddetta vulnerabilità individuale, ma non è sufficiente da solo a spiegare la genesi della malattia, come anche la sua cronicizzazione. Alla luce della crescente importanza attribuita dalle ricerche e dall'esperienza clinica alle modalità di interazione tra l'individuo e l'ambiente e all'influenza che avrebbe lo stesso ambiente sia nel precipitare la malattia, sia nel cagionare le ricadute, sia nel condizionare tanto il decorso cronico quanto i processi di guarigione, è necessario integrare le ipotesi biologiche con quelle psicosociali, al fine di arrivare ad una comprensione maggiore degli elementi che intervengono nel mantenimento della malattia, facendo ovviamente riferimento al concetto di evento stressante. Secondo

Falloon, gli eventi stressanti, che in presenza di una vulnerabilità slatentizzano la malattia, si dividono in due categorie: gli stress ambientali quotidiani e gli accadimenti traumatici eccezionali. Le frequenti ricadute dovute a tali tipi di stress sarebbero responsabili della natura cronica della schizofrenia. Ciompi [6], per spiegare la cronicità, utilizza il modello biopsicosociale, secondo il quale il decorso cronico della malattia è correlato a fattori biologici e psicosociali, che rendono la persona vulnerabile già nella fase premorbosa. Sarebbero poi stressor aspecifici a far precipitare lo scompenso acuto, mentre il successivo decorso, dalla completa remissione al deterioramento severo, dipenderebbe da ulteriori fattori psicosociali.

Anthony afferma che la questione è capire quanto gli effetti a lungo termine disabilitanti (cronicità) siano dovuti alla natura della malattia o alle difformità delle metodiche con cui essa viene diagnosticata e trattata. Ritiene, infatti, che gran parte della cronicità attribuita alla malattia sia dovuta al modo con cui la società e il sistema dei Servizi di Salute Mentale si rivolgono ai pazienti e al loro disturbo. A ciò si aggiungono anche una serie di fattori che concorrono in maniera rilevante alla stabilizzazione della disabilità: parliamo di stigma, povertà, disoccupazione, coartazione delle possibilità di scelta e di autodeterminazione, mancanza di opportunità riabilitative e basse aspettative del personale dei servizi [7]. In linea con questo, altri ritengono che la cronicità non sia tanto una componente endogena della malattia mentale, quanto piuttosto una conseguenza di interventi dequalificati e poco intensivi sulla base del convincimento che sia una patologia incurabile [8, 9].

Definire il concetto di ripresa di salute mentale

Il concetto di recovery, affermato negli USA (e in seguito in tutto il mondo) dal movimento degli “utenti sopravvissuti”, si è profondamente radicato tra i fruitori dei servizi di salute mentale, diffondendosi anche in Italia, sia tra i professionisti clinici sia nel mondo accademico, tanto da diventare uno dei principale obiettivi da perseguire nella prevenzione, cura e riabilitazione delle persone con gravi malattie mentali.

Il termine “recovery”, tuttavia, continua ad essere oggetto di diatribe, e rimane un termine vago, definito in una miriade di modi e utilizzato per descrivere una varietà di processi e risultati. Una delle principali dispute è quella tra le evidenze neuroscientifiche sulle patologie del cervello e i principi affermati dai sostenitori del “recovery model”. Infatti, mentre i neuroscienziati e i clinici ritengono che la ripresa di salute mentale connoti la completa assenza di malattia e di una cura o, quanto meno, la riduzione dei sintomi e il ritorno ai livelli di funzionamento precedenti la malattia acuta,

per i sostenitori del “recovery model” il recupero della salute mentale consiste nella gestione del disturbo e nel ridimensionamento dei suoi devastanti effetti psicologici, tanto da non impedire il raggiungimento di una vita personale significativa e di accettabili standard di realizzazione esistenziale. In questo settore troviamo gli utenti, così come alcuni operatori progressisti della riabilitazione psichiatrica, i quali basano la definizione di recovery su fattori non clinici, spesso difficili da misurare, come l’empowerment, l’autonomia, l’autostima e il superamento della marginalizzazione e dell’autoisolamento. Altri lo collegano alla partecipazione ad attività significative (e socialmente valorizzanti) come l’occupazione o l’istruzione. Altri ancora lo indentificano con una migliore salute fisica e con l’acquisizione di stili di vita più salutari (esercizio fisico, dieta, perdita di peso o cessazione dell’abitudine di fumare).

Queste ultime accezioni del termine implicano speranza, motivazione, responsabilità personale, conseguimento degli obiettivi individuali e partecipazione alla vita sociale, ma non necessariamente assenza di sintomi. Il processo di recovery in questo senso è più complesso, in quanto, pur dipendendo dai trattamenti e dalla loro efficacia (esiti), è anche collegato alla riconquista dei diritti civili, alla riduzione dello stigma, alla costruzione di reti di autoaiuto e alla possibilità di usufruire di opportunità, fattori che vanno ben oltre le definizioni usuali di malattia e anche ben oltre il sistema sanitario dei servizi di salute mentale.

In sintesi, mentre i politici, gli stakeholder, gli utenti e gli operatori progressisti sono prevalentemente in sintonia con il concetto di recovery soggettivo ed esistenziale, gli psichiatri e i neuroscienziati sottolineano, in primis, il recovery clinico (e in parte quello funzionale), mettendo al centro i meccanismi neurobiologici, tanto per la schizofrenia che per le altre forme di malattia. Davidson [10] ha interpretato le due posizioni nel seguente modo: i neuroscienziati e i clinici si muovono sul piano del miglioramento sintomatico nel tempo attraverso la cura (definizione basata sul modello medico: recovery “dalla” malattia); tutti gli altri su quello del diritto di una persona all’autodeterminazione e all’inclusione nella comunità (definizione sostenuta dal movimento degli utenti: recovery “nella” malattia, “in recovering”, nonostante i sintomi e i deficit persistenti).

Date le definizioni proteiformi del concetto di ripresa, con i conseguenti fraintendimenti comunicativi, come possiamo meglio comprendere i legami tra scienza e “recovery model”? Come possiamo pervenire ad una comune definizione di recovery che guidi, in modo più uniforme, i trattamenti e la valutazione degli esiti? Alcuni suggeriscono che la soluzione sarebbe quella di evitare l’uso del termine, considerandolo un ennesimo slogan utilizzato nel settore della salute mentale, piuttosto avvezza ad affermazioni di principio, non sempre seguite da scelte operative. Ignorarlo, però, comporterebbe

sottovalutare la sua importanza e il suo valore per molti utenti e operatori e non risponderebbe al monito, proveniente da diversi governi e anche da associazioni scientifiche, di introdurre nelle pratiche dei servizi anche l'obiettivo del recupero della salute mentale (parziale o totale) e di approfondire la ricerca sulle possibilità di guarigione di chi è affetto da disturbi psichiatrici. L'alternativa è cercare di definire con maggiore specificità e coerenza il termine *recovery*, basandosi sull'utilizzo di indicatori che lo qualificano meglio. Vengono in soccorso le ricerche con l'apporto di due acquisizioni fondamentali, quali:

- Le persone con malattia mentale sono molto eterogenee per quanto riguarda le varie dimensioni di *recovery*, a volte relativamente indipendenti l'una dall'altra, a volte strettamente interdipendenti.
- Gli interventi attualmente disponibili e dimostratisi efficaci per la dimensione clinica e funzionale sono di solito migliorativi, piuttosto che curativi, e validi solo per una parte di pazienti.

Poiché il significato di *recovery* manca di precisione (e quindi promuove ambiguità e confusione), molti Autori suggeriscono di misurarlo in termini di miglioramenti in domini specifici, piuttosto che a livello globale (per esempio, "recupero del funzionamento cognitivo" o "recupero del funzionamento professionale", anziché miglioramento complessivo), misurando i progressi in determinate aree. In tal modo, pur restando l'obiettivo della ripresa centrale nella pratica psichiatrica, gli esiti, riferendosi a distinte dimensioni, sarebbero indicativi di guarigione parziale e non di guarigione totale. Simile approccio dovrebbe consentire a tutti coloro che sono coinvolti nel processo di cura, di acquisire un paradigma comune per interpretare i risultati dei trattamenti e orientare la ricerca nel settore.

Se si fa riferimento agli esiti di un *recovery* parziale e misurato in aree specifiche (sintomi, cognizione, qualità della vita, capacità di *self-agency*, etc.), dovrebbe anche essere più facile per i professionisti della salute mentale individuare e trasmettere, in modo più chiaro, i risultati e gli obiettivi del trattamento ai pazienti, ai familiari, ai politici e agli amministratori e di colmare il gap tra il concetto di ripresa sul piano esistenziale/funzionale/sociale e gli importanti progressi nelle neuroscienze.

Nella logica di un approccio dimensionale, Jacobson e Greenley [11] hanno proposto un modello di *recovery* fondato su "condizioni interne ed esterne". Le prime si riferiscono alla speranza, alla guarigione, all'empowerment e alla connessione con gli altri. Le seconde riguardano i diritti umani, i fattori sociali favorevoli alla guarigione, l'efficacia dei trattamenti e le competenze dei professionisti.

L'approccio dimensionale al recovery

L'approccio dimensionale al *recovery* tende a delineare le sue aree specifiche e le

sue componenti peculiari. A tal fine, possono essere considerati cinque domini, tra loro strettamente interconnessi: clinico, esistenziale, funzionale, sociale e fisico, riassunti nella Tabella 2, dove sono elencati anche i soggetti coinvolti e gli esiti misurabili, correlati con i diversi domini.

L'approccio non intende essere esaustivo, ma ha lo scopo di arricchire le attuali conoscenze con una visione più ampia del concetto di recovery, articolando con maggiore chiarezza le sue distinte componenti.

Tab. 2 – Principali dimensioni in cui si articola e si misura il recovery

Dimensioni	Fattori coinvolti	Soggetti coinvolti	Esiti misurabili
Clinica	Sintomi Cure mediche Psicofarmaci Terapie psicologiche e comportamentali	Psichiatri MMG Infermieri Case manager Équipe di trattamento Psicologi clinici	Riospedalizzazioni Aderenza alle cure Severità dei sintomi
Esistenziale	Religione e spiritualità Self-agency e self-efficacy Empowerment	Leaders religiosi Pari Familiari e amici Case manager Psicologi clinici	Speranza Benessere emotivo Benessere spirituale Senso di self-efficacy e di autonomia Senso di empowerment
Funzionale	Lavoro Istruzione Casa	Case managers Specialisti nel supporto abitativo, lavorativo e scolastico Assistenti sociali Insegnanti ed educatori	Ottenere e mantenere un lavoro Iniziare e completare un corso di studi Ottenere e mantenere un alloggio sicuro
Fisica	Dieta Esercizio fisico Fumo Abuso di sostanze	Nutrizionisti Istruttori Specialisti nella dipendenza da sostanze	Assunzione di calorie Peso e circonferenza Abuso di sostanze
Sociale	Famiglia Amici Pari Attività sociali	Familiari ed amici Case manager Assistenti sociali Leader sociali Leader religiosi Pari	Supporto sociale Attività sociale Senso di appartenenza Integrazione sociale Cittadinanza

Fonte: Whitley, Drake, 2010 [12].

Il **recovery clinico** si riferisce alla riduzione e al controllo dei sintomi, in modo che non invadano completamente la vita della persona e la rendano incapace di articolarsi socialmente. A tal fine si utilizzano farmaci psicotropi, i quali si sono dimostrati efficaci nel migliorare le funzioni biologiche nel cervello degli adulti con schizofrenia, anche se maggiormente negli stadi iniziali rispetto a quelli cronici. Recenti studi sugli agonisti nicotinici riportano che la loro utilizzazione ottimizza la funzione di gating sensoriale, mentre gli agonisti della dopamina sembrano aumentare il flusso sanguigno e il metabolismo nella corteccia frontale. Inoltre, stabilizzanti dell'umore, antidepressivi e alcuni antipsicotici appaiono promuovere la crescita delle cellule neurali e gliali. Nello specifico, la somministrazione di stabilizzatori dell'umore selettivi (ad esempio il litio) [13] e di antipsicotici (ad es., farmaci di seconda generazione, come la clozapina) [14] potrebbero attenuare la perdita della materia grigia cerebrale o, addirittura, anche aumentarne il volume. La ricerca recente suggerisce, inoltre, che a livello cellulare i farmaci migliorano la funzione neurochimica e che gli interventi basati sull'apprendimento, come il training cognitivo, possono incrementare la connettività neurale.

Nella fase iniziale della psicosi, gli interventi mirano ad eliminare i sintomi (remissione completa) e a prevenire future ricadute. Esiste evidenza, infatti, che per la maggior parte dei pazienti al primo episodio, i farmaci antipsicotici e i trattamenti psicosociali basati sull'evidenza possono portare ad una riduzione sostanziale dei sintomi positivi, mentre l'azione sui sintomi negativi è molto meno chiara. Anche per quanto riguarda la prevenzione dalle recidive, la combinazione di farmaci di ultima generazione e di interventi psicosociali (trattamento assertivo di comunità, psicoeducazione familiare, interventi per lo sviluppo della motivazione al cambiamento e dell'aderenza alle cure, training di competenza sociale e di problem solving e apprendimento di strategie per individuare i segnali precoci di malattia) diminuisce la probabilità di nuovi episodi psicotici acuti nella maggior parte dei casi. Tali considerazioni sono tratte dal dato che circa il 90% dei pazienti è soggetto ad almeno una ricaduta psicotica entro cinque anni, in parte anche a causa della mancata offerta di interventi basati su evidenze e della limitata diffusione delle terapie efficaci disponibili.

A dimostrazione di quanto sia necessario applicare più tipologie di terapie, studi sull'efficacia degli interventi cognitivo-comportamentali evidenziano che essi sono appropriati per ridurre l'impatto funzionale dei sintomi psicotici positivi residuali, nonché per diminuire i sintomi negativi, laddove i primi non sono aggredibili dai farmaci.

Il recovery clinico è un obiettivo tradizionalmente perseguito dagli psichiatri che, però, devono collaborare con il case manager, con l'assistente sociale e con lo psicologo al fine di rendere operativo il trattamento integrato.

Infine, è bene ribadire che, alla luce del principio dell'interdipendenza tra i diversi domini del funzionamento umano, sul quale si basa la medicina olistica, il recovery clinico può essere fortemente influenzato dai risultati perseguiti dai trattamenti e dalle strategie di inclusione sociale nelle altre quattro dimensioni descritte di seguito.

Il processo di **recovery esistenziale** comprende molte delle componenti riportate nella definizione della SAMHSA (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2012)¹, quali speranza, responsabilità, auto-direzione ed empowerment. Tali elementi identitari e personologici consentono di sentirsi padroni della propria vita e meno soggetti alla dittatura di una malattia incontrollabile o alla prevaricazione dei propri simili o degli stessi servizi di salute mentale. Il lavoro del case manager e il supporto dei pari possono facilitare il recovery esistenziale, il quale include anche aspetti come la religione, la spiritualità, la ripresa di significati e valori. Spesso, infatti, la perdita di speranza o il senso di abbandono sperimentati da molte persone con gravi malattie mentali, soprattutto nella fase cronica, sono alleviati dalla presenza di una guida spirituale o dall'appartenenza ad una comunità religiosa. I servizi di salute mentale dovrebbero valorizzare tali movimenti identitari ed essere sensibili ai bisogni esistenziali dei pazienti, diventando, così, più efficaci nel favorire processi di ripresa.

Per quanto riguarda la qualità della vita, altra componente fondamentale del recovery esistenziale, si può affermare che il trattamento può migliorarlo attraverso i suoi effetti su altri esiti (ad es., riduzione dei sintomi e/o miglioramento delle funzioni cognitive). Infatti, gli interventi che aumentano il controllo dei sintomi, senza incremento degli effetti collaterali, e quelli che aiutano i pazienti ad avere comportamenti socialmente più adeguati rendono, nel contempo, anche la vita stessa dei pazienti più accettabile e sopportabile. Ciò è evidente, per esempio, quando le persone con grave disabilità psichiatrica riescono ad ottenere un lavoro attraverso i programmi di supported employment, raggiungendo esiti di successo (miglior funzionamento professionale) e di soddisfazione (aumento del reddito).

Ma il recovery esistenziale non si limita al risultato di un migliore benessere soggettivo, dato che implica anche un maggior livello di self-agency, consistente nell'assumersi le responsabilità della propria vita e nel prefiggersi obiettivi personali. La riabilitazione psichiatrica, se intesa come processo di trattamento orientato alla persona, e non solo come un mero addestramento, è un prezioso supporto in tal senso.

¹ Un processo di cambiamento attraverso il quale gli individui conducono una vita autodeterminata, aumentano la loro salute e il loro benessere e si sforzano di realizzare le loro piene potenzialità (SAMSHA, 2012.)

Una delle pratiche psicosociali Evidence Based (EB) più efficaci per sviluppare il senso di self-agency è l'illness Management and Recovery, il cui scopo è di fornire ai pazienti cronici le abilità e i supporti per tenere sotto controllo la loro malattia e per condurre una vita più autodiretta e consapevole.

I suoi obiettivi sono:

- Ridurre i sintomi e le ricadute della malattia.
- Superare la demoralizzazione, la passività e lo stigma, guadagnando un senso di autoefficacia, nella misura in cui si affronta la malattia con successo.
- Apprendere le abilità per autogestire la propria malattia, che si traduce, anche qui, in un senso di self-agency, favorente il raggiungimento degli obiettivi personali.
- Ottenere informazioni sulla propria malattia e indicazioni sui trattamenti farmacologici e psicosociali disponibili.
- Decidere insieme al medico quali farmaci assumere e imparare a usarli in maniera affidabile. Ciò rende i pazienti utilizzatori informati della terapia farmacologica.
- Partecipare attivamente allo sviluppo e al raggiungimento degli obiettivi personali.
- Nutrire speranza e ottimismo realistici, confidando di tornare a svolgere significative attività quotidiane.

In sintesi, apprendendo le abilità di autogestione della malattia, i pazienti vengono messi nella condizione di sentirsi in grado di tenere sotto controllo i loro sintomi, anziché sentirsi in loro balia.

Il **recovery funzionale** implica la possibilità di partecipare con successo alle attività di vita quotidiana e sociale e di trarne i relativi benefici, quali umore migliorato, aumento dell'autostima e maggiore integrazione nella comunità. Presupposti fondanti del recovery funzionale sono l'occupazione, l'alloggio e l'istruzione, dato che le persone con gravi malattie mentali spesso perdono il lavoro o, se si ammalano in giovane età, non terminano i corsi scolastici. Operatori formati specificamente sui programmi di lavoro e istruzione supportati possono aiutare i pazienti a realizzarsi in tali aree di vita. Allo stesso modo, chi ha disturbi psichiatrici spesso vive in alloggi precari o in condizioni di vagabondaggio e marginalità. I programmi di sostegno all'abitare mirano a dotare tali pazienti di un alloggio stabile e di supporti adeguati. Tali sostegni sono in genere offerti dagli stessi servizi di salute mentale, in collaborazione con il privato sociale e gli Enti Locali.

Fondamentali per lo svolgimento dei ruoli sociali e indicative del recovery funzionale sono le funzioni cognitive, spesso compromesse nei pazienti, sia all'esordio sia negli stadi successivi del disturbo. I deficit cognitivi sono anche

difficilmente eliminabili, soprattutto quando precedono già il primo episodio di psicosi. Sebbene la ricerca sulla remissione dei sintomi cognitivi sia ancora in fase iniziale, gli studi suggeriscono che essi possono essere ridotti (ma non completamente eliminati) dai farmaci antipsicotici di seconda generazione, dal rimedio cognitivo e, in qualche misura, anche dalla psicoterapia di supporto. È stato dimostrato che anche modesti progressi delle funzioni cognitive sono sufficienti per migliorare il funzionamento sociale, educativo e lavorativo. Le evidenze derivanti da tecniche di neuroimaging evidenziano che i training cognitivi riescono persino a cambiare il modo in cui il cervello elabora le informazioni, apportando ai pazienti benefici immediati, come una maggiore velocità di apprendimento, l'affinamento della cognizione sociale e un incremento della capacità funzionale. Restano, però, da dimostrare gli effetti a lungo termine di tali trattamenti.

La riabilitazione psichiatrica, con i relativi trattamenti psicosociali EB, è la strategia di elezione per il recupero della capacità funzionale, la quale ha come focus lo sviluppo di comportamenti adeguati alla vita indipendente, ad un'occupazione competitiva, alla crescita scolastico/educativa, al miglioramento dei rapporti familiari e alla costruzione di relazioni sociali significative. All'interno di tale approccio, sono compresi il training delle abilità, la psicoeducazione, le terapie cognitivo-comportamentali, le terapie di potenziamento cognitivo e i supporti per l'espletamento dei ruoli sociali. I farmaci, pur non avendo un impatto diretto sulla performance funzionale, possono, però, facilitare la partecipazione dei pazienti al processo riabilitativo. La ricerca ha ampiamente provato l'efficacia della riabilitazione psichiatrica e la rilevanza dell'obiettivo di condurre una vita indipendente per la grande maggioranza delle persone con schizofrenia cronica. A conferma di ciò, gli studi sui programmi di "supported housing" riportano che oltre il 90% dei soggetti schizofrenici può vivere in alloggi indipendenti, senza dover necessariamente transitare in gruppi-famiglia gestiti dai servizi di salute mentale, a condizione, però, che possano fruire di supporti adeguati, flessibili e personalizzati. La capacità di vivere in normali appartamenti urbani, indipendenti dalle istituzioni, è stata dimostrata anche per individui che sono cronicamente senza fissa dimora. La percentuale minoritaria di pazienti che non riesce a vivere autonomamente fallisce in tale obiettivo non tanto per la presenza di una malattia mentale, quanto piuttosto per l'abuso di sostanze, per le condizioni mediche in comorbilità, per tratti marcati di disturbo antisociale di personalità o per supporti insufficienti/o inadeguati.

Anche l'occupazione e l'istruzione si sono dimostrate essere obiettivi realistici e vantaggiosi per la maggior parte delle persone con schizofrenia cronica. In particolare, il lavoro supportato, fondato su sostegni appropriati per la ricerca di posti di lavoro, possibilmente rispondenti alle preferenze

personali, e per il mantenimento dell'occupazione, una volta ottenuta, ha un solido sostegno empirico. Tale modello si è dimostrato efficace anche per i pazienti con gravi disabilità e per quelli con patologie mediche concomitanti. Nonostante i dati della letteratura e l'esperienza di tantissimi operatori dei servizi di salute mentale, secondo cui circa il 70% o più dei partecipanti a un programma di lavoro supportato può ottenere un lavoro, anche se non competitivo o a tempo pieno, gran parte dei pazienti è disoccupata e pochissimi smettono completamente di ricevere la pensione di invalidità, in seguito ad un'assunzione.

Per quanto riguarda, invece, i limiti nella performance lavorativa, i fattori che rendono il modello di lavoro supportato meno efficace di quanto potrebbe esserlo in teoria sono i gravi deficit cognitivi, i sintomi negativi, se diventati stabili nel repertorio comportamentale, lo stigma interno, la mancanza di motivazione e i disincentivi rappresentati dai sistemi previdenziali.

Passando ai programmi di educazione supportata, la ricerca ha destinato loro un'attenzione molto minore rispetto a quella dedicata ai programmi di occupazione o di abitazione supportate, pur se i principi sono gli stessi, le tecniche simili e, a volte, sono offerti entrambi in modo integrato. È bene sottolineare che il principio di fondo degli ambienti supportati (supported employment, supported housing e supported education) è quello di reintegrare i pazienti in un ruolo sociale valido, possibilmente prima che la disabilità si sia inesorabilmente stabilizzata.

Circa il miglioramento delle relazioni sociali, altro elemento fondante del recovery funzionale, la ricerca è molto controversa. È noto che il training delle abilità sociali dovrebbe aiutare i pazienti con schizofrenia cronica a migliorare la loro performance comportamentale e che l'esito deve essere misurato non nel setting di cura, ma nella reale vita quotidiana. Tuttavia, dopo più di 40 anni di ricerca, l'efficacia del Social Skills Training rimane dubbia e la sua influenza sui comportamenti negli ambienti naturali (scuola, casa, lavoro, famiglia, etc.) non è così incisiva. La pratica in vivo delle abilità comunicative ed affilative fin dall'inizio della presa in cura e il coinvolgimento delle figure significative, come supporto e rinforzo ai comportamenti di successo, sembrano essere aggiustamenti che aumentano la probabilità di conseguire risultati promettenti.

Altri approcci esistenti, finalizzati ad aiutare le persone con schizofrenia cronica a raggiungere i loro obiettivi personali (supporto dei pari, socializzazione supportata, centri di recovery, clubhouse, etc.), non sono ancora stati studiati rigorosamente. Esistono, invece, maggiori evidenze circa gli interventi familiari, come quello psicoeducativo, dimostratosi efficace nel ridurre l'espressione delle emozioni negative e il conflitto all'interno della famiglia, tramite cambiamenti di stili comunicativi e comportamentali, aventi

come risultato il miglioramento dei rapporti tra i genitori e figli, tra i partner della coppia genitoriale e anche tra i fratelli.

Per ultimo, la ricerca ha dimostrato che il training per lo sviluppo delle abilità cognitive (CRT), interventi di adattamento e di compensazione ambientale (CAT) e training di Cognizione Sociale possono sia ridurre i deficit neurocognitivi, sia ottimizzare la capacità di interpretare correttamente i segnali provenienti dagli altri e dalla propria interiorità, migliorando i comportamenti in una varietà di contesti. Data l'importanza della cognizione per una buona articolazione sociale, tali pratiche sono essenziali nella dimensione del recovery funzionale.

Il **recovery fisico** si riferisce ai miglioramenti nella dimensione della salute fisica e del benessere psicofisico, dato che le persone con gravi malattie mentali hanno frequentemente anche condizioni di comorbidità, come l'obesità, il diabete, i disturbi respiratori, le malattie cardiovascolari e i disturbi epatici, tutti predittivi di una aspettativa di vita significativamente più bassa della popolazione generale. Le patologie citate possono essere il risultato di fattori legati allo stile di vita, come dieta povera, fumo, abuso di sostanze, comportamenti sessuali a rischio e mancanza di esercizio fisico. Molti di questi comportamenti sono fortemente influenzati anche da fattori socio-ambientali (vivere in zone isolate o in quartieri ad alto tasso di criminalità), mentre la salute fisica risente anche dagli effetti collaterali metabolici e neurologici associati all'uso a lungo termine di farmaci antipsicotici. Il recovery fisico può essere facilitato da un approccio di team interprofessionale (psichiatri, insegnanti di educazione fisica, nutrizionisti e consulenti dei servizi delle dipendenze patologiche). Le definizioni esistenti di recovery tendono a "snobbare" il benessere fisico o a non menzionarlo esplicitamente, anche se è una dimensione di eguale, se non maggiore, rilevanza rispetto alle altre.

Il **recovery sociale** si riferisce al senso di appartenenza alla comunità. Molte persone con gravi malattie mentali si trovano in una condizione di esclusione sociale, avendo interrotto le relazioni con la famiglia, con gli amici e con altri significativi. Tale condizione di isolamento facilmente porta ad un incremento di abuso di sostanze e rinforza la tendenza alla suicidalità. Altra conseguenza della malattia mentale sul piano sociale, anch'essa fortemente penalizzante, è l'incapacità a svolgere ruoli genitoriali, con la conseguenza, nei casi estremi, di subire procedimenti di affido, di adozione o di tutela legale dei figli.

Al contrario, il recovery sociale comporta l'instaurazione e il mantenimento di relazioni gratificanti con familiari, amici, colleghi e altre figure importanti, come per esempio quelle dei pari, il cui sostegno può essere molto importante

per recuperare o costruire ex novo la dimensione di cittadinanza. Quest'ultima implica anche fattori come l'impegno in un'attività collettiva (ad es., lo sport) e la partecipazione ad iniziative della propria comunità. Operatori, case manager e psicologi sono le figure più appropriate ad aiutare i pazienti ad espandere la rete di amicizie/conoscenze e a ripristinare ruoli validi, utilizzando specifiche pratiche basate sull'evidenza che sviluppano abilità sociali e rafforzano i legami con il proprio contesto. Anche i leader religiosi, nonché figure autorevoli e riconosciute, possono sostenere il recovery sociale, coinvolgendo gli utenti nelle loro organizzazioni, con concreti atteggiamenti di accettazione e di valorizzazione.

Le cinque dimensioni descritte sono quasi sempre sovrapposte e possono influenzarsi reciprocamente. Ad esempio, l'occupazione (recovery funzionale) può portare all'inclusione in reti sociali positive (recovery sociale), che, a sua volta, sviluppa speranza e aumenta il senso di responsabilità individuale (recovery esistenziale); tutti questi fattori, infine, possono integrarsi tra loro per ridurre i sintomi (recovery clinico). Ci sono, quindi, interrelazioni mutualmente vantaggiose tra le diverse dimensioni di recovery che producono un esito probabilmente superiore a quello che si otterrebbe se si prendesse in considerazione una sola dimensione.

Un quesito posto dal modello dimensionale è se alcune dimensioni siano più importanti di altre e se la priorità vada data al recovery clinico, come sappiamo preminente per i professionisti, ma non sempre per gli utenti e per i loro familiari. Dovrà essere pertanto approfondito come le preferenze dei fruitori dei servizi e dei loro terapeuti possano armonizzarsi, tenendo conto delle cinque dimensioni proposte, le quali saranno anche da considerare nella riconfigurazione dei servizi di salute mentale, affinché questi ultimi diventino veramente orientati alla ripresa e centrati sull'utente.

In questo senso, elemento fondante è il principio dell'"assistenza centrata sulla persona", basata sulla trasparenza nella comunicazione tra sanitari e pazienti, sull'individualizzazione dei trattamenti, sul riconoscimento dell'essere umano oltre la malattia, sulla legittimazione della sua capacità di scelta in tutti gli aspetti che lo riguardano, sul rispetto nei suoi confronti e sulla difesa della sua dignità. L'"assistenza centrata sulla persona" è l'opposto dell'"assistenza centrata sulla malattia" o della "cura centrata sul medico" e si declina nel "modello organizzativo integrato, centrato sul destinatario", meritevole di una breve trattazione e descritto nel seguente paragrafo.

Il modello organizzativo a supporto del concetto multidimensionale di recovery: i programmi integrati centrati sul destinatario

Il paradigma multidimensionale, utilizzato per definire e misurare il processo di ripresa dalle malattie mentali, anche nello stadio di stabilizzazione cronica, può avere rilevanti ricadute organizzative. Infatti, se consideriamo il recovery un percorso di recupero che si declina su cinque dimensioni – clinica, funzionale, esistenziale/soggettiva, fisica e sociale – il suo perseguimento avrà bisogno di almeno tre tipi di competenze professionali (farmacoterapica, psicologica e riabilitativa) e di un modello organizzativo fondato sulla visione olistica della persona, sull'integrazione interprofessionale di tutti i servizi e i soggetti coinvolti nel piano di trattamento del paziente.

Attualmente, il modus operandi più diffuso nei servizi di salute mentale è offrire un'assistenza psichiatrica «disintegrata» e «monodimensionale», caratterizzata da separatezza tra i singoli professionisti o tra le diverse Unità Operative che compongono i Dipartimenti di Salute Mentale. In tale modalità di intervento, i diversi operatori (e, quindi, i diversi servizi) lavorano in modo separato tra loro, l'uno non sa l'obiettivo dell'altro e viene affrontata solo la conseguenza biologica o solo quella esistenziale o solo quella funzionale/sociale della malattia mentale. È bene ribadire che, quando si adotta un monotrattamento (prevalentemente quello psicofarmacologico), i pazienti hanno una remissione dei sintomi e delle ricadute, ma restano sostanzialmente disfunzionali e desocializzati [15].

Uno dei motivi per cui tale prassi è così diffusa sono le barriere professionali, le più invisibili ma le più significative nell'ostacolare un'offerta di cura continuativa e coerente in tutte le sue componenti (differenze di training, differenze di linguaggio, differenze di aspettative, differenze di paradigma, differenze di stato e di potere, differenze economiche). I loro effetti non sono irrilevanti, dato che potenziano l'abitudine ad operare in modo settoriale e prestazionale, con il risultato di rendere incerta la qualità dell'intervento, depotenziare o duplicare gli sforzi e distribuire i servizi disponibili in modo iniquo [16, 17].

Come è stato già ampiamente affermato, la necessità di integrare diversi trattamenti e diverse competenze professionali nasce dall'impatto multidimensionale della malattia mentale e, quindi, dalla natura multidimensionale degli esiti di ripresa. Il modello di intervento che ne scaturisce ha le seguenti caratteristiche (Tab.3):

Tab. 3 – Caratteristiche del trattamento integrato

- Omnicomprensivo:
 - Necessità di intervenire su diverse dimensioni: biologiche, esistenziali, funzionali, fisiche e sociali.
 - Necessità di intervenire su diverse aree di vita: lavoro, scuola, famiglia, abitazione, spazio sociale e ricreativo.
 - Necessità di intervenire sulle comorbilità fisiche.
- Sistemático: condotto con regolarità e con precise metodologie.
- Intensivo: caratterizzato da interventi non diradati nel tempo.
- Assertivo: riproposto costantemente anche in presenza di rifiuti e di drop-out.

L'offerta di un trattamento integrato necessita, però, di un nuovo paradigma organizzativo, centrato sul paziente e sui servizi. Tale scelta è d'obbligo nella misura in cui si sta assistendo ad un drammatico incremento di pazienti con necessità di trattamenti sinergici multidimensionali e interprofessionali, superando la presa in carico delle singole Unità Operative o dei singoli professionisti (fallimento del modello di intervento sequenziale o parallelo).

Il “programma integrato centrato sul destinatario” ha le seguenti caratteristiche:

- È un modello di presa in cura in cui sono coinvolte le competenze necessarie, a prescindere dal servizio di appartenenza (CSM, SERT, UONPIA, SPDC, Servizi Sociali, Consultorio, MMG, etc.)
- È strutturato in incontri sistematici con tutti i professionisti implicati nel piano di trattamento.
- La valutazione dei bisogni di cura è multidimensionale.
- Si ragiona sugli esiti da raggiungere e non su una generica presa in carico.
- Ognuno dei professionisti coinvolti definisce l'esito sul quale lavorare.
- Ognuno dei professionisti coinvolti definisce il trattamento più appropriato per perseguire l'esito.

Nel “programma integrato centrato sul destinatario” sono chiamate in causa, oltre alle competenze sanitarie, anche quelle sociali, data la stretta interazione dei fattori ambientali con i fattori neurobiologici nella genesi della malattia come nel recupero della salute.

Infatti, come è stato evidenziato nella descrizione del recovery funzionale e sociale, una casa adeguata, un lavoro utile, gli opportuni sussidi economici

e la possibilità di frequentare attività di tempo libero sono tutti fattori che insieme, o anche isolatamente, contribuiscono all'“affrancamento” dalla malattia mentale e che, insieme, possono fare la differenza tra l'aver un futuro o non averlo.

In questo senso vanno tutte quelle iniziative istituzionali che, attraverso la messa a disposizione di risorse sociali adeguate, favoriscono l'inclusione sociale e lo svolgimento di validi ruoli. Quando si parla di risorse sociali ci si riferisce di solito a: persone (sindaci, amministratori, datori di lavoro, insegnanti, condomini, istruttori sportivi, membri di associazioni, amici, pari, etc.), luoghi (abitazioni, posti di lavoro, centri sportivi, corsi di formazione, luoghi ricreativi, etc.), somme economiche (sussidi). Le risorse sociali sono fondamentali anche per l'ultima fase del processo di riabilitazione psichiatrica, ossia quella dell'applicazione negli ambienti reali delle abilità apprese nei programmi riabilitativi (generalizzazione delle abilità).

Ma anche quando le risorse sono disponibili e offerte con modalità coordinate, non sono sufficienti, da sole, a contrastare l'esclusione sociale se la modalità di operare dei servizi, tanto quelli sanitari che quelli sociali, non cambia radicalmente a favore di una interprofessionalità, fondata su un paradigma e su una cultura comuni.

Nel modello integrato di intervento vanno anche compresi i MMG, i quali possono contribuire a intercettare tempestivamente i giovani all'esordio, a monitorare più accuratamente i pazienti psichiatrici con comorbidità fisica e a indirizzare ai servizi di salute mentale coloro che soffrono di disturbo psichiatrico ma che non stanno ricevendo assistenza specialistica.

Il modello organizzativo dei “programmi integrati centrati sul destinatario” si applica tutte le volte che un paziente ha bisogno di diversi servizi o di diverse competenze, presenti in uno stesso servizio. Perché sia efficiente, è necessario che le professionalità messe in campo siano sinergiche e che il passaggio di informazioni e di pareri clinici tra i diversi sistemi e professionisti sia fluido. A tal fine, è necessario un coordinatore del team interdisciplinare che riunisca sistematicamente il gruppo curante per la revisione del piano di trattamento e si accerti che gli operatori stiano comunicando tra loro e siano tutti al corrente degli obiettivi perseguiti dai colleghi.

Nella tabella 4 sono sintetizzati i vantaggi e le criticità del modello.

Tab. 4 – Vantaggi e criticità del “programma integrato centrato sul destinatario”.**Vantaggi dell’integrazione:**

- Ridurre la frammentazione, l’incoerenza e la duplicazione degli interventi.
- Non far gravare sul paziente e sui suoi familiari in compito di collegare due o più servizi o due o più professionisti.
- Focalizzarsi sulla persona, vista come “intera” nel contesto in cui vive.
- Pervenire ad un’organizzazione “guidata” da valori, in cui gli operatori psichiatrici e quelli delle altre agenzie-partner lavorano secondo obiettivi e principi condivisi.

Criticità

- In capo allo stesso clinico grava sia la responsabilità degli interventi specifici sia quella degli interventi relativi alle funzioni generaliste (consulenza ai colleghi ospedalieri e ai MMG, psichiatria legale, copertura dei turni di guardia dei servizi territoriali e del SPDC). Le due funzioni spesso entrano in conflitto.
- Le istituzioni sanitarie italiane fanno fatica ad incorporare lo stile di lavoro di team, perché tradizionalmente fondate sul lavoro individuale del singolo professionista e sul concetto di prestazione settoriale.
- Lo stile di lavoro interdisciplinare e multidimensionale comporta modifiche radicali nel proprio modo di operare, non sempre accettate dalla cultura istituzionale, quali:
 - Funzione di «staff management» dei dirigenti consistente nella valutazione dei livelli di competenza e della motivazione del personale.
 - Centralità del sistema di cura e non delle singole prestazioni.
 - Posizione proattiva e responsabilità degli esiti anche da parte delle figure professionali non mediche.
 - Cura nel passaggio delle informazioni da un servizio ad un altro o da un professionista ad un altro.

Conclusioni

Nell’ultimo decennio, la ricerca sul trattamento delle malattie mentali croniche si sta sempre più concentrando sul concetto multidimensionale di recovery. Esistono evidenze, infatti, che le persone con malattie mentali gravi e persistenti sono significativamente eterogenee nelle dimensioni

biopsicosociali su cui impatta la malattia e che tali dimensioni sono esse stesse interdipendenti l'una dall'altra. Come accennato, si stanno facendo notevoli progressi nella comprensione della struttura cerebrale e su come migliorare il controllo dei sintomi, la funzione cognitiva, i comportamenti psicosociali, la qualità della vita e la self-agency. La ricerca ha dimostrato che gli interventi di cui disponiamo sono efficaci per dimensioni peculiari della malattia e per specifiche funzioni, sono di solito migliorativi piuttosto che curativi e funzionano solo per una parte dei pazienti.

Gli studi palesano anche evidenti limiti da colmare, dovuti soprattutto al fatto che la nostra conoscenza della neurobiologia, della fisiopatologia e dell'eterogeneità delle malattie mentali è ancora incompleta, come anche quella relativa all'efficacia dei trattamenti, i quali, anche quando predicono esiti significativi, sono diffusi e adottati in ritardo rispetto all'esordio della malattia mentale e sono non fruibili dalla grande maggioranza dei pazienti.

Infine, l'impatto multidimensionale delle malattie mentali e la contestuale natura multidimensionale del recovery stanno mettendo profondamente in crisi il tradizionale modello organizzativo dei servizi di salute mentale italiani, strutturati secondo un'organizzazione "a canne d'organo", con un approccio di cura "monodimensionale" e "disintegrato". In tal senso, il nostro sistema di cura va profondamente ripensato a favore dell'adozione di un modello di intervento trasversale non solo alle Unità Operative dei Dipartimenti di Salute Mentale, ma anche ai diversi servizi sanitari e sociali coinvolti (DCP, ASP), caratterizzato dal superamento delle barriere organizzative e professionali e dall'adozione di un lavoro di rete interdisciplinare.

Bibliografia

- [1] Harding CM, Zubin J, Strauss JS. Chronicity in schizophrenia: revisited. *British Journal of Psychiatry* 1992; 18:27-37. DOI:10.1192/S0007125000298887.
- [2] Crow TJ. Molecular pathology of schizophrenia. More than one disease process? *British Medical Journal* 1980; 280: 66-68. DOI: 10.1136/bmj.280.6207.66.
- [3] Liddle PF, Barnes TRE, Morris D, Haque S. Three syndromes in chronic schizophrenia. *British Journal of Psychiatry* 1989; 155 (7): 119-122. DOI: 10.1192/S0007125000291642
- [4] Ramon S, Healy B, Renouf N. Recovery from mental illness as an emergent concept and practice in Australia and the UK. *International journal of Social Psychiatry* 2007;53(2):108-122. DOI:10.1177/0020764006075018.
- [5] Avasthi NP. Mechanism of chronicity in schizophrenia. *JK-Practitioner* 2005; 12(4):216-218.

- [6] Ciompi L. Affect logic: An integrative model of the psyche and its relation to Schizophrenia. *British Journal of Psychiatry* 1994; 164:51-55. DOI: 10.1192/S0007125000292738.
- [7] Anthony WA. *Toward a vision of recovery*. Center for Psychiatric Rehabilitation, Boston University, Boston, 2007.
- [8] Allot P, Loganathan L, Fulford KBM. Discovering hope for recovery. *Canadian Journal of Community Mental Health* 2002; 21(2):13-33. DOI: 10.7870/cjcmh- 2002-0014.
- [9] Tooth B, Kalyanausndaram V, Glover H, Momenzadah S. Factors consumers identify as important to recover from schizophrenia. *Australasian Psychiatry* 2003;11:70-77.
- [10] Davidson L. Introduction to chapter: How can mental health system evolve into recovery – oriented system of care? in Davidson L, Harding C, Spaniol L, ed. *Recovery from severe mental illness*. Boston: Center for Psychiatric Rehabilitation- Boston University; 2006.
- [11] Jacobson A, Greenley D. What is recovery? A conceptual model and explication. *Psychiatric Services* 2001; 52(4):482-485. DOI:10.1176/appi.ps.52.4.482.
- [12] Whitley R, Drake RE. Recovery: a dimensional approach. *Psychiatric Services* 2010; 61(12):1248-50. DOI: 10.1176/ps2010.61.12.1248.
- [13] Gray JD & McEwen BS. Lithium's role in neural plasticity and its implications for mood disorders. *Acta Psychiatr Scand*. 2013;128(5):347-61. DOI: 10.1111/acps.12139
- [14] Morais M, Patrício P, Mateus-Pinheiro A, Alves ND, Machado-Santos AR, Correia JS, Pereira J, Pinto L, Sousa N, Bessa JM. The modulation of adult neuroplasticity is involved in the mood-improving actions of atypical antipsychotics in an animal model of depression. *Transl Psychiatry*. 2017; 6;7(6):e1146. DOI: 10.1038/tp.2017.120.
- [15] Carozza P. *Dalla centralità dei servizi alla centralità della persona. L'esperienza di cambiamento di un Dipartimento di Salute Mentale*. Milano: Franco Angeli; 2010.
- [16] World Health Organization, WHO. *WHO recommendation in Mental Health*; 2006. Available at: www.who.int/mental_health/evidence/MH_Promotion_Book.pdf
- [17] Fleury MJ. Émergence des réseaux intégrés de services comme modèle d'organisation et de transformation du système sociosanitaire. *Santé Mentale au Québec* 2002;27(2):7-15.

Per corrispondenza:

paola.carozza@ausl.fe.it

Rocco: un destino di cronicità?

Rocco: A chronicity destiny?

Jacopo Santambrogio*, Antonino Giancontieri**, Giuseppe Sabucco**,
Massimo Clerici***, Pietro R. Cavalleri****

Riassunto: *il presente caso clinico, che è la storia di Rocco, un paziente di 32 anni ricoverato in una comunità ad alta protezione, ha lo scopo di porre alcune domande sulla “cronicità in psichiatria”. Quale paziente può dirsi “cronico” e quale, invece, non lo è ancora ma ha un “destino di cronicità”? Nel caso in oggetto, vi sono alcuni fattori che porterebbero a considerare il “destino di cronicità”: una condizione di doppia diagnosi, l’antisocialità, un nucleo familiare estremamente fragile, un problema legale pendente, la dipendenza da sostanze, una rete di Servizi che solo da poco sta cercando di dialogare. A partire dall’anamnesi, in cui si delineano gli elementi chiave della diagnosi e della vicenda giudiziaria di Rocco, si passa poi a descrivere la figura della madre, che ne ha innescato il percorso giudiziario con la denuncia per violenze ed estorsione di denaro; vengono inoltre aperti due filoni di riflessione, il rapporto di Rocco con la sostanza e il rapporto con la Legge. Si passa infine a descrivere il metodo di rete nella riabilitazione del paziente psichiatrico “cronico” o “con un destino di cronicità”, come è Rocco, per poi concludere con le questioni aperte.*

Parole Chiave: *cronicità, destino di cronicità, doppia diagnosi, antisocialità*

Abstract: *The authors present a case study of a patient – 32 years old, hospitalised in a high secure unit – that raises a few questions on the issue of “chronicity in psychiatry”, such as: which patient is labelled “chronic” and which, on the other hand, is not yet labelled, but has a “destiny of chronicity”? Some features of the present case study could suggest a “destiny of chronicity”: i.e. dual diagnosis,*

* Psichiatra CPA “PI”, Fondazione AS.FRA., Vedano al Lambro (MB).

** Coordinatore CPA “PI”, Fondazione AS.FRA., Vedano al Lambro (MB); Giudice Esperto del Tribunale di Sorveglianza di Milano.

*** Psichiatra, Psicoanalista, Società Psicoanalitica Italiana, Centro Milanese di Psicoanalisi.

**** Psichiatra, Professore Associato Università degli Studi di Milano-Bicocca, Direttore Scuola di Specializzazione in Psichiatria Università degli Studi di Milano-Bicocca.

***** Psichiatra, Direttore Clinico Fondazione AS.FRA., Vedano al Lambro (MB).

Ricevuto il 13.2.18 Accettato il 29.06.2018 Submitted 13.2.18 Accepted 29.06.2018
RSF (ISSN 1129-6437, ISSN 1972-5582), VOL. CXLII, 2018, 3

Copyright © FrancoAngeli

N.B: Copia ad uso personale. È vietata la riproduzione (totale o parziale) dell’opera con qualsiasi mezzo effettuata e la sua messa a disposizione di terzi, sia in forma gratuita sia a pagamento.

antisocial behaviour, a fragile family, pending legal problems, drug dependence and a network of services that has only recently started to collaborate. The authors present the anamnesis of the patient – that comprises key diagnostic elements and judicial information – followed by the description of the mother, who got the judicial process going through a complaint of violence and extortion of money. Two threads of reflection are then developed: Rocco's history with drugs and his relationship with the law. Finally, the authors describe a network approach in the rehabilitation of "chronic" psychiatric patients, or of patients "with a destiny of chronicity", such as Rocco, and conclude the paper with open questions.

Key Words: *chronicity, destiny of chronicity, dual diagnosis, antisocial behavior*

Introduzione

Che cos'è la cronicità? Quando un paziente psichiatrico si può definire "cronico" e quando, invece, si può dire che abbia "un destino di cronicità"? Quali sono, per una comunità riabilitativa, le possibilità di cura della cronicità? A queste e ad altre domande sulla cronicità vorremmo provare a rispondere tramite il nostro case report, per il quale è stato ottenuto, da parte del paziente, un consenso informato scritto.

Anamnesi

Rocco è un giovane di trentadue anni dalla corporatura massiccia, capelli riccioli castani, un volto paffuto ed occhi azzurri intensi, ricoverato presso una comunità protetta ad alta assistenza (CPA) dall'aprile 2017, con misura di sicurezza della libertà vigilata della durata di due anni e quattro mesi, per reati di maltrattamenti ed estorsione verso la madre.

Ha uno sguardo penetrante, che chiede affetto e attenzioni, che forse in pochi nella sua vita gli hanno dato. La sua infanzia, infatti, è stata difficile: la madre, verosimilmente affetta da disturbi psichici, mai presa in cura, ha avuto sei figli da tre uomini diversi. Dal secondo compagno due figli: Rocco (non riconosciuto dal padre, che pertanto porta il cognome della madre) e Saverio, che le vennero precocemente tolti dai Servizi sociali. Il Tribunale per i Minorenni decretò con apposita ordinanza l'incapacità genitoriale sia della madre che del padre. Rocco dai sei agli otto anni ha vissuto presso una comunità per minori, dagli otto ai sedici ha avuto dei genitori affidatari vivendo

presso una Casa Famiglia. Successivamente è avvenuta la separazione dal fratello, quando dai sedici ai diciotto anni è stato trasferito in una comunità educativa, e, come lui stesso ricorda, “è stato un trauma”. Inoltre, si è appreso da fonti orali che Rocco avrebbe subito abusi sessuali da parte sia del padre biologico sia da un educatore della comunità per minori. Quando i due fratelli hanno compiuto i diciotto anni sono rientrati al domicilio della madre, in una zona degradata della città.

A sedici anni avvenne il primo contatto con le sostanze, dapprima cannabinoidi, poi anche alcool e cocaina, e iniziò per lui una storia di tossicodipendenza, a causa della quale interruppe gli studi superiori. Nel 2007 (a ventidue anni) venne preso in carico dal CPS della zona e nelle cartelle cliniche venivano riportati sintomi di natura psicotica: comportamenti e posture bizzarre, deliri paranoidei, allucinazioni uditive (voci dialoganti). In una nota: *“Le voci da due notti non lo fanno dormire, non riesce a pensare, se pensa le parole si trasformano in immagini”*. Inoltre, sono stati fatti numerosi ricoveri in TSO. Il fratello Saverio, in un episodio avvenuto al domicilio, raccontava di essere stato aggredito fisicamente e minacciato con un coltello. Più volte veniva segnalato che Rocco fosse del tutto privo di coscienza di malattia. Nel 2010 veniva indicata la comparsa di aggressività e violenza nei confronti della madre, probabilmente concomitante all’abuso di cocaina. La terapia assunta in quel periodo era aloperidolo 2 mg/die e aripiprazolo 15 mg/die. Negli anni a seguire sarebbero continuati episodi di maltrattamento familiari e di estorsione di denaro (sotto effetto della sostanza e per procurarsela) nei confronti della madre, la quale nel giugno 2016 decideva di denunciarlo.

La denuncia e la madre

Alla denuncia ha fatto seguito un ordine di custodia cautelare con allontanamento dalle mura domestiche che poi, di fatto, non è mai stato eseguito fino al ricovero volontario in comunità e alla successiva applicazione della misura di sicurezza provvisoria di due anni e quattro mesi, sulla base della perizia (che ha definito l’incapacità di intendere e di volere parziale al momento dei fatti reati e l’attualità della pericolosità sociale) e della sentenza di condanna.

La madre, che con l’atto di denuncia ha innescato il percorso giudiziario di Rocco, in un colloquio avvenuto presso la comunità con psichiatra e coordinatore, e con la partecipazione del figlio stesso, negava di essere stata lei a sporgere la denuncia, attribuendo ai Carabinieri la responsabilità di avere “fatto tutto”. Di fronte a tale distorsione della realtà storica, colpisce il fatto

che anche Rocco manifesti abitualmente il medesimo disconoscimento delle proprie azioni, giungendo a negare gli agiti compiuti, per poi lentamente riconoscerli e raccontarli, arrivando a chiedere protezione e affetto.

Dopo i primi mesi di permanenza in comunità è stato limitato a Rocco l'uso del telefono, consentendogli telefonate alla madre, al padre e al fratello in tre giorni della settimana, dal telefono della Struttura. Accadeva, infatti, che la madre lo chiamasse ripetutamente sul cellulare innescando l'accensione di stati d'ansia. Per questo motivo le furono revocati anche i permessi di visita, ritenendo che una maggiore separazione tra loro sarebbe stata benefica. Ciononostante, l'anziana signora giungeva presso la Struttura senza autorizzazione e senza preavviso, e incontrava, al cancello, il figlio, consegnandogli vestiti, bagnoschiuma e dentifrici, e qualche decina di euro.

La diagnosi: che diagnosi?

L'incontro con Rocco è stato, fin da subito, anche l'imbattersi con un interrogativo diagnostico. Infatti, Rocco portava con sé una serie di carte che ne "velavano" – per certi aspetti – il volto. La relazione del CPS, la denuncia della madre, la perizia, la sentenza di condanna... Da tali documenti emergevano differenti inquadramenti diagnostici: per il CPS si trattava, nel 2016, di *“grave disturbo della personalità e tossicofilia”*; dal testo della denuncia apparivano tratti anti-sociali, impulsività etero-diretta, dipendenza da sostanze; nella perizia, dell'aprile 2017, venivano trascritti numerosi “frammenti” di diario clinico delle cartelle di CPS e SPDC in cui si parlava di sintomatologia paranoidea, dereistica, allucinatoria, bizzarra, di riacutizzazione psicotica in schizofrenia paranoidea... Si prendeva atto della diagnosi formulata dal CPS, si aggiungeva quella fatta in un'altra comunità riabilitativa (schizofrenia paranoide) per concludere che *“la condizione di psicosi cronica e di abuso di cocaina e cannabis da cui è affetto costituiscono patologie in grado di incidere profondamente sulla capacità di intendere e di volere. Nel caso in esame esse hanno grandemente scemato la capacità di intendere e di volere senza escluderla totalmente poiché il periziando conservava un certo finalismo comportamentale, anche se forse prevalentemente applicato alla ricerca e al consumo delle sostanze stupefacenti cui è dedito. Il periziando era, quindi, parzialmente incapace di intendere e di volere al momento del fatto reato”*. La sentenza di maggio 2017 dichiarava, sulla base della perizia, l'incapacità parziale di Rocco in quanto affetto da grave psicosi e in ragione di ciò socialmente pericoloso, condannandolo pertanto alla pena di due anni e quattro mesi di reclusione, oltre a 600 euro di multa.

Nondimeno, nell'incontro clinico ovvero nei colloqui settimanali, durante le attività di gruppo e nei cenni di relazione con gli operatori Rocco non mostrava i segni di una schizofrenia. L'atteggiamento infatti era partecipe, l'affettività sintona, il pensiero certamente povero e concreto, ma corretto nella forma e nei contenuti. Si notavano, a volte, degli spunti persecutori e dei vissuti somatoformi che si potevano associare agli episodi di abuso di cocaina. In un'occasione, al rientro da un'uscita in cui aveva fatto uso di cocaina, Rocco riferì la presenza di sintomi allucinatori visivi proteiformi e variopinti, tra cui "la visione di Cristo con gli occhi a raggi infrarossi" associati a sintomi pseudoallucinatori: "Sento dentro di me il diavolo, è una sensazione interna, si chiama Raganà". Tuttavia, non si è mai riscontrata la presenza di deliri strutturati. Nelle modalità relazionali si osservavano una tendenza al ritiro e alla chiusura, una fragilità di fondo con una difficoltà a parlare e raccontare di sé e delle proprie esperienze. L'impulsività e la tendenza a vivere le proprie emozioni in una dimensione "di corpo" più che "di parola" lo spingevano a ricercare la sostanza quasi in modo "viscerale", senza una elaborazione di pensiero, per poi negarne l'uso davanti all'altro. Tale compresenza di segni e sintomi ci ha portato a rivalutare la diagnosi, rivedendo l'inquadramento da "schizofrenia paranoide" a "disturbo psicotico indotto da sostanze, alcool, cannabinoidi, cocaina", secondo la prospettiva del DSM-5 [1]. Lo schema terapeutico di Rocco ha visto associati un antidepressivo (escitalopram 10 mg/die), un antipsicotico (quetiapina fino a 600 mg/die); tiapride 100 mg/die; benzodiazepine (delorazepam 3,5 mg/die e flurazepam 30 mg/die).

Si è voluto inoltre approfondire quanto segnalato dal CPS e quanto riscontrato nell'osservazione clinica, svolgendo insieme al paziente in modalità etero-somministrata il questionario di personalità SCID-II [2], con il risultato di fare emergere come significative e meritevoli di approfondimento le aree paranoide, borderline e antisociale.

Pur essendosi rifiutato di proseguire con l'indagine diagnostica SCID-II ("intervista"), i dati clinici e comportamentali ci hanno permesso di definire con chiarezza che l'area di personalità disfunzionale di maggiore rilevanza fosse quella antisociale. Neppure è stato possibile completare la valutazione delle capacità cognitive mediante la batteria testale WAIS ([3], versione italiana del 1992) in quanto Rocco, dopo le prime due scale, ha chiesto di interrompere per "stanchezza". Per quanto è possibile presumere dalle risposte date al test e considerando sia la sua scolarità sia il carattere deprivato dell'ambiente socio-familiare di provenienza, Rocco non sembra avere significativi deficit cognitivi e, nonostante ridotte capacità attentive e di concentrazione, la sua capacità verbale è buona.

Per quanto concerne le condotte anti-giuridiche messe in atto da Rocco in contrasto con il programma terapeutico-riabilitativo e con le prescrizioni che accompagnavano la misura della libertà vigilata, l'elenco che segue le ricapitola sinteticamente:

- numerosi agiti di fuga dalla Comunità;
- quattro episodi di minacce di morte nei riguardi degli operatori, a causa delle quali, in due occasioni, furono coinvolti i Carabinieri;
- un episodio di rottura di oggetti in camera;
- diversi episodi di appropriazione del cellulare (il cui uso era stato regolamentato fin dall'inizio) mediante la forza;
- numerose condotte di scambio di sigarette e caffè con altri pazienti in cambio dell'uso del loro cellulare;
- sette episodi di franchi abusi alcolici, documentati mediante l'utilizzo dell'alcol test;
- sedici episodi di abusi di sostanze stupefacenti (cocaina, marijuana, buprenorfina), documentati attraverso il test rapido delle urine per la ricerca dell'uso di stupefacenti ("drug test");
- otto episodi in cui ha messo in atto comportamenti oppositivi rifiutandosi categoricamente di sottoporsi al drug test; due furti (di tablet) messi in atto in Comunità, in entrambi i casi a danno del compagno di camera.

Per quanto riguarda i due furti di tablet, nel primo episodio, avvenuto nel 2017, Rocco era stato sospettato in quanto era l'unico, oltre agli operatori, ad avere accesso alla camera. Il furto era stato finalizzato verosimilmente al reperimento di risorse economiche per acquistare sostanze stupefacenti (infatti, nel periodo immediatamente successivo, si erano verificati numerosi episodi di uso di alcolici e droghe). Nel secondo fatto-reato compiuto nel gennaio 2018, invece, era stato ritrovato per strada in stato di intossicazione alcoolica e condotto in Pronto Soccorso dall'ambulanza. L'indomani, pur essendosi risolto lo stato di ebbrezza, appariva scarsamente consapevole del disvalore dell'atto compiuto, come se si ritenesse esentato dalle conseguenze a motivo della propria storia passata e delle sofferenze presenti, quasi potesse rivendicare – grazie a loro – uno status di irresponsabilità permanente.

Nel colloquio con il coordinatore e il direttore clinico che gli chiedevano conto dell'accaduto, inizialmente perseverava nel suo atteggiamento di negazione del furto e insisteva per ottenere di essere inviato in ospedale; in seguito – essendo stato messo alle strette da due figure che rivestivano una funzione autorevole all'interno del contesto – riconosceva quanto compiuto e accettava di risarcire il compagno di stanza.

All'inizio del 2018 ha nuovamente tentato di commettere un furto, appropriandosi di una bottiglia di superalcolico in un negozio adiacente alla Struttura. Nel momento in cui la direttrice del negozio l'aveva fermato alla cassa, era divenuto minaccioso e aveva spinto la donna, ma alla fine aveva accettato di restituire il maltolto e, nel colloquio successivo con i curanti, aveva riconosciuto il carattere antiggiuridico della propria condotta. Tuttavia, dopo soli due giorni, rubava il cellulare di un paziente del Centro Diurno della Fondazione; nonostante fosse stato visto da altri due pazienti che avevano riferito la cosa all'operatore, negava categoricamente il furto e si rifiutava di restituire quanto aveva rubato, assumendo un minaccioso atteggiamento di sfida allontanandosi dalla Struttura per andare a rivendere, verosimilmente, la refurtiva (del cellulare, infatti, non si è avuta più traccia). Nel colloquio susseguente con i responsabili della comunità, posto di fronte al fatto che quanto aveva compiuto si configurava come un reato, Rocco è stato sul punto di perdere il controllo: si è alzato dalla sedia, ha minacciato di morte a più riprese il coordinatore, affermando di essere "disponibile all'ergastolo in carcere" e gridandogli che era "una pessima persona". Manifestava la stessa reazione anche nei confronti del curante e, nonostante quest'ultimo fosse stato da lui considerato una figura connotata positivamente, un "soggetto buono", a un certo punto assumeva anche nei suoi confronti un tono e un fare minaccioso, battendo i pugni contro la porta.

Riguardo ai comportamenti illegali – che hanno caratterizzato la storia personale del paziente fin dall'adolescenza – e alle loro conseguenze, Rocco manifesta una quasi totale assenza di critica, utilizza sistematicamente il meccanismo della negazione e mostra di non avere sviluppato alcuna capacità di elaborazione critica.

Il rapporto con la sostanza

Nei colloqui con lo psichiatra, Rocco si presentava solitamente sorridente e tranquillo, a tratti fatuo. Il suo discorso era povero nei contenuti, difficilmente articolava concetti astratti, "buttava le parole" e, attraverso le parole, "buttava" anche le emozioni, che toccava allo psichiatra riassemble in un discorso di senso compiuto.

Il costante *refrain* di Rocco era "non lo faccio più, ho smesso con le sostanze" e questo ritornello ritornava anche a seguito dei drug test positivi per cocaina e cannabinoidi, quasi volesse negare l'evidenza, nel desiderio di un'astinenza forse irraggiungibile. Rocco, infatti, nonostante gli fossero stati revocati i permessi di uscita dalla comunità (che, pur essendo sottoposto alla

misura di sicurezza della libertà vigilata, non erano necessariamente vietati), era solito eludere il controllo degli operatori e uscire dalla Struttura per recarsi ad acquistare cocaina e cannabis dagli spacciatori della zona, grazie alle piccole somme che la madre gli portava o che ricavava vendendo gli oggetti che aveva rubato. La condizione di dipendenza da sostanze perdurava da molti anni, sedici ormai, e sembrava paragonabile a una “passione amorosa”. La cocaina era per lui simile a una vera e propria amante, tanto che quando ne parlava gli si infiammavano gli occhi: descriveva come “da un sassolino la si sgrana in polverina e la si sniffa” e come, dopo averla sniffata, “sale su uno stato di eccitazione” che “dopo un po’ cala, ed ecco rendersi necessario l’alcool per mantenere un livello adeguato...” Avendo condiviso qualche dose di cocaina con un paziente della comunità attigua, veniva a riferire in colloquio di tali traffici e così facendo risultava atipico anche come utilizzatore di sostanze: quest’ultimo, infatti, ottenuto il pagamento della sostanza procurata, avrebbe taciuto l’episodio; lui, invece, lo segnalava e affermava di “voler stare lontano da quel soggetto”.

Si potrebbe ipotizzare che la “passione amorosa” di Rocco per la sostanza l’abbia salvato – in un certo senso – dalla psicosi: la sostanza assumerebbe in questo caso il ruolo di una “terapia paradossale”, un elemento vitale nella lotta contro la frammentazione e il vuoto della psicosi. In comunità, non sentendosi obbligato a “lasciare” la sostanza, aveva incominciato, pur non senza difficoltà, a parlare del suo rapporto con la cocaina. L’atteggiamento dei curanti verso le sue trasgressioni, infatti, non era punitivo, ma teso all’inquadramento del problema e al monitoraggio del suo comportamento: per metterlo di fronte al “reale dell’abuso”, ogni settimana venivano svolti regolarmente due drug test e i curanti si occupavano di fargli raccontare come tali episodi fossero avvenuti. Nel descrivere le sue condotte di abuso Rocco mostrava uno stato di godimento, portandoci a pensare che l’uso della sostanza, fin dall’inizio, fosse probabilmente stato per lui il sostituto di una relazione o di una condizione a cui era stato abituato: avendo avuto una madre promiscua e avendo subito più volte abusi sessuali, egli deve essere stato un bambino sconcertato e angosciato, a rischio di cadute depressive. Al tempo stesso, però, promiscuità e abusi potevano rappresentare situazioni sensualmente eccitanti, così che Rocco potrebbe essere rimasto fissato all’eccitazione sensuale infantile come una droga che, in qualche modo, avrebbe potuto proteggerlo dall’angoscia. In età giovanile la “scoperta della sostanza” eccitante, la cocaina, gli avrebbe consentito di proseguire l’opera di cancellazione dell’angoscia: in questo senso, Rocco, “ama” la cocaina come un’amica fidata e sicura che viene dall’infanzia.

Dunque, alla luce di quanto abbiamo tentato di ricostruire, nasce la domanda: è possibile per Rocco pensare ad una guarigione? O, meglio,

che tipo di guarigione è possibile per Rocco? La guarigione consisterebbe nell'astinenza dalle sostanze?

Secondo la nostra visione, il cammino verso la guarigione, per Rocco, iniziava non con il divieto assoluto all'uso delle sostanze in una prospettiva, dunque, espulsiva in caso di trasgressione, ma con l'accoglimento non-collusivo della sua condizione di paziente con un disturbo da uso di sostanze – che ha comportato anche il fatto di non evitare la doverosa ed esplicitata, fin dall'inizio della presa in carico, segnalazione periodica delle infrazioni all'Autorità Giudiziaria – e con il supporto a costruire “tracce di relazione” che, nella nostra intenzione, avrebbero potuto sostituire gradualmente la relazione con la sostanza.

Tale approccio ha portato Rocco a legarsi progressivamente, anche se sempre in modo ambivalente e discontinuo, agli operatori della comunità ed anche agli altri ospiti.

Il rapporto con la Legge

A seguito delle infrazioni che abbiamo descritto, a un certo punto del percorso, fu comminata dal coordinatore la sanzione consistente nel lavaggio piatti di tutti gli ospiti, la sera dopo cena, per la durata di una settimana. Essendosi mostrato disponibile e capace nell'eseguire quanto gli era stato richiesto, il coordinatore, che nel sanzionarlo aveva cercato di esercitare una “funzione paterna” nei suoi riguardi, gli chiese se volesse continuare l'impegno, riconoscendo nell'azione in questione un valore di servizio alla comunità. Rocco pertanto proseguì a lavare i piatti ogni sera, aiutato dagli operatori.

In alcuni colloqui successivi si riprese il tema della *sanzione trasformata in servizio* e Rocco giunse ad affermare di essere soddisfatto del lavoro svolto, arrivando a dire di provare “piacere d'essere utile agli altri” e manifestando una forma di gratitudine e riconoscimento affettivo nei riguardi della persona che l'aveva sanzionato in quanto “interessata al suo vero bene”.

Accettando con piacere la proposta di proseguire la punizione o, a seconda della prospettiva che si assume, il servizio alla comunità, Rocco offriva un'immagine di sé normalizzata ed esprimeva un legame con valenze affettive con chi svolgeva una funzione paterna. Nel percorso travagliato di Rocco ciò che emerge, infatti, è il bisogno di un padre.

Paternità significa responsabilità dell'adozione di una vita: occorre quindi che il padre ci sia, costituisca una presenza, costruisca la relazione con il figlio come un legame continuo e stabile, infondendogli fiducia e stima, sentendone il fascino.

Etimologicamente “padre” *“deriva dal greco pater: la radice pa significa possedere, nutrire, comandare. Il padre è forza e dolcezza, società e terra, disciplina e nutrimento”* [4]. Significa inoltre autorità (dal latino “colui che nutre”), appartenenza, desiderio, progetto, limite, risposta possibile ad una domanda di senso.

Il padre è la Legge, ma in un’accezione particolare: legge come esperienza di liberazione del desiderio. Sant’Agostino, in merito all’esperienza dell’essere figlio, nelle sue Confessioni ha scritto: “Chi compie la legge non è sotto la legge, ma è con la legge, alleato alla legge” [5].

Durante la sua permanenza in comunità Rocco ha espresso anche un bisogno di appartenenza, di protezione, di nutrizione e un bisogno di guida. Il paziente deve compiere scelte dentro il quotidiano; la scelta deve rappresentare una strategia per vivere che si apprende anche con il padre o con chi riveste una funzione paterna, connotata da due caratteristiche fondamentali: la condivisione e la contrapposizione. Il figlio e/o il paziente devono sentire che chi la rappresenta condivide un progetto, ma devono sentire anche l’opposizione, nella dialettica del confronto. Il confronto, l’opposizione e la condivisione sono indispensabili nel processo di cura e di riabilitazione di questi pazienti. Con Rocco si è tentato di fare tutto questo.

Nella storia di Rocco sono presenti almeno tre figure di padre: il padre biologico, il padre affidatario e la versione perversa dello pseudo-padre abusante, rappresentato dall’educatore incontrato nella comunità per minori. Dalle descrizioni di Rocco, il padre biologico emergeva come una presenza marginale all’interno della famiglia, “un uomo dedito unicamente al lavoro e al bere, violento con la mamma”, anaffettivo e disinteressato nei confronti dei figli, incapace di stabilire una relazione di cura. Il CPS ne ha riferito anche le condotte abusive. Il padre affidatario è stato, invece, un uomo responsabile, capace di rispondere ai suoi bisogni specifici, supportandolo nelle attività del quotidiano; un padre sufficientemente affettivo-normativo e sensibile. L’educatore di comunità – le cui uniche scarse informazioni sono state trasmesse dai curanti del CPS – fu una figura negativa che, approfittando del proprio ruolo professionale, lo avrebbe traumatizzato con un abuso. Nel rapporto con il padre biologico e con l’educatore, si potrebbe ipotizzare che Rocco abbia interiorizzato una norma perversa.

Un bambino che viene ripetutamente tradito dal mondo degli adulti, che idea se ne può fare? Quale fiducia può accordare a chi riveste un ruolo di cura e di autorità? Il diritto nasce per tutelare il più debole; la norma perversa invece è l’affermazione violenta del proprio potere e della propria forza nei confronti di una soggettività fragile.

Tutta l’anamnesi di Rocco ci porta ad ipotizzare quanto egli nella relazione con l’Altro introduca un elemento strutturale di perversione: usava sostanze

di nascosto e ne negava l'utilizzo, pur di fronte al reale dei drug test positivi; in comunità, luogo in cui riceveva moltissimo in termini di accudimento, sostegno e cura, commetteva reati; di fronte all'evidenza di uno dei furti compiuti in comunità, davanti a due figure di autorità a cui doveva rendere conto del proprio comportamento, sotto il "velo" della diagnosi psichiatrica ha manifestato sintomatologie somatoformi, invocando il ricovero in SPDC, quasi come se la malattia psichiatrica lo potesse esentare da una responsabilità effettiva.

Rocco, in tutte queste modalità di rapporto e di ricerca della sostanza appariva carente sul piano dell'*obiettività*. A tal proposito, nel suo *Seminario VI* [6], Jacques Lacan, cita un articolo di Edward Glover [7] per evidenziare la definizione che questo Autore dà al termine "obiettività", ossia "*capacità di valutare correttamente la relazione fra la pulsione istintuale e l'oggetto istintuale, quali che siano gli obiettivi di tale impulso, vale a dire sia che possano sia che non possano essere gratificati*". Lacan prosegue il proprio commento facendo notare che "*Su questa base [Glover] avvia dunque una ricerca su ciò che significa la relazione perversa, da intendersi nel senso più ampio del termine, nel suo rapporto con il senso della realtà. Qual è in definitiva lo spirito dell'articolo? È di concepire la formazione perversa come un mezzo per il soggetto nel far fronte alle lacerazioni, ai flop, a tutto ciò che per lui non si iscrive in una realtà coerente. La perversione viene molto precisamente articolata [da Glover] come lo strumento di salvezza con cui il soggetto assicura a quella realtà un'esistenza continua*". Prendendo dunque le mosse da queste considerazioni sulla formazione perversa avanzate da Lacan sul testo di Glover, possiamo rintracciare nello stile relazionale perverso una strategia funzionale alla sopravvivenza e coesione del sé di Rocco, e possiamo ipotizzare che, per lui, sarebbe stato difficile evitare l'esperienza dell'angoscia e della de-strutturazione psicotica in mancanza della difesa costituita dalla perversione.

I referenti della Struttura, nel lavoro di comunità, hanno cercato di distinguere due funzioni nell'interesse di Rocco: una terapeutica, affidata allo psichiatra, e l'altra normativa-affettiva, messa in atto dal coordinatore.

Il coordinatore, infatti, ha rappresentato una figura legata alla Legge, ha tentato di offrire-diventare un riferimento paterno per Rocco. Nel cercare di adempiere fedelmente al suo mandato professionale, si è assunto la responsabilità di esercitare due funzioni:

a) l'una, "contenitiva-normativa-paterna" nei confronti della parte distruttiva, violenta, manipolatrice e "tossica" di Rocco. Nei mesi trascorsi in comunità, il coordinatore ha impersonato alcuni ruoli paterni quali la distanza (contrario della vicinanza materna), la durezza (contrario della

tenerezza materna), a tratti anche la freddezza (contrario del calore), la regola, la responsabilità e l'autorità (contrari dell'indulgenza ad ogni costo) e il confronto interpersonale anche duro. Così facendo, il coordinatore insieme ad altre figure (direttore clinico, psichiatra ed alcuni operatori) ha svolto una funzione di "ambasciatore della realtà", non colludendo mai con le condotte antiggiuridiche e di trasgressione del patto terapeutico messe in atto da Rocco; testimoniando puntualmente che ad ogni azione corrisponde una conseguenza, che le azioni implicano un grado di responsabilità personale ineludibile, che occorre scegliere tutti i giorni da che parte stare e che cosa fare;

b) l'altra, affettiva-protettiva-riabilitativa; la relazione ha infatti mobilitato delle risorse affettive che si sono tradotte nell'azione volta a proteggerlo, aiutarlo e accompagnarlo, con discrezione e prudenza, in un percorso graduale di uscita dalla dipendenza.

Nel tempo trascorso presso la comunità, Rocco si è relazionato con il coordinatore in un modo più autentico e affettivo, con un iniziale processo di interiorizzazione di una norma sana. Per un certo periodo, infatti, ha ridotto significativamente gli allontanamenti, le trasgressioni (sette drug test sono risultati negativi), ha frequentato in modo assiduo e partecipe le attività di gruppo proposte e ha ridotto i contatti con la madre. Tuttavia questa fase positiva non ha preservato il paziente dal mettere in atto ulteriori condotte antilegali, non ha eliminato la complessità e problematicità di una relazione caratterizzata anche da momenti di forte conflitto, di sfida, di contrapposizione e di minacce ripetute nei confronti dell'operatore.

Percorso riabilitativo e metodo di rete come antidoto e processo di contrasto alla cronicità dei pazienti e degli operatori

La Comunità ha attuato un intenso lavoro di rete con i vari Servizi e un lavoro terapeutico-riabilitativo articolato e complesso che ha visto coinvolta tutta l'équipe curante. Il paziente ha svolto regolari colloqui con lo psichiatra, il coordinatore, l'educatrice, i quali hanno costituito una microéquipe sul suo caso. Come esito del lavoro di rete svolto dalla Comunità, che ha centrato il suo intervento sulla gravità della dipendenza da alcool e sostanze stupefacenti, è stata realizzata la presa in carico da parte del SERT di competenza, cosa che non era mai stata effettuata in tutto l'arco della storia clinica precedente. Sono stati svolti presso il SERT esami delle urine e del capello che hanno confermato la dipendenza da sostanze, sono stati realizzati due colloqui con il medico, l'assistente sociale e un colloquio con la psicologa. Il SERT ha prodotto la certificazione di tossicodipendenza al paziente. Si sono mantenuti i legami con il CPS di riferimento e si è provveduto a fare dialogare i due

Servizi. Si sono realizzati regolari contatti tra il coordinatore e l'avvocato difensore del paziente.

A Rocco sono state proposte alcune attività riabilitative tra quelle pensate per gli ospiti della comunità. Tali attività sono finalizzate a trascorrere la settimana in modo proficuo, a strutturare in modo sensato il tempo, a lavorare su obiettivi specifici, condividendo le regole del gruppo nell'ascolto dell'operatore e nell'esecuzione dei compiti assegnati. Rocco ha iniziato a frequentare fin da subito il laboratorio di assemblaggio di materiali plastici, due giorni la settimana. Il coordinatore del laboratorio riferiva che Rocco "è bravo, preciso, metodico, veloce". Abbiamo nutrito per un certo tempo il desiderio che tale lavoro non retribuito potesse diventare una base di partenza per una *borsa lavoro* sul territorio. In seguito, il paziente ha iniziato il gruppo mosaico, dove in silenzio e con attenzione incollava le tessere nella figura prestampata, ma dopo qualche incontro ha deciso che tale attività "non fa per lui" perché "non ce la fa a stare seduto in un posto, si sente inquieto". E poi la palestra, dove andava liberamente ad allenarsi. Rocco, infatti, aveva cura del proprio corpo, sia in senso atletico-sportivo che in senso igienico: faceva diverse docce durante il giorno e curava il proprio abbigliamento. Ha partecipato attivamente al gruppo di ascolto musica e nella bella stagione all'onoterapia. Nel contesto di quest'ultima attività, Rocco si è preso cura dell'animale, mostrando una buona sensibilità. Nella riunione settimanale con tutti gli ospiti della comunità solitamente appariva silenzioso, schivo e non si esponeva. Quando gli si chiedeva di esprimersi, tendenzialmente usava espressioni generiche e diceva che gli andava "bene tutto". Infine, ha partecipato alle gite giornaliere di comunità, condividendo le mete proposte e trascorrendo silenziosamente il tempo in compagnia di operatori e pazienti.

Il percorso riabilitativo verso l'astinenza da sostanze, come precedentemente mostrato, è stato faticoso per le ripetute condotte di abuso. Tuttavia, nei primi mesi del 2018 vi sono state tre settimane di astinenza. A seguito di questo periodo di buona condotta e stabilità clinica, si sono nondimeno verificati gli ultimi e gravi episodi di comportamenti antisociali e nuovi abusi di sostanze.

Le Comunità ad Alta Protezione (CPA) della Fondazione AS.FRA. hanno fin dal loro inizio ospitato persone con un grande carico assistenziale, la gran parte delle quali proveniva da istituzioni totali (manicomi civili, giudiziari e carceri). Pertanto, la vita stessa di tali pazienti portava già i connotati della cronicità e dell'istituzionalizzazione e la loro cura consisteva nel *prendersi cura* di svariate problematiche: assistenziali, internistiche, psichiatriche, sociali. Attualmente, gli ingressi in CPA, sono costituiti da pazienti inviati direttamente dai CPS o trasferiti dalle Comunità Riabilitative ad Alta Assistenza (CRA) della Fondazione, da altre Strutture riabilitative, dalle REMS o dalle carceri.

I nuovi pazienti che vi entrano, come Rocco, sono persone la cui domanda di cura ancora si deve esplicitare e non automaticamente sono da definirsi “cronici” ma, come mostrato nel caso di Rocco, possono potenzialmente presentare un “destino di cronicità” [8].

In qualità di responsabili dell'équipe è fondamentale provare a mobilitare energie desideranti negli operatori, favorire un costante processo riflessivo e dialogico; occorre a volte scardinare alcune immagini stereotipate, rigide e immobili che si vengono a creare nella mente del gruppo rispetto ai pazienti più difficili e provare a pensare insieme in modo diverso, restituendo un valore e un significato ricco ai gesti di cura quotidiani. Lavorare sulla motivazione, sul senso, cercando di condividere la passione e la gioia che nascono dal nostro lavoro nella consapevolezza che *“la vera gioia della vita è venire usati per uno scopo di cui voi stessi riconoscete il valore”* [9].

La psichiatria obbliga a confrontarsi con l'insostenibile fragilità e profondità dell'essere umano. Questo lavoro dona questa possibilità, anche se a volte è fonte di sofferenza e fa sentire impotenti. Esporsi all'abisso della malattia, del dolore, della violenza dell'umanità è sempre pericoloso, ma talvolta diventa un tormento fecondo, soprattutto quando si condivide questa esperienza con un gruppo di lavoro.

Il nostro lavoro consente di dare senso al caos e dignità a chi l'ha perduta; in fondo, la malattia mentale è il caos del corpo, il caos della mente, il caos delle emozioni e delle azioni. *“Una comunità che vuole essere terapeutica deve tener conto di questa duplice realtà – la malattia e la stigmatizzazione – per poter ricostruire gradualmente il volto del malato così come doveva essere prima che la società, con i suoi atti di esclusione, e l'istituto da lei inventato, agissero su di lui con la loro forza negativa”* [10].

Maturare questa consapevolezza e condividerla con la squadra di lavoro diventa un modo per resistere alla cronicizzazione del cuore e della mente di noi operatori.

Da un punto di vista operativo riteniamo fondamentale, al fine di offrire stimoli culturali coerenti con il lavoro che si sta svolgendo e di avere cura delle relazioni umane all'interno della comunità, portare avanti momenti di formazione, supervisioni del gruppo e sui casi, strutturazione di micro-équipe che approfondiscano la conoscenza della storia, delle relazioni e della psicopatologia dei singoli pazienti.

Inoltre, esperienze extra-istituzionali, quali – ad esempio – le gite mensili e le vacanze, sono momenti di arricchimento e novità per i singoli e per la comunità tutta.

Un ultimo aspetto, ma non meno importante, è la rivitalizzazione dei legami: quelli familiari, laddove opportuno, tramite incontri a cadenza

regolare tra familiari e paziente e tra familiari, paziente e curanti; i legami con il territorio e con i Servizi, tramite la programmazione di incontri di rete affinché il piano terapeutico riabilitativo (PTR) sia condiviso e portato avanti insieme.

Riteniamo, infatti, che contrastare in modo attivo quel processo di frammentazione e disgregazione tra Servizi che si viene tendenzialmente a creare sia già un modo per rallentare la cronicizzazione dei nostri pazienti. Nel caso specifico di Rocco, si è tentato di realizzare un progetto terapeutico condiviso tra la Comunità ospitante, il CPS di riferimento e il SERT di competenza, che ha previsto un percorso comunitario, il monitoraggio dello stato di astinenza da sostanze da effettuarsi presso la struttura con drug test due volte la settimana, colloqui clinici psichiatrici con frequenza settimanale, la partecipazione alle attività riabilitative di gruppo proposte e una costante condivisione dell'andamento del progetto con SERT e CPS.

Abbiamo avuto contatti regolari e frequenti con l'Autorità Giudiziaria competente e con l'avvocato difensore per periodici aggiornamenti sull'andamento del progetto di cura e delle eventuali trasgressioni al patto terapeutico e alle prescrizioni della misura di sicurezza.

Rocco, la Comunità e il Tribunale di Sorveglianza

In considerazione delle numerose e significative trasgressioni alle prescrizioni della misura di sicurezza e del regolamento della vita comunitaria, alla luce dei reati compiuti in Struttura e delle problematiche comportamentali emerse, in qualità di referenti della Comunità, nel mese di gennaio 2018, abbiamo segnalato e sollecitato il Tribunale di Sorveglianza a convocare con una certa urgenza l'udienza in camera di consiglio, per una valutazione del caso in oggetto, mantenendo la nostra disponibilità a proseguire il progetto residenziale, senza rinunciare al compito specifico di cura, ma al tempo stesso di controllo assegnatoci dall'Autorità Giudiziaria. Successivamente nel mese di febbraio 2018, a fronte di un'escalation di reati compiuti in Struttura, la Comunità si è confrontata in équipe e, nella consapevolezza dei propri limiti, pur sperimentando sentimenti di fallimento e di impotenza, ha valutato l'impossibilità di proseguire un percorso comunitario efficace in senso clinico e riabilitativo, riconoscendosi come luogo non sufficientemente contenitivo per Rocco. È stata pertanto inviata una relazione clinica di aggiornamento all'Autorità Giudiziaria.

L'udienza si è svolta in Camera di Consiglio presso il Tribunale di Sorveglianza il 22 febbraio 2018 esitando nel rigetto dell'istanza di affidamento terapeutico.

Dopo pochi giorni sono giunti i Carabinieri in Comunità e hanno condotto Rocco in carcere.

Questioni aperte

Il caso descritto apre numerose questioni sul tema della cronicità, nello specifico su cosa possa essere un “destino di cronicità”.

Il termine “cronicità”, infatti, ci introduce in due distinti campi semantici: per un verso indica lo scemare di opportunità evolutive, sia per il superamento di una soglia di età al di là della quale le possibilità di modificazioni positive si sono esaurite, sia a causa del deterioramento cognitivo impresso dalla malattia; per altro verso, il termine rinvia anche al “destino di cronicità” che può essere iscritto in un soggetto, per la presenza di una serie di segni e fattori clinici che potenzialmente potranno condurre alla cronicità.

Si possono fare ulteriori distinzioni riguardo la cronicità: esiste una “cronicità attiva”, che implica – ad esempio – un’importante produttività delirante, franche anomalie comportamentali e che mobilita un forte investimento in termini di risorse di personale per contenere, monitorare e curare la persona; ed esiste una “cronicità passiva”, che allude invece ad una condizione più stabile dal punto di vista psicopatologico, residuale, quasi “spenta”.

Nella storia di Rocco vi sono segni e fattori clinici che potranno condurre alla cronicità. Tali elementi sono rappresentati dall’antisocialità, dalla condizione di doppia diagnosi, un nucleo familiare estremamente fragile, in quanto il contesto parentale è privo di risorse e potenzialmente patogeno, e l’ambiente sociale di provenienza è deviante, vi è un problema legale pendente, la dipendenza da sostanze, una rete di Servizi che sta cercando di funzionare in modo integrato. Questi elementi fanno sì che un caso non ancora cronico, sia però esposto a un “destino di cronicità”. Rocco non può dirsi nell’attualità un paziente cronico in quanto manca in lui l’elemento soggettivo della cronicità, attiva o passiva; infatti ha dei desideri – o, forse, delle velleità? –: la ripresa di un lavoro, una stabilità economica, una relazione affettiva. Quanto la sua storia di dipendenza da sostanze, unitamente alla strutturazione fragile della personalità, ne ha intaccato il profilo cognitivo, le abilità di base, la capacità di progettualità e di tenuta rispetto alla vita quotidiana e a tutto ciò che essa comporta? Probabilmente l’equilibrio tra queste componenti giocherà un ruolo cruciale nel futuro di Rocco per condurlo alla “riemersione” e al ritorno ad un’auspicabile normalità di vita o, al contrario, per farlo “sprofondare” nella dimensione della cronicità.

Dalla storia clinica che abbiamo presentato emergono alcuni interrogativi:

- Come si cura un paziente come Rocco in una Comunità Protetta ad Alta

Assistenza, ovvero un paziente con un “destino di cronicità” in un contesto di pazienti cronici?

- Rocco si è trovato in Comunità perché è stato considerato parzialmente incapace di intendere e volere e gli è stata applicata una misura di sicurezza provvisoria della libertà vigilata. Come si trasforma una pena da eseguire in un processo riabilitativo e di cura?
- A fronte di quanto descritto circa la diagnosi clinica di Rocco, è possibile ipotizzare che abbia “utilizzato la psichiatria” per evitare le conseguenze penali delle proprie condotte antiggiuridiche?
- La Comunità che lo ha ospitato e il cui percorso abbiamo tentato di descrivere e discutere, ha costituito per Rocco l’opportunità di vivere un’esperienza terapeutica residenziale in alternativa al Carcere o a percorsi in ambito psichiatrico forense (REMS). Successivamente, l’escalation di condotte antiggiuridiche ha portato la Comunità a dichiarare la propria indisponibilità a proseguire il percorso e, conseguentemente, l’Autorità Giudiziaria ha orientato il destino di Rocco verso l’istituzione carceraria. Ci troviamo, infatti, in una situazione in cui, nonostante il sottodimensionamento delle risorse destinate alla psichiatria all’interno del budget sanitario nazionale, l’istituzione psichiatrica riceve un mandato specifico anche dalla Magistratura, in quanto le Strutture dedicate per la presa in carico di pazienti autori di reato (le REMS), le uniche in cui sia possibile assicurare tanto il controllo quanto il trattamento, offrono una ricettività insufficiente rispetto all’incidenza complessiva della casistica. Pertanto, pazienti sottoposti a misure di sicurezza vengono inviati anche alle Strutture riabilitative psichiatriche aperte, non-REMS, non deputate né strutturate in modo tale da garantire un adeguato contenimento, la qual cosa non è necessariamente negativa, ma può rivelarsi insufficiente quando permane nel paziente un’attitudine antisociale che oltrepassa i limiti dell’adesione volontaria al patto di cura. In questi casi, la carenza delle Strutture dedicate (REMS) e la non appropriatezza delle Strutture aperte, riaprono a questi pazienti le porte del carcere. Ma l’istituzione carceraria, a sua volta, a cui giungono pazienti con le caratteristiche e i bisogni clinici di Rocco, quanto può esplicitare, oltre alla funzione di controllo, anche quella della cura?

Conclusioni

Rocco è un paziente complesso, che presenta ancora oggi importanti questioni circa la diagnosi, il percorso giuridico e il suo futuro. La sfida per i curanti è quella di combattere i potenziali di cronicizzazione (l’antisocialità, la dipendenza da sostanze, le modalità relazionali perverse) per fare ri-

emergere in lui le dimensioni vitali e desideranti. L'abbandono di logiche e dinamiche devianti e il ritorno al "mondo della vita" sarà per lui possibile solo a condizione che egli – facendo appello alla propria capacità di libertà e responsabilità – sappia un giorno accogliere "la mano tesa" dei curanti, per seguire un percorso riabilitativo autentico.

Bibliografia

- [1] American Psychiatric Association, DSM-5, Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. Quinta edizione. Milano: Raffaello Cortina Editore; 2014.
- [2] First M.B. et al., Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Disorders, SCID II. Washington, D.C.: American Psychiatric Press, Inc.; 1997. Versione italiana a cura di Mazzi F. et al. Firenze: Giunti O.S.; 2003.
- [3] Wechsler D., Wechsler Adult Intelligence Scale, WAIS. San Antonio, Tex.: The Psychological Corporation; 1955. Versione italiana a cura di Ferradini F.G. e Vassena A., Giunti O.S.; 1992.
- [4] Zoja L., Il gesto di Ettore, preistoria, storia, attualità e scomparsa del padre. Torino: Bollati Boringhieri; 2016.
- [5] Sant'Agostino, Le Confessioni. Milano: Biblioteca Universale Rizzoli; 1994.
- [6] Lacan J., Il seminario, Libro VI, Il desiderio e la sua interpretazione, 1958-1959, Lezione del 13 maggio 1959. Torino: Piccola Biblioteca Einaudi; 2016. pp. 398-405.
- [7] Glover E., The Relation of Perversion-Formation to the Development of Reality-Sense, pubblicato in: "The International Journal of Psychoanalysis", n. 14, ottobre 1933.
- [8] Codice Etico di AS.FRA. http://www.asfra.org/codice_etico.php
- [9] Shaw G. B., Manuale del rivoluzionario, Piano B Edizioni; 2014.
- [10] Basaglia F., Che cos'è la psichiatria? Milano: Baldini&Castoldi; 1997. pag. 25.

Per corrispondenza:

Dr. Jacopo Santambrogio

AS.FRA. Casa San Paolo

Via della Misericordia, 51

20854 Veduggio al Lambro (MB)

Tel. 039491162 - 3404688067

E-mail: j.santambrogio@gmail.com

Cronicità

Chronicity

Paola Schiavi *

Riassunto: *L'Autrice propone riflessioni che, a partire dalla cronicità nella malattia mentale, la portano a riflettere sulle conseguenze di essa sugli operatori della salute mentale e sulle organizzazioni in cui lavorano. I vissuti dei malati e dei familiari si amplificano in senso negativo nella misura in cui mancano luoghi di elaborazione e contenimento degli aspetti emotivi. Alcuni interventi vanno in questa direzione anche se molto resta da fare. Il Servizio Pubblico può assumere il governo di questi processi se accetta la consapevolezza che il contesto sociale è cambiato, e che a lui spetta diventare attivatore, con le comunità locali, di risorse da valorizzare. La comunità può rispondere in modo collaborativo a patto che sia riconosciuta la necessità che venga sostenuta con vari strumenti, non ultimi i mass media.*

Parole Chiave: *cronicità, luoghi di elaborazione, organizzazione, comunità locale, Servizio Pubblico.*

Abstract: *I have tried to propose some reasoning that would, starting from chronicity in mental illness, lead me to reflect on it and on the immobility of the operators with their own professions and on the chronicity of the organizations. The experiences of the sick and their relatives are amplified in negative sense, in so far as places of elaboration and containment of emotional aspects are missing. Only a few interventions go into this direction but much remains to be done. The Public Service can take over the government of these processes only if it accepts that the social context has changed. The Public Service has to become an activator with the local communities of resources to be exploited. The community can respond collaboratively if it's recognized the necessity of an external guide, and it has to be supported with various tools, mass media included.*

**Psicologa Psicoterapeuta, attualmente libera professionista. Ex dirigente Aulss 21 Legnago, Verona.*

Ricevuto il 21.08.2018 Accettato il 17.09.2018 Submitted 21.08.2018 Accepted 17.09.2018 RSF (ISSN 1129-6437, ISSN_e 1972-5582), VOL. CXLII, 2018, 3

Copyright © FrancoAngeli

N.B: Copia ad uso personale. È vietata la riproduzione (totale o parziale) dell'opera con qualsiasi mezzo effettuata e la sua messa a disposizione di terzi, sia in forma gratuita sia a pagamento.

Key Words: *chronicity, places of elaboration, organization, local community, Public Service.*

Al mio dottore

*Vorrei
che non mi chiamasse
“nonnina”
e che non mi rivolgesse
stupide domande quali:
“Che giorno è oggi?
Quanto fa 9+9?”*

*“Signora Shibata
le piacciono
le poesie di Saijo Yaso?
Cosa pensa
del governo Koizumi?”
Queste sono le domande
che mi renderebbero felice!*

Shibata Toyo (96 anni) [1]

Come potrei dimenticare l'ingresso nel reparto maschile al terzo piano dell'ospedale Villa Santa Giuliana di Verona. Avevo 23 anni, appena laureata in psicologia, il direttore mi aveva presentato i medici, la caposala e gli infermieri. Con uno dei medici avrei partecipato alla riunione di reparto che si teneva quotidianamente con le persone ricoverate: “psicotici cronici”.

Altre due sono le esperienze indelebili impresse nella mia mente vissute negli otto anni trascorsi nella clinica, un po' come tirocinante e un po' come psicologa, con incarichi pagati dai genitori dei giovani pazienti. Uno, relativo alla settimana che avrebbe dovuto essere di vacanza per quattro ragazzi ricoverati, per i quali era stato pensato un soggiorno in una casa a pochi chilometri dal Lago di Garda. Il soggiorno era stato organizzato pensando a me come operatore che stava con i ragazzi. Ero l'unico operatore la notte, dormivo in cucina sul divano letto, mentre i quattro ragazzi erano divisi in due stanze con letti a castello. Trascorrevo la notte angosciata come loro, se non di più, rimanendo sveglia con gli occhi sbarrati nel buio ad ascoltare i rumori fino a

quando non calava il silenzio. Prima che questo accadesse Filippo fino a notte fonda suonava il sax, Carlo in piedi faceva sbattere ritmicamente la struttura di metallo del letto a castello contro la parete, impedendo agli altri di dormire. Edoardo delirante e poetico in quell'occasione era diventato insopportabile, intercalava un sommesso bisbiglio che sembrava una protesta, come suo modo di esprimere disappunto e fastidio. Daniele un giorno ha deciso di tagliarsi la gola con un coltello da cucina, per fortuna senza gravi conseguenze per la sua incolumità. Nessuno dormiva, e durante il giorno ognuno aveva ricostruito intorno all'appartamento, nel giardino, il medesimo percorso che avevo visto loro tracciare in ospedale. La mattina venivo raggiunta da un altro psicologo, che aspettavo come un salvatore. Eravamo alleati contro di loro, i pazienti. Questo la dice lunga sul come eravamo ridotti e su che razza di esperimento era stato messo in piedi. Non nego che sia stata un'esperienza davvero dura, ma anche istruttiva sul significato dello stare a contatto ravvicinato da soli con persone in preda ad angosce e contro le quali si ergono barriere difensive alla ricerca di una tutela per preservare un briciolo di salute mentale.

L'altro momento intenso sia per il tipo di esperienza che per la povertà dei miei strumenti teorico-clinici, era l'incarico di stare quattro ore al capezzale di un ragazzo di 20 anni che slegavo quando eravamo assieme e rilegavo quando me ne andavo. Era stato dimesso da un ospedale psichiatrico perché aveva appiccato il fuoco al reparto.

Il mio approccio alla malattia mentale, alle definizioni di psicosi e di cronicità è stato in parte anche questo. Un mondo angusto, a tratti terribile, che stimolava la mia curiosità e il desiderio di conoscere, capire queste cose, dentro e fuori di me. Così è iniziato il mio lento *training* formativo. Analisi, scuola di specializzazione, seminari, supervisioni, convegni e tutta la trafila.

Poi il lavoro, scelto, con tossicomani e alcolisti. Ho concluso la mia carriera dirigendo un servizio di psicologia clinica in ospedale a contatto anche con il dolore del corpo oltre che della mente, posto che ci sia davvero distinzione tra i due.

Iniziano così le mie riflessioni su questo terreno delicato, riflessioni che riguardano le persone con malattie mentali croniche, la loro sofferenza, senza o con scarse prospettive.

Le definizioni aiutano a delimitare il campo e a stabilire le coordinate entro cui si svilupperanno i ragionamenti che seguiranno. Sul vocabolario Treccani [2] leggo che cronico è un aggettivo derivante “dal latino *chronicus* e dal greco *χρονικός*, da *χρόνος* che indica il «tempo». In medicina, e nel linguaggio comune, si riferisce alla malattia o condizione morbosa a lento decorso, e quindi con scarsa tendenza a raggiungere l'esito, cioè la guarigione, la morte, o l'adattamento a nuove condizioni di vita, attraverso l'instaurarsi di un nuovo equilibrio”.

È una definizione che richiama rappresentazioni mentali ben precise:

- *lento decorso*: parlare di lentezza in particolar modo oggi è come sferrare uno schiaffo alla velocità dei tempi nei quali siamo immersi! Chi vive questo stato ne sente tutto il peso, la difficoltà e la durezza. Il lento decorso risulta particolarmente discrepante con la rapidità con la quale intorno a noi tutto cambia e con la sensazione che tutto sia inarrestabile e soprattutto potenzialmente modificabile. Anche la malattia cronica? Questa percezione rivoluziona il vissuto del tempo, lo rallenta, lo dilata e nello stesso tempo ne annulla specificità e differenze. Non so se si accetta davvero la lentezza o la si subisce, così come si subisce l'inesorabile degradarsi delle persone malate, che diventa penoso per chi lo vive ed amaro per chi vi assiste;

- *scarsa tendenza a raggiungere l'esito*: l'esito nella malattia riguarda la guarigione o la morte. Terreno ostico parlare di morte e di guarigione per le malattie definite "croniche". Per chi esercita una professione di cura, la guarigione dovrebbe essere l'esito degli sforzi e delle fatiche che impegnano i curanti e in fondo anche la morte è strettamente connessa alla cura e alla vita nella sua manifestazione ultima. Consapevolezza alla quale si arriva attraverso l'accettazione della tragicità della vita, come scrive Speciale Bagliacca [3], riferendosi, in questo contesto, proprio alla scoperta individuale dei propri limiti: "*Il senso tragico di responsabilità... parte da un vertice molto... alto... Proprio per questo, mentre può osservare (o intuire) la complessità delle cose del mondo, acquista il senso delle proporzioni e può cogliere – il più delle volte non senza sgomento e un certo dolore – quale spazio limitato occupano i nostri piedi. Accettare i pesanti limiti del nostro volere e del nostro potere, privilegia la conoscenza e la comprensione.*" Nella "cronicità" siamo nel lento decorso che non porta subito alla morte ma neanche alla guarigione, passaggio più complicato da accettare per tutti perché non se ne comprende il senso. La cronicità pone il malato e i familiari in una condizione di sospensione. Si innesca un miscuglio di vissuti tra desideri e pensieri contraddittori che convivono: da un lato la voglia che finisca il tormento, dall'altro il desiderio di conservarlo perché comunque è vita;

- *nuove condizioni di vita*: le diagnosi spesso hanno il sapore di verdetti senza ritorno, e quando si arriva a definire una malattia cronica, spesso ciò significa "senza ritorno". Quello che succede di fatto è un adattamento o, meglio, un ri-adattamento al nuovo *status*, attraverso un sistema che richiede di "*trovare un verso*". In certe situazioni con pazienti giovani, barlumi di speranza si insinuano intermittenti, come guizzi velleitari e vitali a negare ciò che sta succedendo. Detto per inciso, tutta la vita è così, un continuo e costante adattamento ai processi inesorabili di mutamento di *status*, che risulta però più diluito e illusoriamente meno evidente rispetto alla cronicità. Trovare *un nuovo equilibrio* implica una qualche modifica e tutti noi sappiamo quanto

faticoso ciò sia. Cambiare quello che siamo significa trasformare poco o tanto di quello che riguarda il nostro modo di concepire il mondo, noi stessi, gli altri; costruzioni che abbiamo impiegato anni a formare tessendo insieme i frutti del tempo in cui siamo vissuti e viviamo, le esperienze affettive, lavorative, sociali, in una parola, la vita. Tutti questi cambiamenti richiesti, necessari, non trovano *luoghi* di elaborazione, sono semplicemente pretesi da sé e dagli altri come dati e necessità di fatto.

Pensando ai malati cronici, ciò che appare ad uno sguardo approssimativo, frettoloso e impreciso, è *l'immutabilità*. Sembra che il loro modo di essere, di sentire, di vivere sia sempre uguale a se stesso. Come se si potesse rappresentare graficamente l'esperienza relativa ai malati cronici con una linea retta, piatta.

Gli Antichi Greci, con la loro distinzione del tempo, Chrònos e Kairòs, ci aiutano a decostruire il vocabolo "cronicità" e il significato a cui rimandano quelle rappresentazioni legate all'immobilismo cui mi riferivo con l'immagine della linea retta e piatta.

Chrònos è il tempo che scorre, come successione di istanti, di ore, di giorni, il tempo che rovina e distrugge; è un tempo astratto, in un'accezione di durata "quantitativa". Kairòs è uno specifico periodo, il tempo giusto, opportuno, il momento preciso, propizio, adatto, conveniente, stabilito; è la situazione, la buona occasione, la circostanza, e rimanda alla nozione di tempo "qualitativo".

La descrizione delle differenze che gli Antichi Greci facevano del tempo esprime ciò a cui intendo riferirmi pensando ad un tempo vissuto come inesorabile, persecutorio, usurante, divoratore di ogni istante della vita; questo tempo non è solo un susseguirsi di giorni che passano ma è distruttore delle differenze e della qualità dell'esistenza. In fondo non è forse questo che il termine cronicità evoca? Qualcosa che non muta e che non potrà mutare, una ripetizione senza fine che ingloba il cronico e chi gli sta intorno.

C'è poi Kairòs. Questa parola si riferisce al "momento fra", cioè a quel determinato periodo di tempo in cui qualcosa cambierà lo stato attuale delle cose. Si può tradurre come momento propizio, opportunità. Si profila in questo "momento fra" uno spazio che magari è possibile occupare per vedere ciò che non si è potuto vedere, che è sfuggito agli occhi velati di lacrime.

Per quanto concerne il concetto di malattie croniche, le principali definizioni utilizzate in ambito europeo sono quelle fornite dall'*Organizzazione Mondiale della Sanità* (OMS) [4] e dalla *European Health Interview Survey* (EHIS) [5], e definiscono un quadro di riferimento anche quantitativo di queste malattie.

L'OMS definisce le malattie croniche come patologie non trasmissibili da una persona all'altra (*non communicable diseases*), che presentano le caratteristiche di lunga durata e generalmente lenta progressione.

Anche per l'EHIS, le malattie croniche sono riconducibili a patologie di lunga durata, oppure a quei problemi di salute che durano o che si prevede che durino per almeno sei mesi.

In entrambe le definizioni si pone l'attenzione sul concetto della lunga durata che, nella maggior parte dei casi, copre gran parte della vita di chi soffre di tali patologie. Al riguardo, è significativo ricordare che in Europa il 25% della popolazione soffre di disagio mentale.

Vocabolario e Organizzazioni concordano nelle definizioni: cronico è l'esito di una patologia, organica e psichica, che include le diagnosi di psicosi, alcol e tossicodipendenza, malattie a lunga durata e a lento decorso.

Se le cose stanno così, la strada pare in un certo senso già tracciata; e in linea con questo, ho avuto modo di osservare dal punto di vista clinico che, mantenendo un dato vertice di osservazione, la visuale mostrerà sempre le stesse caratteristiche del fenomeno osservato. Cambiando punto di vista, invece, anche lo scenario cambia. Nel film *Indiana Jones e l'ultima crociata* (Steven Spielberg, USA, 1989), nella scena girata all'interno della Chiesa di San Barnaba a Venezia, il protagonista cerca un indizio che ha sotto i piedi, ma potrà vederlo solo salendo sul soppalco, cambiando cioè visuale. Non è immediato e facile mollare i propri modelli di riferimento; formano griglie di lettura mentali, "occhi" attraverso i quali osserviamo la patologia, il malato di mente, il tossicomane, l'alcolista, l'anziano. Vedere oltre, vedere cose differenti richiede deviazioni, "*biforcazioni*" come le chiama Serres [6], "*perdite*" di punti di riferimento, protezioni, automatismi. Per farlo è necessario assumersi un rischio che fa abbandonare la "retta via" per imboccarne un'altra, incerta, solitaria, poco battuta e talvolta fallimentare.

Nel corso del tempo, ho iniziato a pensare che ad essere cronico potrebbe essere anche il nostro sguardo, i nostri riferimenti concettuali, le nostre mappe cognitive, il nostro modo di individuare i segnali con i quali osserviamo i fenomeni che definiamo cronici. Un'attenzione centrata prevalentemente sulla malattia e sulle limitazioni che comporta, che induce a concentrarsi sulle impossibilità e sulle restrizioni, i limiti, ma che fondamentalmente trascura la persona per se stessa. Una mia amica ha lavorato e vissuto in un appartamento con cinque disabili a Scorlewald¹ a 50 km da Amsterdam, sulle rive del mare. La cosa interessante, oltre al magnifico posto e alla cura delle case nelle quali le persone vivevano, era la valorizzazione di ogni minuscola capacità degli ospiti, anche di quelli molto gravi. L'attenzione era focalizzata su ciò che si poteva fare, anziché solo sul ciò che mancava. Allentare lo sguardo, prendere una "giusta distanza" può aiutare a sfocare la cronicità e mettere a fuoco la persona a tutto tondo, e ciò che di nuovo ne emerge. D'altra parte, i "malati cronici" non sono tutti uguali: pur presentando la

¹ cfr. <https://www.raphaelstichting.nl/scorlewald/>

stessa diagnosi, le persone sono diverse. Ciò implica che qualcosa le differenzi. Anche “prendere una distanza” è abbandonare la retta via. Di ciò avevo una percezione indistinta nelle osservazioni delle famiglie di tossicomani. Era una sensazione indefinita che mi faceva pensare che mi sfuggisse qualcosa, che quello che osservavo fosse parziale e limitato, senza pertanto riuscire ad andare oltre la sensazione approssimativa, incerta, confusa, fumosa e generica, che mi accompagnava nel lavoro. Le discussioni in *équipe*, erano spesso senza esiti, perché non è facile deviare. Anche i gruppi di lavoro aderiscono a schemi che nel tempo diventano cronici. Confidavo che le diverse professioni con le quali lavoravo potessero cercare con me quello che immaginavo come svelamento di ciò che non vedevo. Ma non era semplice neanche per i colleghi. Ho cercato in altre direzioni, con colleghi di altri approcci e di altri servizi, ma anche questa strada è risultata interessante ma fallimentare rispetto a ciò che avevo in mente anche se in maniera confusa. Nessuno svelamento.

Un interessante lavoro in questa direzione è stato fatto con un laboratorio dedicato alle storie difficili, i cui risultati sono descritti in: *“Lavorare con storie difficili. Dal rischio di cronicità all’autonomia possibile.”* L’aspetto interessante riguarda l’essere partiti dal *“racconto di alcune storie [per] sviluppare a partire dalla loro rilettura fatta tra i partecipanti, apprendimenti utili a capire come stare «con attenzione» dentro storie di vita difficile”* [7].

In fondo, niente di nuovo, perché si tratta sempre di partire dalle persone, dalle loro storie, ascoltandole «con attenzione». La novità sta nella consapevolezza di quel che si fa, e nel discuterne insieme. Esperienze di questo tipo assumono una valenza di straordinarietà perché sempre meno le persone che stanno male si sentono ascoltate, prese in considerazione. È uno degli aspetti che caratterizza il lavoro, oggi: operatori indaffarati sanno cosa fare, come muoversi, ma non ascoltano più il paziente: consultano i dati inseriti nel computer, prestano attenzione agli esami, ma quello che dice chi sta male è davvero secondario.

Ora sono fuori dai giochi e posso riflettere senza pressioni, posso “girovagare” senza meta da un libro all’altro, rievocare esperienze, ripensare a film, musiche e incontri.

Grazie ad una serie di circostanze fortuite, sono stata stimolata a conoscere un approccio che non conoscevo, *Dialogo aperto*, un approccio finlandese alle gravi crisi psichiatriche. Anche questo approccio pone al centro del lavoro l’ascolto del malato, l’attenzione a ciò che dice, a quello che dicono i famigliari e il contesto sociale nel quale è inserito. Non voglio entrare in merito all’approccio, non è questa la sede e ci sono anche in Italia² persone

² Ad esempio, G. Tibaldi, psichiatra, Direttore dell’Unità Operativa Complessa di Salute mentale dell’Area Nord dell’Ausl di Modena, o G. Ridente, psichiatra, Direttore CSM3 - Centro di Salute Mentale di Domio – Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste.

più competenti che possono farlo, ma voglio attirare l'attenzione su quanto Jakko Seikkula [8] scrive nel suo libro perché mi sembra un buon punto di partenza per riflettere su un approccio che coinvolge il contesto allargato nel trattamento alla malattia mentale grave al suo esordio. Seikkula, psicologo clinico della Finlandia del Nord, scrive: *“Negli incontri aperti, la nostra comprensione del fenomeno della psicosi è iniziata lentamente a cambiare”* [8]. Il fatto stesso che adottando un punto di vista diverso si produca un cambiamento di comprensione mi sembra un'incoraggiante possibilità di sviluppo di un ragionamento. Anche in questo caso la novità sta nel mettere le persone implicate insieme a ragionare su ciò che fa star male. Non lo fanno i curanti da soli ma assieme al malato, ai familiari e a chi indica il malato come significativo per lui: altri curanti, vicini di casa, compagni di scuola, datori di lavoro. Tutti insieme. Questo produce una visione diversa della malattia mentale, il trattamento coinvolge una comunità, esce dall'ospedale, dagli ambulatori di salute mentale. Si tratta di un intervento che richiede un cambiamento di ottica, rigore, impegno, rispetto delle diverse e varie formazioni (sistemica relazionale, psicoanalitica, cognitivo comportamentale, infermieristica, assistenza sociale) alle quali va ad aggiungersi una formazione triennale in questo specifico approccio che si chiama Dialogo Aperto.

Scrive Serres che: *“Il pensiero inclina. Senza preavviso, in luoghi e in tempi incerti, cambia bruscamente direzione, a volte in maniera minima. Scopre, trova, crea soltanto mediante questa deviazione, ramificazione, biforcazione, rottura di simmetria omogenea, la caduta ripete; la declinazione divergente, ha buone possibilità di inventare!”* [6]. Che poi spesso inventare è mettere insieme elementi noti e leggerli in modo diverso, gli artisti ce lo insegnano bene, riescono a vedere nell'usuale, il nuovo, in *“maniera minima”*.

Ecco quindi che ciò che ho cercato per tanto tempo è sempre stato lì, sotto il mio naso. Non mi riferisco ad un metodo, o forse anche a quello, confesso, pure interessante - anche se *“...il metodo permette di scoprire ciò che tutti sanno già da un pezzo”* [6] - bensì ripartire dalla persona, dai suoi legami, da chi gli sta intorno con i quali verosimilmente ha i maggiori interessi, rapporti, contatti e dai suoi crucci, dalle sue preoccupazioni, ansie. Interessante è il fatto che l'approccio uguale e diverso nello stesso tempo permetta di comprendere cose diverse, che si pensavano conosciute. La parola usata dallo psicologo finlandese è una parola logora tanto è utilizzata, una parola che acquista un suono nuovo perché su di essa è scesa una nuova attenzione. La parola è *comprendere* che significa *“contenere in sé, abbracciare, si riferisce ad un contenere che è includere, un capire che è un afferrare - una considerazione che riorganizza e ridisegna ogni assetto precedente. Comprendere un principio di valore, un pensiero, una posizione, un sentimento, fa sì che la nostra mente li assimili: ciò che si comprende si fa proprio, diventa parte di*

*sé. La connotazione etimologica sottolinea che questo avviene sempre con un mezzo ben preciso – ora l’intelletto, ora il cuore, ora un abbraccio.”*³

Scrivere aiuta a riflettere a più riprese sulle cose. Vorrei soffermarmi, spero non più del dovuto, su una delle ultime esperienze lavorative nelle quali, con un collega, abbiamo provato a cambiare visione del noto, nell’approccio alle persone viste come croniche. Nel servizio nel quale ho lavorato anni, mi sono occupata anche di alcolisti non più giovani che non parlavano di sé, magari convinti che la loro dipendenza fosse un vizio e che niente avesse a che fare con la loro storia. Inoltre era ostico usare gli strumenti del nostro mestiere (anamnesi, colloquio clinico, test proiettivi), perché la sensazione prevalente era di inutilità e insensatezza di fronte al vuoto di contenuti, alla fatica per i pazienti e per noi psicologi.

La fatica era legata al rapporto con quei pazienti che, nonostante fossero stimolati da domande, erano in grado di *dire*, più che raccontare, solo poche sequenze concrete di eventi. Erano incapaci di collegare fatti a emozioni, emozioni a reazioni, e incapaci di pensarsi all’interno di una rete relazionale di legami, come se non si percepissero in alcun legame, o in legami strangolanti, in difficoltà a dare valore a qualsiasi brusio emotivo, psichico, proveniente dal loro interno. Di fronte a questo, abbiamo pensato fosse necessario cambiare approccio, con l’idea che fossero i nostri strumenti poco adeguati e che portavano a tenere le distanze.

Erano pazienti del Servizio Ambulatoriale Dipendenze (SerD) definiti, dall’organizzazione, “*cronici e invisibili*”, perché passavano inosservati e tendevano a sgattaiolare via evitando il più possibile i rapporti, mantenendosi ancorati alle relazioni sul piano formale. Si rivolgevano al servizio con una tacita richiesta di una soluzione magica, immediata, indolore ad un problema di dipendenza; nello stesso tempo, di fronte alle ricadute sembravano stupiti, incapaci di collegarle a qualcosa, le vivevano come prive di significato all’interno della loro esistenza. Ogni ricaduta era vissuta come fosse la prima, ripeterpetuavano comportamenti sempre uguali a se stessi, bloccati nell’impossibilità di apprendere. Sembrava che, trascurando i dettagli nei quali si manifestava la loro vita, non fossero ancorati allo scorrere quotidiano del tempo, sembrava che fossero “distratti”, che si fossero costruiti una visione della loro esistenza così distante da sé, da non esserne più in contatto. Persone diverse tra loro accomunate da queste caratteristiche: *croniche*, appunto. O così sembravano a noi.

Il libro *Cinematapia* [9], letto più di una quindicina di anni fa, aveva lasciato un segno silenzioso ma vigile che, nell’incontro con gli altri libri e

³ Dal Vocabolario Treccani [2]: Contenere in sé, abbracciare, racchiudere; accogliere spiritualmente in sé, riferito a persona, penetrarne l’animo, i sentimenti, la psicologia.

articoli [10-14], ha organizzato un vago sentire canalizzandolo in pensieri e parole. Così è nato il progetto: *Gruppo cinema*.

Cinema e Psicoanalisi, nate entrambe alla fine del XIX secolo, occupano un posto centrale nella cultura contemporanea e lo occupavano nella nostra esperienza di psicologi. Pensiamo sia stato questo ad aprire un confronto, un dialogo tra noi, permettendoci di mettere insieme questi due interessi per usarli con queste persone in difficoltà. Sicuramente essere amanti del cinema ci ha aiutati a sognare e a pensare che le nostre passioni avrebbero potuto esserci ed essere utili. Il cinema racconta storie ed era quello che volevamo succedesse con loro, partendo dalla consapevolezza che “(...) *Raccontare la propria tragedia, significa farla esistere nella mente di un'altra persona con l'illusione di essere capiti, accettati nonostante la ferita. Significa anche trasformare il proprio trauma in una confidenza che assume un valore relazionale*” [15].

Eravamo dell'idea che nel racconto si stabilisca una sequenza concatenata di eventi che diventano una storia con una maggiore possibilità di essere compresa e condivisa con altri. Raccontare ha il senso di iniziare a tessere la trama narrativa, il racconto della propria esistenza come primo passo verso un processo elaborativo e chissà, forse, di trasformazione. Infatti, “(...) *Il mutamento avviato dal pensiero, rovescerà il rapporto con gli altri così come il rapporto con se stessi. (...) è bene sistemare le proprie idee in maniera da sistemare il proprio modo di vivere*” [16].

Quando le parole si mescolano nei mondi interiori di chi parla, avviene una specie di «*trasmissione del pensiero*». Nel mondo etereo dove le parole rappresentano immagini intime, le parole hanno un «*effetto farfalla*» ci dice Cyrulnik [15], il semplice fatto di prepararsi a parlare alleggerisce la sensazione che si prova nel proprio corpo. In fondo i bambini, prima di imparare a parlare, vivono in un mondo di intelligenza preverbale dove lentamente si preparano alla metamorfosi della parola: perché non utilizzare questo anche con persone adulte? È qui che abbiamo pensato ci fosse utile il cinema? Forse. Sicuramente questo è un ragionamento fatto a posteriori.

Quando non troviamo la parola, e non si può raccontare, la soluzione viene ricercata da mezzi arcaici. *L'acting-out* è tra questi. Esso, nello specifico di questo ambito, si riferisce alle condotte impulsive, disturbi della condotta, delinquenza, tossicodipendenza, ecc., situazioni nelle quali il termine *acting-out* è usato per indicare “*fuori dalla mentalizzazione*” e non come “*fuori dalla relazione analitica*” [17].

Storie senza parole, “*fuori dalla mentalizzazione*”, hanno intriso i loro ricordi, perché hanno suscitato emozioni, però insignificanti. Le immagini non hanno senso quando non è possibile situarle in un luogo, un “*contenitore*”, e trasformarle in racconto. Che sia importante la presenza di “(...) *un posto dove*

mettere ciò che troviamo” ce lo dice Winnicott [18] e lo ribadisce René Kaës [19]. Secondo Cyrulnik [15] “*L’infelicità non è mai pura, né più né meno della felicità. Ma quando la tramutiamo in racconto, diamo un senso alle nostre sofferenze, capiamo, a distanza di tempo, come siamo riusciti a trasformare il dolore in meraviglia perché ogni uomo ferito è costretto alla metamorfosi (...)*”. Come direbbe Bion, è necessario trasformare gli elementi *beta* in *alfa* per renderli pensabili e comunicabili. Chissà cosa sarebbe successo di diverso a quelle persone che in questi giorni hanno sparato a persone extracomunitari, a una bambina rom, se avessero trovato un luogo nel quale vomitare la rabbia, l’odio. Ma dove troviamo uno spazio per il racconto?

Il rischio che si corre oggi è che la *lingua tecnica essenzialmente numerica* colonizzi “*tutti i settori delle nostre vite culturali e tutti i dispositivi di soggettivazione.*” “*Questa lingua che disdegna la dimensione fabulatrice che finge di ignorare i sogni e gli incubi che essa stessa veicola, che pretende di dar conto direttamente del reale senza doverlo interpretare, modellare e inventare attraverso il linguaggio e la parola, è interamente costruita su un sistema formale, su una combinazione di segni numerici*”. Questo è quanto scrive in maniera intensa, quasi perforante, in tutto il suo libro, Roland Gori [20].

Da un lato un linguaggio tecnico, stringato, ridotto, appiattisce e toglie ogni possibilità di dare voce al racconto di sé come elaborazione, condivisione, riflessione. Vi è un allenamento a stare costretti nei quadratini da crocettare, già dalle elementari. La verifica ha sostituito il racconto, il dialogo con l’insegnante su quanto appreso mescolato con commenti personali, domande, divagazioni e questo prosegue fino all’università e si estende in ogni campo, da sani e da malati.

Nel tentativo di andare oltre la superficie della cronicità e dare voce alle storie che abbiamo ipotizzato siano dentro le persone, abbiamo provato a rompere con la routine, con la noia, con le prassi previste per vecchi alcolisti e tossicomani, per vedere se era possibile incontrarci da un’altra parte, in un altro modo. Avevamo già sperimentato il nostro fallimento, per cui cambiare sistema sembrava doveroso. Nello specifico questa idea è sorta grazie ad una donna che mostrava dolore nell’evocare la morte improvvisa, traumatica del marito. Evento al quale attribuiva, falsamente, l’inizio della sua dipendenza alcolica. Secondo lo stile noto, parlava senza nessuna spontaneità nel raccontare, dava solo brevi e vaghe risposte a numerose e dettagliate domande. Diventava loquace e spontanea su questioni a lato, importanti per lei e, a mio parere, marginali, che a suo dire l’avevano fatta star bene. Questo ha introdotto l’idea che forse era necessario costruire un sistema che non affrontasse direttamente le questioni legate alla sua patologia, ma fosse necessario passare attraverso uno spazio intermedio, indiretto, tra storia personale e difficoltà: “*lo spazio tra*”. Era come poter vedere l’altra faccia della donna oltre la patologia.

“*Ascolta, dunque se vuoi pensare*”, scrive Michel Serres [6]. Forse banalmente è ciò che abbiamo fatto: ascoltare la pena dei pazienti quando proponevamo loro i nostri strumenti clinici, per imbastire con loro setting altrettanto penosi. Sicuramente il punto di vista nostro sulle persone con le quali abbiamo lavorato è cambiato, così com’è cambiato il loro nei nostri confronti. Qualcuno che bazzicava per il servizio da anni, ci ha raccontato storie che non potevamo nemmeno immaginare, durissime e dolorose, che non avevano mai preso voce. E queste persone hanno iniziato ad animarsi, è ricomparso “il brillio negli occhi” che sembrava spento. Sensazione strana. In alcuni il bere persisteva, in altri è stato abbandonato. Ma oltre a questo abbiamo visto “nascere” nuovi interessi, riflessioni sui propri comportamenti violenti o sull’effetto dei comportamenti violenti o scomposti sui familiari, sui figli. Niente di straordinario, intendiamoci, esperienze del genere sono diffuse, è averle sperimentate in prima persona e all’interno del nostro contesto “imbalsamato” che è stato importante.

La cronicità, alla luce di questi ragionamenti, acquista una luce sinistra, sembra la conseguenza di una pigrizia mentale; la riflessione e l’osservazione si congelano, smettono di cercare la persona oltre la malattia. In quest’ottica, la cronicità può essere legata ad una visione semplificata e rassicurante. Si evita la fatica di andare oltre al supposto dato di fatto, si pensa di essere esentati dal cercare altre possibilità, perché “sappiamo” che non esistono soluzioni possibili, o qualcosa di diverso da ciò che abbiamo visto e sono dalla “nostra parte” le definizioni di cronicità, i protocolli, le prassi, le diagnosi, le esperienze pregresse dei colleghi.

Avevamo iniziato il lavoro con il gruppo, senza ragionare troppo, accettando l’incertezza e incompiutezza delle nostre conoscenze, sensazione che si presenta sempre quando si osa intraprendere qualcosa di nuovo. Abbiamo deciso di reggere l’esitazione, di tollerare l’ansia che ci accompagnava, rincuorandoci con l’idea che avremmo potuto riflettere in corso d’opera imparando direttamente dall’esperienza. Potrebbe sembrare una azione banale quella che abbiamo intrapreso, ma non lo è per niente se si considera che ha “rivoluzionato” un servizio, disturbato colleghi che non gradivano scombussolamenti e che difendevano il quieto vivere, tanto più che avevamo bisogno di loro per l’invio di potenziali partecipanti al gruppo. La rottura con le prassi consolidate ha fatto uscire, oltre al timore e all’ansia, alcuni piccoli tentativi di boicottaggio di poco conto superati con il tempo e con il consolidarsi del gruppo, ma anche nuove energie, eccitazione, interessi, curiosità e voglia di approfondire, rianimati da una rinnovata voglia di andare avanti. I ragionamenti che seguono con ciò che emergeva dal gruppo sono stati importanti sostegni a continuare il lavoro e la ricerca teorica.

Abbiamo recuperato alcune funzioni del cinema contemporaneamente

alla “sperimentazione”, funzioni come la dimensione simbolica del contesto, del gruppo e, ad esempio, il legame silente tra spettatori che si viene a creare. A farcelo notare era stato l’articolo di Tramonte e Stagnitta [21] in seguito alla lettura del quale ci siamo concentrati su alcuni degli aspetti presenti nel nostro piccolo gruppo. Abbiamo avuto modo di sperimentare il legame silente, *socialità sincretica*, descritta da Bleger [22]: si percepiva e lo condividevamo nelle discussioni che seguivano la proiezione del film. Bleger, con il concetto di *socialità sincretica*⁴, valorizza i vissuti sensoriali che sono il fondamento dell’esperienza di appartenenza nel gruppo che non distingueva un “noi” da un “loro”. Niente è mai semplice e anche questa esperienza ha richiesto tempo a noi e ai partecipanti del gruppo per accettare i cambiamenti. All’inizio la condivisione delle esperienze e i cambiamenti che da questo derivavano venivano accettati solo parzialmente e in maniera scostante, tanto che spesso i partecipanti tentavano di defilarsi. Questo evitamento, in particolare, riguardava quelle persone che si difendevano dalla proposta, sottraendosi con il silenzio o dichiarando l’esperienza conclusa dopo il primo ciclo di film e incontri, lasciando in noi domande aperte.

Introdurre cambiamenti provoca di rado *standing ovation*; le reazioni ai cambiamenti sono tiepide, suscitano perplessità, e serve un tempo nel quale le proposte possano essere elaborate, mentalizzate e digerite. Fare insieme aiuta.

Come aiuta vedere e ri-vedere scelte e persone per non ricadere nella installazione di nuove routine, nuovi protocolli e procedure.

Questo modo di intendere l’uso del cinema, in quel contesto, era legato alla psicoanalisi, riferimento teorico che condividevamo nelle formazioni come strumento terapeutico e come strumento di lettura dei fenomeni patologici e non. Rimane l’unico strumento che di fronte ad un sintomo pone la questione del che cosa comunica e su questo formula un pensiero. Ed è lì che abbiamo cercato aiuto tramite alcuni concetti bioniani, relativi ai “*processi trasformativi del pensiero*”, alla *funzione del “contenitore-contenuto”*, alla “*sonda*”, al “*pensiero onirico della veglia*”, perché particolarmente fecondi nella comprensione del lavoro con il “gruppo-cinema”. Contavamo che i nostri compagni di viaggio riuscissero ad immergersi nella narrazione filmica, che si sentissero *contenuti* da essa, e si lasciassero trasportare identificandosi con i differenti personaggi sullo schermo. Ci aspettavamo che si attivassero

⁴ A questo proposito René Kaës [23] parla di «... di quello stato particolare del legame che corrisponde all’indifferenziazione di fondo degli spazi psichici comuni. Ciò corrisponde in parte a ciò che J. Bleger chiama la socialità sincretica, ossia un tipo di relazione che, paradossalmente, è una non-relazione, cioè una non-individuazione: la socialità sincretica si fonda su una immobilizzazione delle parti non differenziate dello psichismo.»

elementi regressivi, curiosità per i protagonisti dei film, per i loro sentimenti, le loro vite e storie, in attesa che la stessa curiosità si attivasse nei confronti di se stessi e di chi avevano vicino nel gruppo. Lo scopo era che ciò che sembrava privo di significato, anche a partire da un processo imitativo, ne trovasse uno, potesse essere introiettato per dare un senso agli accadimenti che li riguardavano.

Volevamo dare valore ai legami, conflitti, passioni, storie, emozioni, con l'idea che fossero pretesti narrativi e che il gruppo riuscisse ad acquisire più elementi per ri-sintetizzare l'esperienza filmica e produrre nuove storie soggettive, personali con elementi collegati, pensati e riferiti a sé, anche imitando. Le connessioni erano centrali, serviva integrare gli elementi scissi e costruire legami tra i pensieri e dare il via a storie sensate, collegando emozioni ed esperienza, mente e corpo, soggettivando gli stati d'animo propri. Tutto questo era ignorato, banalizzato, ridicolizzato, scisso quando non negato del tutto nei nostri pazienti. Alcuni di essi erano alessitimici [24], cioè persone con una limitata capacità di elaborare le emozioni che li predispone cognitivamente ad avere stati affettivi indifferenziati e scarsamente regolati. D'altra parte perché meravigliarsi, dato che lo sguardo cronico di chi osserva rischia spesso di osservare selettivamente e non vedere le magari impercettibili variazioni che, anche nella vita a lento decorso di un malato, possono essere mobilizzabili?

Il film poteva aiutare a mostrare il lavoro delle difese in atto. In queste persone le difese sono rigide e rendono il pensiero piuttosto fisso, l'energia psichica ingessata e costretta a percorsi impersonali. Spesso il pensiero si esprime attraverso una raffica di luoghi comuni, stereotipati e non pensati, è un pensiero concreto simile alla scarica agita, con una funzione evacuativa di ciò che disturba. Introspezione, elaborazione, tolleranza alla frustrazione e trasformazione sono funzioni ancora lontane.

Non è che il lavoro con malati cronici, familiari, curanti, contesti ponga difficoltà minori. E specie nelle comunità locali non è difficile imbattersi nei funzionamenti descritti. Dobbiamo tenere a mente che le resistenze fanno parte integrante del lavoro e che per introdurre allentamenti e spazi di manovra è necessario un certo lavoro di alleggerimento delle rigidità, dei pregiudizi, attraverso una costante rivisitazione del lavoro, per non ri-trasformarlo in croniche routine.

Allentare le prassi è uno dei modi per non scivolare in protocolli che via via si irrigidiscono e nel *Gruppo cinema*, alla fine di ogni ciclo di incontri, discutevamo con i pazienti cosa, come e se introdurre modifiche. Possibilità di discussione che ci permetteva di tenere attivi più registri di lettura che nelle discussioni facevano capolino: la relazione tra la realtà rappresentata del film e la realtà psichica dei partecipanti al gruppo. In fondo, come

scrive Gabbard [25], “(...) *in larga misura, i film parlano il linguaggio dell'inconscio*”. Lo spazio creativamente ambiguo che caratterizza sia il cinema che la psicoanalisi è situato tra reale e immaginario, documentario e finzione narrativa, storia e esperienze soggettive. È noto come il cinema possa amplificare la conoscenza del mondo interiore e come una “sonda” [26] possa esplorare universi ignoti e ricercarvi un senso. Bion si riferisce alla “sonda” come ad uno strumento di indagine nello stesso modo in cui la psicoanalisi esplora e trasforma ciò che vede e tocca. Il “cinema-sonda” entra nella mente dell'individuo evocando ricordi, sogni, emozioni, fantasie, legami, desideri e restituisce l'immaginario, la rappresentazione di questa mente sotto forma di rappresentazioni visive.

Per citare un esempio, un paziente esploderà dopo la visione di un film, raccontando del suo bere smodato, portandolo ad affermare nel gruppo quanto sia forte e come il suo modo di affrontare le persone sia attraverso la violenza, la litigiosità che l'alcol scatena. Egli enfatizzava, descriveva e confondeva questo suo sistema come *forza*. Con questo racconto ha permesso a tutto il gruppo di rivivere quelle situazioni nelle quali l'ubriaco urla che non ha paura di nessuno, sfascia le cose, insulta e picchia le persone. L'effetto “sonda” aveva portato a galla un'immagine di sé che aveva potuto essere raccontata ad altri, primo passo al riconoscimento di qualcosa di personale e soggettivamente vissuto, in attesa che anche la *debolezza* prenda la parola. Nella discussione che seguiva il film era come se si lavorasse con libere associazioni, il cinema permetteva questo viaggio interiore e diventava, nel nostro caso, cinema di “evasione”, nel senso che permetteva e facilitava l'uscire dal condizionamento di uno stereotipato e ripetitivo modo di pensare, per andare oltre, per cercare un senso che si collegasse alla soggettività.

Questa matrice poteva mostrare non solo le difese, le rigidità il pensiero poco mobile, un pensiero intriso di luoghi comuni, stereotipati, non solo nei pazienti ma anche dentro di noi psicologi. Le loro difficoltà non erano molto lontane dalle nostre nel dover rivedere il nostro approccio alla cronicità.

Mi sono dilungata su questa esperienza nell'intento di condividere con i lettori come si sia attivato un processo per niente lineare e noto. Un processo zigzagante che ha attinto caoticamente da vari serbatoi dei concetti, delle sensazioni, delle esperienze, degli intuiti che a posteriori abbiamo assemblato per raccontare questa storia. Abbiamo vagato sorretti dal desiderio, dalle letture e dal confronto tra noi due psicologi che ha attirato alcuni altri colleghi. Non abbiamo visto subito cose diverse, lo abbiamo fatto lentamente, partendo da dettagli. Un po' come Marcel Proust descrive nel romanzo *All'ombra delle fanciulle in fiore* [27], il ricordo attivato dalla percezione del dislivello percepito dal piede tra due pietre del selciato, sensazione che per effetto “sonda” riporta ricordi, sensazioni alla coscienza.

Se accettiamo l'idea che sia *uno sguardo* ad essere cronico, e non solo la patologia della persona malata, possiamo ipotizzare che quando ci si riferisce alla cronicità se ne abbia una visione semplificata. Il che significa che tutto ciò che può essere utile al vivificare la persona malata, a vederne specificità e caratteristiche, va perso, scompare. Ci rappresentiamo una persona cronica come statica, ferma, immobile, stabile, fissa, rigida interiormente, e forse la malattia lo è ma la persona magari no: malattia e persona non sono la stessa cosa. Operatori con una visione cronica difficilmente saranno in grado di vedere qualcosa di vitale nei loro pazienti, perché è difficile anche quando si cerca. Se non ci si aspettano elementi vitali perché si è concentrati su ciò che non funziona, si corre il rischio che lo sguardo cronico, che annulla le differenze e le peculiarità, invada ogni aspetto del rapporto. Sarà difficile prendere in considerazione ciò che può essere ancora mobile.

Negli anni '70 avevo pensato alla cronicità degli operatori, senza osare dirlo, vedendo alcuni infermieri psichiatrici in manicomio, distinguibili dai malati solo per la divisa, o vedendo, dieci anni più tardi, dei secondini in carcere simili ai detenuti. All'interno di patologie gravi, croniche, ci sono bagliori vitali che se si riescono a cogliere rendono più leggera la vita del malato e quella del curante. Ma se lo sguardo dei curanti è cronico, esso non sarà allenato ad accorgersi non solo di fugaci bagliori, ma neanche di divampanti incendi che potrebbero attraversare e animare un paziente.

Accorgersi dei piccoli sussulti vitali è tanto più necessario quanto più grave è la patologia, dal momento che il rischio è che il curante si abbruttisca e si cronicizzi tanto quanto il malato, oltre ovviamente a precludere al malato una migliore qualità della vita. Essendo una condizione che si protrae a lungo nel tempo si dovrebbero trovare delle rivisitazioni della patologia, aprendo ad esplorazioni che aiutino a ri-trovare contatto tra persone.

Sono convinta comunque che da soli non si vada da nessuna parte, perché il contatto costante con situazioni gravi succhia via la vita. Diventa tollerabile ed affrontabile con più supporti: un gruppo di riferimento, il confronto, le discussioni, i contesti allargati, le letture, i film che mantengano aperture e riletture del noto. Strumenti che, a mio modo di vedere, aiutino a vedere oltre l'immediato, attivino immagini, nuovi pensieri, richieste esplicite d'aiuto per poter essere utili a pazienti, familiari e curanti.

Un fenomeno a cui assistiamo attraverso servizi giornalistici sulla carta stampata, in tv e sui social, riguarda il maltrattamento di persone fragili, anziani, malati mentali, minori, malati affetti da malattie croniche, fenomeni più diffusi di quanto non si pensi anche se non tutti trovano eco mediatica. La malattia cronica non suscita grandi simpatie. La violenza di cui sono vittime persone che non sono in grado di difendersi fa pensare al grado di frustrazione che la produce. Lasciati soli un numero usurante di ore, a volte

mal pagate, queste persone con pochi supporti, scarsa formazione, senza nessuno spazio di elaborazione della fatica e dell'impotenza di un lavoro con persone "poco interessanti" ed impegnative, si lasciano andare e possono sconfinare in agiti violenti. Lunghi dal giustificarli, anzi dopo aver condannato ogni sopruso e ogni violenza, nondimeno mi sembra doveroso cercare una comprensione a questi comportamenti per cercare idonee misure arginanti. Sicuramente le visioni semplificate inducono a loro volta la messa in atto di comportamenti routinari, scanditi da procedure ripetitive, che si coniugano alla rappresentazione di un lavoro poco gratificante, monotono, che può produrre depersonalizzazione e deumanizzazione.

Hannah Arendt ci spiega bene cosa succede nell'attivare procedimenti di deumanizzazione spostati sulle procedure organizzative. Nel processo descritto in *La banalità del male. Eichmann a Gerusalemme* [28], la filosofa mostra come un normale burocrate può mettere in piedi un sistema di sterminio di massa senza battere ciglio, e possa compiacersi dell'efficienza della sua macchina. In un libro del quale - ahimè - non ricordo né il titolo né gli autori, veniva analizzata la macchina organizzativa messa in piedi che ha sterminato sei milioni tra ebrei, rom, sinti e jensch, gruppi religiosi come testimoni di Geova e pentecostali, omosessuali, malati di mente e portatori di handicap. Un apparato burocratico spezzettato dove ciascuno doveva fare in maniera efficiente il suo lavoro, senza possederne il quadro generale e lo scopo.

Spostando l'attenzione sull'aspetto burocratico, sulle procedure, sulle prassi e sui protocolli, si perde di vista la persona; si è distratti, "*si ha la mente o l'attenzione momentaneamente o abitualmente rivolte altrove da ciò che [gli] accade intorno*" [2].

Se si considera il maltrattamento come un sintomo, possiamo afferrare il profondo malessere che lo determina e che non viene percepito ai suoi albori. Non solo le persone maltrattate perdono la loro dignità di esseri umani, ma nello stesso modo la perdono i curanti. È come se attraverso questi comportamenti agiti, chi si occupa di persone in difficoltà rivelasse senza le parole che non ce la fa più a contenere tensione, disagio, fatica, frustrazione, stanchezza. Non si tratta più di pensare all'incontro tra persone, ma ad una sorta di lotta per la sopravvivenza fisica e psichica. Ovviamente soccombe il più debole, chi ha meno potere. Ma a perderci sono, siamo, davvero noi tutti: i malati, gli assistenti e chi partecipa, anche se indirettamente, allo scempio e alla distruzione di ogni barlume di umanità.

Se la definizione di malattia cronica come malattia che si protrae nel tempo, a lunga progressione, non viene decostruita, continuerà a contenere tutti gli elementi di immutabilità che portano al logoramento del rapporto tra persone. D'altra parte, ciò che non muta, che non cambia mai, perde le qualità

umane e il soggetto si trasforma in oggetto (non in senso psicoanalitico), in cosa. È così che la malattia pensata e trattata come mantenimento costante della situazione attiva semplificazioni che a loro volta mettono in moto automatismi meno impegnativi, che pongono meno interrogativi, meno implicazioni, meno complicazioni sul piano relazionale, però abbruttiscono, svisiscono, deumanizzano le persone implicate in una relazione di fatto negata. Questo stile a-relazionale sta prendendo piede in maniera abbastanza generalizzata in ambito sanitario con le persone malate, croniche, anche in ambiti amministrativi burocratici, dai quali sempre più viene espulso l'essere umano *reale*,⁵ perché tenerne conto significa fare i conti con complessità, sfumature, che richiedono la necessità di operare delle distinzioni, prediligendo e diffondendo sempre più modularistiche standardizzate dentro le quali non si può essere inclusi con le proprie specificità ed eccezioni.

Sono stata di recente presso il comando dei Carabinieri della mia zona per denunciare una frode informatica, di quelle per le quali senza accorgersene si preme qualche minuscolo tasto sul cellulare e ci si trovano addebitate sulla carta di credito piccole somme mensili, senza aver avuto la consapevolezza di averne dato autorizzazione. Il maresciallo dei Carabinieri, per compilare la modulistica informatizzata, alla domanda: "professione", non trovava la dicitura "psicologo", sconsolato mi guardava e mi chiedeva a cosa altro poteva essere assimilata la mia professione; non c'era la voce "altro", e non c'era modo di inserire un altro campo con la mia qualifica. La scelta poteva essere del tutto casuale, a quel punto una professione equivaleva a qualsiasi altra. Ma la modulistica era salva! Quando si sbaglia a compilare un modulo e si chiede di correggerlo dopo averlo consegnato, l'agenzia delle entrate, la banca, l'assicurazione, alla richiesta di correggere, ratificare l'errore, risponde sempre: "Non si può". E ogni volta io penso: "Ma sono solo carte, come non si può, tiri un segno e metta una nota in calce con la correzione, firmi, mi faccia controfirmare, alleggi un documento e la cosa è risolta". Invece non è così, ed è triste continuare a scoprire e ri-scoprire che le carte sono più preziose delle persone, che la prassi consolidata è indice di un pensiero semplificato e piatto, al quale si pensa davvero non ci sia rimedio. Se poi ci si lamenta con

⁵ Essere umano reale è qui inteso nel senso descritto da R. Speziale Bagliacca [29]: "Quando ci troviamo a pensare secondo la logica della responsabilità tragica, ci rendiamo conto che ci eravamo ingannati e comprendiamo che la percezione alterata che avevamo di una persona e dell'oggetto interno che le corrispondeva era il risultato di nostre proiezioni, di nostre idealizzazioni, di nostri desideri, oltre che del nostro bisogno di mettere ordine nelle emozioni tramite il processo di scissione. L'oggetto diventa reale ai nostri occhi sentiamo di accettarlo con le sue qualità ma anche con le sue violenze con le sue debolezze, con le sue mancanze di sensibilità in altri termini con i suoi limiti."

qualche burocrate, ci pensa lui a spiegarti tutta la validità del sistema, a farti sentire imbecille e a salvare la procedura. Questo modello di funzionamento ha contagiato e pervaso la quotidianità della nostra esistenza, la cura degli esseri umani, e per certi versi la cronicità si presta più delle malattie acute a svelarne il funzionamento.

È a queste questioni che mi riferisco quando scrivo che l'essere umano reale con le sue specificità viene espulso prediligendo la modularistica. Il guaio è che questa lenta e inesorabile semplificazione sta livellando esperienze, saperi, professioni, realtà umane che non trovano le giuste codifiche. Giorgio Agamben [30] nota che non sono necessarie grandi catastrofi per distruggere l'esperienza, è più che sufficiente la vita quotidiana dell'uomo moderno in una grande città.

Anche la psichiatria e la psicologia stanno subendo trasformazioni che tendono ad escludere la dimensione umana a favore del predominio della "(...) tecnica, che converte la parola in informazioni numeriche, e la razionalità pratico-formale commerciale, che promuove come solo criterio di verità l'efficacia operatoria e procedurale" [20].

Nell'articolo *Quale futuro per la psicopatologia in un mondo senz'anima?* [31] Roland Gori formula, e non è l'unico psicoanalista e studioso a farlo, una critica al tecnicismo, alla razionalità strumentale: "*I dispositivi culturali e sociali funzionano a tutti gli effetti come dei filtri sociali, che producono ciò che è accettabile in un dato momento in una data cultura.*" Egli si chiede: "*Per quale motivo le nozioni di disturbo, di rischio, e di pericolosità oggi hanno sostituito i concetti tradizionali di angoscia, di sofferenza psichica, di psicosi e di nevrosi? (...) vogliamo riconoscere che la posta in gioco essenziale del DSM III, IV e V è stata quella di farla finita con il continente delle nevrosi, troppo vicino alla concezione tragica di un uomo diviso e conflittuale(...).*" E in maniera molto esplicita continua: "*Questa neo-psichiatria tende a sostituire il giudizio clinico del professionista con il profilo psicometrico ed il punteggio su una scala raggiunto all'interno di colloqui più o meno automatizzati, che permettono di stabilire una diagnosi di disturbo del comportamento*".

La standardizzazione, che non trova posto al lemma che definisce la mia professione, altro non è che il sintomo di un sistema che sempre di più sta espellendo pezzi di umanità che non rientrano nelle griglie e in profili standardizzati. Succede nell'ambito della psichiatria, della medicina, della amministrazione pubblica, nella scuola, nell'artigianato, nella cura del territorio, ecc. Insomma, in ogni ambito della vita quotidiana.

Non solo il nostro sguardo è cronico, ma è anche "scotomico", impossibilitato a vedere, e nel caso in cui vi riuscisse, ecco che deve affrontare lo spiazzamento di qualcosa che non rientra nei canoni attesi.

Lavorando con gli allievi della scuola infermieri del terzo anno del Corso di Laurea in Infermieristica, ho constatato quanto sia introiettato lo stile conforme alle procedure con le quali si approcciano i malati. In un certo senso viene autorizzata una forma di relazione che si caratterizza con uno stile difensivo con meccanismi quali: spostamento, evitamento e contemporanea enfattizzazione teorica, ma scissa, della relazione a favore di una professionalità centrata su farmaci, medicazioni, pasti somministrati, all'insegna dell'efficienza procedurale. Coniugare le procedure, che sicuramente aiutano lo svolgimento del lavoro, con l'attenzione alla relazione⁶ con il paziente, richiede un maggior investimento emotivo e una maggior fatica, forse una maggiore deviazione e maggiore *zoppia* [6].

Recentemente ho avuto modo di chiacchierare con una fisioterapista vecchia del mestiere, che lavora con gravi patologie acute e con patologie croniche. È stato sicuramente interessante scoprire che perfino nel suo settore la patologia cronica si qualifica come priva di attrattiva, poco interessante per gli operatori, perché non ha esiti positivi e non è stimolante. Dà maggiore soddisfazione lavorare per dei risultati. Tuttavia, in campo riabilitativo ortopedico, neurologico esistono attività parimenti importanti sia per il paziente che per i familiari. Proprio questa fisioterapista mi diceva che l'accompagnamento, il sostegno, la relazione sono componenti integranti di quel processo riabilitativo grazie al quale spesso pazienti e familiari vivono meglio. Un potenziale miglioramento della qualità della vita è ciò che sostiene il lavoro con le patologie croniche a patto che sia stato coltivato un processo di consapevolezza e collaborazione tra curante e curato. Anche nel campo riabilitativo, pertanto, collaborazione e condivisione di obiettivi sono importanti per esiti minimi, motivazione e progressi.

La malattia mentale relativa agli stati psicotici è tra quelle che maggiormente conta patologie croniche e proprio in questo ambito spesso il peso della cura grava quasi esclusivamente sulle spalle dei familiari. A rendere duro stare accanto ad una persona con queste patologie è sicuramente la cecità rispetto a ciò che può essere mobilizzabile e di conseguenza apprezzabile, così come

⁶ Da alcuni commenti non solo degli studenti, ma anche di infermieri che lavorano nei diversi reparti incontrati in varie formazioni, mi sono fatta l'idea di un malinteso di fondo relativo al significato che viene attribuito a "relazione." Come se le rappresentazioni sottostanti a questa parola, evocassero capacità specialistiche dello psicologo in ambito psicoterapico. Raramente viene intesa la relazione come la capacità di tenere conto di essere in relazione con una persona, in posizione di fragilità, dipendenza, spavento, con stili di relazione variabili modulati sull'esperienza che sta vivendo il malato. Vi è una grande difficoltà a pensare che non sia sempre necessario sedersi al capezzale del malato a rievocare traumi passati. Questa fantasia silente spesso fa dire, "serve lo psicologo", lo specialista. Senza rendersi conto di quanto questo modo di pensare sia distante da una professionale, umana relazione tra esseri umani.

sentire tutto il peso della situazione sulle proprie spalle, sentirsi soli, non poter defilarsi perché farlo significherebbe lasciare l'altro in balia di se stesso. I malati di mente hanno *aree libere* da conflitti [32] che permettono loro di avere autonomie e possibilità di autogestione che andrebbero valorizzate, incoraggiate. Tuttavia, questo non solleva i familiari dal sentire d'essere punti di riferimento esclusivi per i propri congiunti, perché sanno di non poter contare quasi su nessun altro. Su queste basi le organizzazioni dei familiari sono nate per far sì che i membri si diano sostegno e supporto reciproco, anche se associazioni di questo tipo non sono molto diffuse. Magari non è così; mi sono fatta l'idea che queste siano presenti nei grandi centri urbani e molto meno nelle realtà di provincia che conosco meglio. L'invecchiamento dei familiari può essere un'altra fonte di preoccupazione: che cosa succederà alla loro morte, chi prenderà il loro posto nell'accudimento, deve essere un cruccio non da poco per chi lo vive.

Se da un lato in certe realtà i familiari dimostrano la capacità di organizzarsi e mobilitarsi, dall'altro permane il senso di solitudine e di abbandono, vissuti soggettivi di malessere individuale diffuso che acuisce la distanza con le istituzioni. Non di rado il distacco percepito scatena sentimenti di rabbia e atteggiamenti rivendicativi nei confronti della sanità pubblica, vissuta come indifferente, lontana, chiusa difensivamente su se stessa. Sentirsi impotenti, non ascoltati, non può che scatenare un grande rancore, che in certi casi si tramuta in agiti violenti, mossi da sentimenti che possono assomigliare ai sentimenti vissuti dagli operatori a contatto con malati di mente cronici, di cui ho scritto più sopra. Il senso di solitudine, in situazione di difficoltà come questa, rischia di tramutarsi in disperazione, qualche volta con esiti tragici. Il sentirsi abbandonati si accompagna spesso al sentirsi stanchi, impotenti, e questo turbinio di sentimenti occupa l'esistenza dei familiari di persone che necessitano di assistenza, diventando una potenziale miscela esplosiva che scatena e attiva una sorta di bulimia di richieste – sicuramente reali – e contemporaneamente difensive. Si tratta di richieste alle istituzioni perché si pensa ad esse, illusoriamente, come ad una fonte che dispensa strumenti, sollievo, assicurazione, supporto, protezione. Queste domande sono poste per trovare un argine, *un luogo* nel quale depositare, nel senso citato più sopra, il malessere che l'isolamento, la lontananza istituzionale, la frustrazione e l'angoscia creano e che non trovano possibilità di condivisione, narrazione, elaborazione, eccezion fatta là dove esistono associazioni o organizzazioni specifiche.

Spesso sostenere i familiari significa attivare le loro risorse, una ritrovata fiducia, un senso di appartenenza, un sentimento di accettazione e condivisione. In questo modo il peso può essere diluito, i cappi allentati, la vita può riprendere a scorrere e perfino l'ironia può trovare posto per esprimersi. In

questo modo, cosa non da poco, situazioni anche tragiche possono diventare abordabili. Impariamo dalla cultura yiddish che l'umorismo aiuta a superare la tragedia. *“Il witz – studiato da Freud già nel 1905 [33] – è una forma di filosofia del paradosso che fa esplodere il cul de sac delle logiche rigide compiaciute di sé che caparbiamente rifiutano di rimettersi in questione e con uno scoppio di riso rimette in moto i processi di pensiero prevenendo la sclerosi e l'idolatria”* [34]. Mark Twain scrive che: *“Tutto ciò che è umano è patetico. La segreta fonte dell'Umorismo stesso non è gioia ma dolore. Non c'è umorismo in cielo”* [35]. Questo tipo di filosofia per essere adottato richiede uno *“studio caratterizzato da un forte elemento polemico e un bisogno viscerale di confronto, ragion per cui non si tratta di uno studio solitario. Necessita almeno di due persone che, assimilandosi a vicenda, si criticano senza sosta, allo scopo di impedire l'irrigidimento sclerotico”* [36]. Poter guardare il tragico con altri, poterne anche ridere nei termini appena descritti, permette di ridare alle persone fiducia in se stesse, una certa energia tale da continuare nel lavoro di accudimento, sostegno e presenza a chi ne necessita.

Spesso i servizi psichiatrici, le istituzioni, non sono strutturati in modo da dare questo tipo di sostegno ai familiari; possono offrire assistenza domiciliare per i farmaci, visite per le situazioni difficili, inserimenti lavorativi quando è possibile, tutti servizi assolutamente necessari e importanti ma non sempre sufficienti. Operatori assorbiti dai singoli casi e schiacciati dalla quotidianità fanno fatica a cercare soluzioni più consone ai cambiamenti in atto nel contesto sociale.

Il prendere atto della sempre minor disponibilità di risorse e di investimenti nella sanità pubblica è una tappa obbligata per ripensarsi come servizi a sostegno di chi soffre; queste riduzione delle risorse sono indicatori che dovrebbero portare a cercare di cambiare la attuale gestione per evitare il collasso. Sempre più persone stanno male perché sono saltati gli argini, gli epistemi, quei saperi acquisiti e certi che si contrappongono a quelli del singolo, come scrive René Kaës [19], che hanno saputo arginare le angosce e che ora vagano diffuse e pervasive. Non siamo certo nel terreno della cronicità ma quel disagio si unisce a quello della gestione della sofferenza, del disagio cronico che interpella i Servizi: *“Esperienze e ricerche hanno da anni messo bene in evidenza come una serie di patologie e malesseri di chi si rivolge ai Servizi richiedano di essere identificati e trattati con interventi in cui diagnosi e terapie fornite da competenze sanitarie si collocano entro attenzioni ai contesti di vita familiare e lavorativa”* [37].

Cambiare visione, punto di osservazione: questo è il *pivot* attorno al quale continuano a ruotare le mie riflessioni. Il cambiamento può essere spiazzante, una sorta di disequilibrio simile alla vertigine, può produrre nausea, per cui è comprensibile che si cerchi di evitare il malessere del disequilibrio, dello

spiazzamento, della perdita di riferimenti protettivi e rassicuranti o presunti tali, nondimeno è comunque necessario. Scrive Sigmund Freud: “*Siamo minacciati dalla sofferenza da tre versanti: dal nostro corpo, condannato al declino e al disfacimento e che non può funzionare senza il dolore e l’ansia come segnali di pericolo; dal mondo esterno, che può scagliarsi contro di noi con la sua terribile e formidabile forza distruttiva; infine, dalle nostre relazioni con gli altri*” [38]. La follia rappresenta insieme la paura dell’altro e della relazione.

Avventurarsi nell’incerto, oscuro, ansiogeno mondo della malattia mentale fa paura; in questo viaggio ci si può perdere perché i mondi vicini non sono mai così solidi e sicuri, sono insidiosi e possono essere fagocitanti.

Non è un caso che i folli venissero caricati su navi che non attraccavano mai e venissero tenuti lontano dalla società civile, presenti, ma non tanto, fuori dagli sguardi. Questo succedeva nel Medio Evo, come ci racconta Foucault [39] e come ci mostra nel suo straordinario dipinto *La nave dei folli* Hieronymus Bosch, realizzato già tra il 1490 e il 1500.

La storia ci racconta che, nel tempo, i malati mentali hanno preso posto nei lebbrosari, trasformati in manicomî. È soltanto con Basaglia che si scombinano le carte portando alla luce del sole ciò che era tenuto nascosto, fuori dagli occhi, dai pensieri della gente comune. Nei libri di Franco Basaglia, Franca Basaglia Ongaro, Agostino Pirella e Salvatore Taverna [40-42] viene descritto in maniera approfondita l’abbruttimento che si abbatteva sui malati: rinchiusi, legati, spogliati del loro abbigliamento personale, sedati con farmaci, privati delle posate per misure di sicurezza, lasciati legati al letto sporchi delle loro deiezioni. Cosa c’era in questi trattamenti di curativo è difficile da immaginare, anche se era giustificato “scientificamente”. Per certi aspetti richiamano i maltrattamenti di cui ho scritto più sopra denunciati di tanto in tanto dai mass media. E quale fatica ha fatto e fa ancora ad affermarsi la rivoluzione che lo psichiatra veneziano aveva introdotto nel sistema di cure psichiatriche in Italia. La realtà italiana è comunque varia e complessa da descrivere e non è possibile generalizzare prassi ed esperienze in ambito psichiatrico.

Di certo c’è che i cambiamenti che la legge Basaglia ha proposto sono stati attuati con molte difficoltà. La chiusura dei manicomî, avvenuta talora in maniera selvaggia, non ha trovato se non in rari territori strutture alternative, coinvolgimento della società civile, accompagnamento e cambiamento culturale. Il “matto” faceva paura e continua a farla se non viene cambiato qualcosa. Cito ancora l’approccio di Seikkula [8] che anche in questo specifico campo ha introdotto cambiamenti culturali significativi, esito inatteso dall’approccio del Dialogo Aperto. Si è sviluppato a partire dal coinvolgimento dei familiari e dal piccolo contesto e successivamente si è allargato coinvolgendo sempre più persone ma soprattutto modificando le

rappresentazioni della malattia mentale collegate allo psicotico. È un lavoro che non può essere pensato in tempi brevi: l'attività di Seikkula, ad esempio, va avanti da trent'anni.

Ascoltando le associazioni di parenti, leggendo notizie di cronaca nelle quali sono coinvolti pazienti psichiatrici, vedendo programmi di prevenzione nelle scuole contro lo stigma verso la malattia mentale, ci si costruisce un quadro frammentato, vario, che contiene una moltitudine di aspetti che vanno a confluire in un'idea della malattia mentale ancora confusa, spaventosa, angosciante, che contiene la visione romantica del genio incompreso [43] e il bruto imprevedibile potenzialmente violento [44], visioni in ogni caso ancora distanti anche da una grossolana conoscenza e comprensione dei malati di mente. Nel delicato film *Lars e una ragazza tutta sua* (Craig Gillespie, USA 2007) viene descritto come, da un lato, il desiderio di una vita normale e, dall'altro, la bizzarra soluzione trovata dal protagonista costringano familiari e comunità a ridefinire i parametri delle normali relazioni di buona convivenza. Si tratta di un film certamente utile per aprire ad alcune riflessioni sul rapporto tra malattia mentale e contesto sociale. Quale spazio di dialogo esiste tra i due poli, quanto l'uno può contaminare l'altro, e quanto sia possibile uno scambio di apprendimento osmotico al momento non è dato sapere.

Se è vero come scrive Serres [45] che “(...) *mentre cambiano le tecniche, il corpo subisce una metamorfosi, si trasformano la nascita e la morte, la sofferenza e la guarigione, i mestieri, lo spazio, l'habitat, lo stare al mondo*”, è gioco forza chiedersi se sia ancora possibile cercare un modo per ri-trovare l'umanità che si rischia di perdere nelle pieghe della cronicità. Guardando e vedendo con occhi diversi quello stato che è stato osservato nella parzialità e considerato come il tutto, arriviamo ad aggiungere un altro tassello: il contesto, la società civile⁷.

Frequentando qualche reparto psichiatrico, non può sfuggire come le persone siano accomunate dal modo di muoversi, fumare, entrare in relazione. Il livellamento cui si assiste è talvolta dovuto ad un utilizzo incauto dei farmaci, non di rado usati come “moderne camice di forza”, in questo davvero efficaci. Anche con i farmaci, il malato cronico è stabilizzato per cui può vivere fuori dal reparto psichiatrico, anche se faccio fatica a pensare ad un contesto normale che lo accolga, faccio fatica a pensare ad una comunità disponibile ad assecondare le richieste del malato, e disponibile a sostenere i familiari. Ma è in quella direzione che è necessario incamminarsi, e lavorare. A fare questo ulteriore passo di nuovo ci aiuta *zoppicare*, ovvero imboccare

⁷ Civile, agg. [dal lat. *civilis*, der. di *civis* «cittadino»]. – 1. Di cittadino, dei cittadini, considerati come parte d'uno stato e con particolare riguardo alla loro convivenza in seno allo stato [2].

deviazioni, pensando che alcuni problemi indotti dalla società nella quale viviamo, quali maggiori fragilità e vulnerabilità, in qualche modo dovrebbero tornare “a casa”, nel proprio contesto di vita. Le persone in difficoltà non troveranno pace se saranno isolate e se si delegherà solo qualcuno ad occuparsene.

Nei servizi è sempre più necessario un lavoro, come scrive Franca Olivetti Manoukian, “(...) *trasgressivo, che oltrepassi i confini del lavoro centrato sul caso*”, perché è un dato di fatto che non si è in grado di dare risposte a tutti, che le risorse sono sempre più limitate per cui si rischia di venir “*risucchiati dalla quantità e complessità dei casi, dai casi «gravi»*”⁸ [46].

Torno di nuovo allo psicologo finlandese, al suo libro e ad alcuni video su YouTube perché mi hanno fornito una prospettiva di speranza, per i risultati, per l’approccio e il coinvolgimento dei familiari del malato, ma soprattutto del contesto sociale, contemplato come parte integrante del trattamento e non come eccezione. La partecipazione attiva dei componenti del trattamento, alla stessa stregua dei curanti, restituisce la parola a tutti i protagonisti. È difficile andare oltre la terapia e lasciare la parola ai malati di mente per ascoltarli davvero: “sono matti”, per cui quello che ci dicono può sembrare delirante o fantasioso e non lo si ascolta; quando delirano, ci sono specifici farmaci per farli tacere e raramente il delirio trova posto e considerazione, di solito viene “estirpato”.

Eppure c’è un’esigenza generalizzata di parola. Tutti vogliono parlare, tutti comunicano con tutti attraverso reti innumerevoli, specie in questo tempo in cui si è immersi nella cultura della comunicazione. Tutti parlano e in questo contesto non mi riferisco al parlare a vuoto, ma al desiderio di entrare in contatto con qualcuno che condivida affetti, gioie, che senta di essere accettato e capito, che realizzi uno scambio di pensieri, emozioni, sentimenti, vissuti con qualcuno che voglia ascoltare; anche se pochi ascoltano per davvero, pur essendocene un grande bisogno. Il malato è come noi immerso in questa cultura e a maggior ragione chiede parola e ascolto, qualcosa che va oltre la cura e che potrebbe anche orientarla.

Su questi temi, per le esperienze pluridecennali e per il lavoro sul campo, rimando ad alcuni testi di Franca Olivetti Manoukian [47] e di Gino Mazzoli [48, 49] che ci accompagneranno in riflessioni che diventano stimoli per osare cimentarsi in esperienze trasformative con interventi sorretti da una rivisitazione dei ruoli degli operatori, dei servizi e della comunità locale.

Far riferimento alla loro esperienza aiuta, specie di fronte ad ostacoli ed impasse; saranno poi la realtà, le persone a orientare e indicare le strade da

⁸ Ho scelto solo alcuni tra i numerosi scritti degli autori nei quali si possono approfondire i temi sfiorati.

percorrere. Come operatori si può capire la necessità di mobilitare energie per sostenere le comunità locali (volontari, associazioni, politici, ecc.) nella misura in cui si è riconosciuto lo stesso bisogno quando ci si è messi nell'ottica di cimentarsi in piccoli cambiamenti nel proprio approccio alla malattia mentale, alla cronicità alle situazioni multiproblematiche, quando cioè si è deciso di cambiare in certe situazioni paradigma di intervento, quando si è usciti dal servizio per costruire anche qualcosa d'altro. Al muovere i primi passi è importante sentire di essere sostenuti di avere qualche alleato. Cambiare anche di poco ottica richiede uno sforzo, sorretto dal desiderio, spinto da curiosità e interesse. Voglio dire che non è un processo spontaneo ma è un lavoro mirato a sollecitare processi elaborativi sul lavoro come professionisti, sull'orientamento di un servizio che decida di assumere l'idea di investire nelle risorse territoriali di comunità accettando che i tempi sono cambiati e che serve muoversi per governare i nuovi problemi che avanzano. Ancora qualche pensiero su questo perché ritengo che siano prospettive che vanno riprese da più parti, rimuginare anzi ruminare perché possano essere digerite, introiettate e fatte proprie.

Il disagio che si estende entra nei servizi e, a fronte di sempre maggiori tagli alle risorse, induce a rivedere il modo di rispondere alle richieste d'aiuto. Anche il territorio, a contatto con il malessere inscritto nella quotidianità, deve mettersi in moto per attivare il coinvolgimento e la partecipazione delle comunità locali, contemporaneamente ad un servizio pubblico che si lasci orientare dai cambiamenti che vengono avanti. Quello che serve è che la mobilitazione silente della comunità sotto varie forme, come volontariato, associazioni, cittadini comuni, sia in qualche modo raccolto e governato. Al momento risorse preziose sono lasciate all'improvvisazione e all'intervento casuale senza venir valorizzate e dirette. È come vi fosse una ottusità e miopia nel riconoscere forze da utilizzare come potenzialità iscritte nella società civile. Ci sono esperienze che mostrano la fattibilità di un cambiamento, in particolare quelle descritte da Gino Mazzoli [50].

Sappiamo bene che di fronte ai mutamenti si deve fare i conti con sentimenti di ambivalenza rispetto all'investire energie nel contesto sociale, assumendo tutta la complessità di un lavoro così concepito che pone i timori derivanti dal *"(...) processo storico di privatizzazione integrale di tutti i valori comuni che la dinamica liberale comporta per sua propria essenza (per esempio mostrando con Castoriadis, che tale dinamica trasgressiva arriva a dissolvere ogni sentimento di continuità storica, ogni idea di spazio pubblico e ogni riferimento a una vera temporalità condivisa; oppure mostrando, con Lasch, che essa riduce progressivamente l'individuo moderno a un «io minimo» e narcisista obbligato dal proprio vuoto interiore a esaurirsi psichicamente in compiti di quotidiana sopravvivenza"*[51] e contemporaneamente stimola

speranze che arginano e contrastano la distruzione che si percepisce, come scrive Michael Ignatieff [52]: “(...) *la condivisione di un senso comunitario è una necessità umana (...)*” e perdere i legami comunitari e di vicinato è devastante.

«Comune», «comunità», «comunismo» si formano dalla radice latina “*munus*”, che tematizza in maniera radicale il connotato di *munus* nel suo collegamento a *cum*. Se è il *munus* a unire, il significato della comunità starà (...) nella reciprocità dell’obbligo donativo; la relazione comunitaria, dunque, è un “*dare-darsi*” (...)” [2] rimandando agli insegnamenti di Marcel Mauss su ciò che ha costituito il fondamento delle relazioni umane, quindi di ogni comunità: l’obbligo universale a «donare, ricevere e rendere» [51]. Negli oggetti donati, esiste un’anima che li lega al loro autore; ciò li rende quasi un prolungamento degli individui e tesse una rete di rapporti interpersonali. Pensando di allargare il concetto di “dono” non solo ad oggetti concreti ma a forme come il tempo, la disponibilità, l’ascolto, ecc., si può sperare che, su queste basi, si possa recuperare quel legame tra persone che fonda le comunità. È, forse, su questo terreno che le relazioni inscritte nelle comunità potrebbero essere recuperate perché necessarie come argine al variegato malessere dilagante.

Insisto nel dire che si tratta di un lavoro. Un lavoro sociale che si profila all’orizzonte e che è già in ritardo rispetto alla sofferenza che investe, non solo rispetto alla patologia cronica.

Il Servizio Pubblico potrebbe assumere il ruolo di attivatore delle comunità locali facendole diventare risorse, recuperando legami e dono. Questo può accadere se servizi e operatori del pubblico riescono a prefigurare un lavoro in questa direzione. Ciò comporta ancora un cambiamento di prospettiva; di nuovo serve che da una visione “cronica” del lavoro si riescano ad intravedere possibilità, opportunità, ricchezze, energie nell’indistinto e indifferenziato mondo “là fuori”.

Il cambio di paradigma dal singolo caso al contesto necessita di riconsiderare il lavoro sociale come un’area di investimento di lavoro specifico in cui i servizi – da istituzioni detentrici di saperi specialistici – accettino di diventare attivatori di processi sociali volti a costruire convergenze di visioni su problemi, sulle ipotesi di trattamento e sulle risorse per farvi fronte. Si può dire che la funzione dei servizi oggi non è tanto gestire le persone, ma gestire problemi, ribaltando la logica del servizio come contenitore passivo di disagi a attore attivo che li gestisce.

La visione “cronica” dei servizi e degli operatori qui fa sentire tutto il suo elefantico peso mostrando un funzionamento secondo logiche consolidate, protettive e rassicuranti, delle quali magari neanche ci si accorge più, ma dentro alle quali fatica a trovar posto l’approccio “*conoscitivo dei problemi*”, “*la co-costruzione*”, per condividere una “*convergenza di sguardi*” che orienti

le prassi a partire dalla “raccolta di dati”, che diventa il materiale sul quale “fondare le ipotesi” [47] che riguardano gli oggetti di lavoro. Professioni e servizi marciano su dei binari costruiti nel tempo fatti di prassi, modelli professionali che garantiscono un modo di lavorare. È come se la logica del *caso singolo* assorbisse non solo ogni interesse, ogni energia, ma fosse l’unica area pensata come “degnata” del lavoro di medici, psicologi, assistenti sociali, infermieri. Alla fatica e difficoltà culturale a ri-orientare il lavoro, con l’assunzione di logiche di intervento inscritte nel lavoro sociale, si aggiunge una tacita svalutazione di un lavoro che non sia centrato sul caso. Parlando di dimensione culturale, mi riferisco alla refrattarietà ad aprire varchi conoscitivi che permettano distinzioni sulle situazioni. Distinzioni sui differenti tipi di trattamento dei casi a seconda della patologia. Per i casi non trattabili, si attivano raramente ipotesi di lavoro sociale con coinvolgimento del territorio (di politici, associazioni, ecc.). Le terapie che riguardano i casi sociali che bazzicano nei servizi potrebbero assomigliare a quella che un tempo si definiva “riduzione del danno”, comunque sempre in una logica di risposta individuale al caso. Il *Gruppo cinema* ha rappresentato all’interno del Servizio già un minuscolo cambiamento, anche se sempre di matrice clinica. Non si tratta di rinunciare ad essa ma di impiegarla al meglio, mirata a dove può essere d’aiuto, sviluppata alla luce del dibattito in atto anche tra gli psicoanalisti che, da tempo, coniugano nei loro scritti contesto sociale e disagio, malessere [19, 53-59, per citarne solo alcuni] e cambiamenti di personalità, sintomi e patologie della nostra epoca, con descrizioni condivise con i sociologi.

Nella presentazione dei piani di zona, strumenti fondamentali di programmazione per definire e costruire il sistema integrato di interventi e servizi sociali, sono sempre state individuate aree di fragilità emergenti, nuovi problemi: nuove povertà, invecchiamento della popolazione anche tra malati psichiatrici, tossicomani, alcolisti. Questo è uno strumento prezioso per organizzare nuove logiche operative. Per cui se da un lato è nota la trasformazione in atto del contesto nel quale lavorano i servizi, dall’altro si continua a lavorare senza tenerne conto, senza ripensare alle strategie da mettere in campo. Si tratta di una scissione evidente, che produce una biforcazione in direzioni che non trovano una dialettica tra il lavoro dei Servizi e i cambiamenti sociali. È evidente come sia necessaria una conseguente predisposizione di un *luogo* che alleni gli operatori ad allestire a loro volta “*luoghi laboratorio di costruzione di problemi*” (tempo, confronto, formazione, ecc.), come li chiama Gino Mazzoli [60], nei quali esercitarsi e cimentarsi in esplorazioni conoscitive che contribuiscano a istruire processi decisionali e che renda evidente la necessità di rinnovati piani di studio.

Un lavoro che si dovrebbe declinare in questo modo:

“(...) è promuovere azioni di sostegno reciproco in grado di generare riconoscenza e restituzione e di diventare, nel tempo, autosostenibili perché capaci di attrarre investimenti di tempo e denaro della cittadinanza. In sostanza, gli stessi fruitori delle azioni di solidarietà attivate, in quanto dotati di risorse da mettere in gioco, possono diventare progressivamente protagonisti anche sul piano gestionale di queste stesse azioni. In gioco non c’è dunque la creazione di nuovi servizi in capo alle istituzioni, ma la nascita di nuovi corpi intermedi (autonomi dal pubblico, ma sinergici con esso) la cui nascita e il cui sviluppo vanno accompagnati fino a che non riescano a procedere con le proprie gambe” [61].

Il lavoro che ne esce è una costruzione fragile, che va protetta, sorretta, incentivata, sollecitata. Se lasciata da sola, può andare alla deriva, sbanda, si perde, si arena. Questo comporta una quota di pericolosità perché la delusione alimenta rancore e rabbia scatenando un grande senso di inutilità e di impotenza se non esiste *un luogo* nel quale l’elaborazione dia senso a ciò che accade, è come buttare via la speranza. Chi è in difficoltà ha bisogno invece di rimetterla in moto assieme a energia per ri-sperimentare di essere utile e di essere attrezzato a far fronte all’impotenza con la potenza, con un poter fare. Il servizio pubblico avrebbe tutte le carte per essere promotore di un welfare sociale che attiva risorse, che integra i servizi e che aiuta le persone a tornare in gioco sentendosi utili in un rapporto di reciprocità.

Il passaggio che dovrebbe mirare alla costruzione di una *Visione* ha bisogno di un buon lavoro di apprendimento e ci sono esperienze consolidate dalle quali si può imparare a muovere i primi passi. Imparare facendo.

Come detto, si tratta di un lavoro che va accompagnato, sorretto, reso visibile, e credo che in questo possano essere d’aiuto i mass media nella loro funzione etica e di pubblico servizio. Il cambiamento dei parametri culturali con i quali si misurano le esperienze e i tentativi di un approccio sinergico tra pubblico e privato sul lavoro sociale necessita di un sostegno culturale costruito a partire dalle esperienze in campo. Serve modificare le percezioni sulla malattia mentale e sui malati, sulle persone che vivono momenti di difficoltà, fragilità e disagio soppiantando con idee realistiche, pregiudizi, separazioni ed isolamenti, permettendo che si attivino scambi, conoscenze, relazioni.

Alcuni spunti di riflessione, ad esempio, sul come potrebbe essere l’inserimento di alcuni malati mentali in un normale contesto di vita ci è offerto da due film: *Elling* (Petter Næss, Norvegia, 2001) e *Shine* (Scott Hicks, Australia 1996). Nel primo film, Elling e Kjel sono due uomini che, dimessi dopo anni dall’ospedale psichiatrico, devono confrontarsi con le difficoltà

del reinserimento nella società. La visione del film potrebbe sembrare un po' troppo ottimistica sulla disponibilità dei "normali" ad accogliere i "diversi", ma ciò che interessa è la possibilità di iniziare ad affrontare il tema, parlarne, discuterne. Il secondo film narra la storia di David Helfgott, pianista australiano vivente fin da ragazzo in difficoltà, che sprofonda nella schizofrenia. Trova una via di salvezza grazie ad una sensibile signora non giovanissima che ha fiducia in lui. Sono film, certo, ma aiutano ad aprire dei ragionamenti sulla questione del rapporto tra disagio e contesto. Se a porre la questione è anche il cinema è come che il tema esca dai settori specialistici e arrivi alla gente comune, inducendo una riflessione che riguarda tutti.

Non basta attivare progetti che mettono in moto processi trasformativi. Per andare avanti, questi progetti hanno bisogno di "carburante", senza si fermano, non possono essere lasciati alla buona volontà. Serve un apparato di sostegno che il Servizio Pubblico può garantire. Si pensi alle organizzazioni temporanee, ad alto ricambio di persone, quelle che verosimilmente vengono attivate nelle comunità locali. Queste organizzazioni funzionano se qualcuno le governa, possono allargare il loro orizzonte ed includere nel loro mondo chi vive ai margini, se vivono l'esperienza che qualcuno le ha a cuore e le cura e se ne occupa.

Ora sicuramente in alcune zone d'Italia, queste cose si fanno già e richiedono una manutenzione routinaria dei processi, degli approfondimenti, delle messe a fuoco, ma il lavoro impostato continua perché è accettato e consolidato. In altre zone si lavora così in alcuni settori e non in altri, per cui serve ampliare prospettiva. Questo modo di operare potrebbe contaminare altri servizi, altri colleghi, fino a spingere a sperimentare iniziative in contesti vissuti come distanti, vaghi e imprevedibili [62]. In questi casi servirebbe lavorare per attuare azioni partecipate che imbocchino la direzione del lavoro ipotizzato. In questo variegato panorama ci sono però anche aree che lavorano come se il tempo si fosse fermato e il mondo non fosse cambiato, i problemi non si fossero trasformati. In queste situazioni si ha la sensazione che un muro protettivo impedisca l'accesso a qualsiasi pensiero relativo ai mutamenti in atto. La classe media impoverita non viene percepita⁹, la mancanza di lavoro viene attribuita a cattiva volontà dei singoli nel cercarlo e trovarlo. La divisione dei compiti all'interno del servizio è valutata gerarchicamente per cui il lavoro sul territorio, nelle scuole, ecc. non è un lavoro importante tanto quanto il lavoro, ad

⁹ Un'operatrice con casa di proprietà, un lavoro fisso, ma con il marito disoccupato e con problemi di salute, due figli in età scolare, aveva dovuto rivedere e tagliare tutte le spese giudicate in eccesso. Non essendo questa manovra sufficiente, si è rivolto al dirigente del suo servizio per chiedere un trasferimento ad un servizio diverso vicino a casa. Questo le avrebbe permesso di ottenere un risparmio sul trasporto. L'operatrice si è sentita rispondere che avrebbe potuto acquistare un'auto a metano.

esempio, clinico, per cui può venir svalutato nei migliore dei casi, o apertamente osteggiato nei peggiori. Sicuramente la paura, talvolta l'individuazione di un nemico da combattere da qualche parte, le scissioni nel lavoro, nelle relazioni e nel servizio, sono tutti elementi che giocano un ruolo decisivo per la protezione dalle angosce. Ne sono fonti l'incertezza, l'identità vissuta come fragile, l'autostima cedevole spesso collegata a crepe nel ruolo riconosciuto come prestigioso, vissuti che l'istituzione di appartenenza contribuisce ad arginare. Tuttavia il loro rumore preme in maniera intermittente, perché quegli elementi sono riflesso di instabilità, che fanno sentire di essere messi sotto sopra, specialmente ora in cui niente sembra davvero sicuro, facendo nascere il bisogno di continue riaffermazioni, conferme, riconoscimenti di sé e dei servizi di appartenenza. Possiamo definire il periodo come incerto, turbolento: si pensi agli accorpamenti delle Ausl, la mancata sostituzione di chi va in pensione, la carenza di personale, la convivenza tra operatori strutturati che ambiscono ad arrivare incolumi alla pensione, che lavorano accanto ad operatori precari con trattamenti economici diversi, senza tutele, e ai quali viene richiesto di lavorare "sul pezzo", per cui spesso sono esclusi da riunioni e formazioni perché dalle ore del contratto queste attività non sono contemplate. In queste situazioni, afferrarsi al caso, al noto sotto forma di prassi, modelli, routine svolge una funzione rassicurante anche se talvolta imbalsamante che, se impedisce di attivare nuovi sguardi e mobilitazioni mentali verso nuove ipotesi, tiene al riparo da vissuti minacciosi e persecutori. Si tende a favorire lo status quo da qualsiasi parte si trovi.

Le situazioni descritte difficilmente si trovano nelle forme "pure", nelle migliori delle ipotesi sono situazioni miste in cui i sentimenti, i vissuti, le strategie prese in esame permeano oggi il servizio pubblico dedicato ai disagi, quello che dovrebbe prendere nuove direzioni. Processi comunque istruttivi perché aiutano a comprendere che le opposizioni blande o dure ai cambiamenti sono strettamente legate alle paure che i cambiamenti portino via con sé tante cose: le competenze, le certezze, le sicurezze, la posizione, il ruolo.

Il cambiamento¹⁰ non solo manca, ma se viene proposto spesso quando non è boicottato, viene affrontato con fastidio, come perdita di tempo inutile ai fini pratici fino ad essere combattuto quasi ideologicamente. La fatica ad allentare le prassi, ad allargare le appartenenze professionali, ad aggiungere strumenti di lettura è vissuto come una perdita di un'identità consolidata. A volte penso

¹⁰ Ora anche in ospedale i medici si trovano coinvolti, loro malgrado, a dover pensare con un'ottica di lavoro sociale specie in quelle situazioni che richiedono dimissioni protette, di grave disagio psichico, sociale. Non prendere in considerazioni questi aspetti mette a repentaglio anche l'intervento sanitario. Per cui anche questo settore, specialistico, gerarchicamente organizzato è costretto a dialogare con operatori sociali e territoriali se non altro per proteggere l'intervento sanitario, sia esso chirurgico, di medicina, geriatria, ecc.

che la logica con la quale si affrontano le situazioni sia molto simile alla logica sottesa ad una storiella yiddish [62] che, se fa sorridere da un lato, dall'altro mostra davvero un pensiero fuorviante incapace di costruire ipotesi sensate ai problemi in atto. La storiella dice così:

“Un professore di anatomia, nel corso di una lezione agli studenti, vuole dimostrare la veridicità di una sua personale teoria. «Vi illustrerò per mezzo di questa rana, la mia eccezionale scoperta» così dicendo mette la rana sul tavolo.

«Salta!»

La rana fa un grande balzo in avanti, il professore la riacciuffa, le taglia di netto le zampine, la rimette sul tavolo e le grida:

«Salta! ... Salta!... Ti ho detto di saltare!».

La rana immobile guarda il professore sgomenta.

«Bene, ragazzi vi ho dimostrato scientificamente la mia teoria: senza zampe la rana è sorda!».

Questa storiella mi ritorna in mente ogni volta che sento riecheggiare la stessa logica nei discorsi di colleghi, dirigenti, direttori, politici e rimango colpita da un senso di spiazzamento nel constatare l'attaccamento e compiacimento nell'adottarla.

Se questo modo di affrontare i problemi conta su una certa diffusione, ci sono anche operatori che invece sono incuriositi, attratti e desiderosi di sperimentare un approccio meno rigido rispetto alle situazioni con le quale si trovano in contatto. Sentono tutta la fragilità e l'inadeguatezza degli strumenti a disposizione in situazioni che non corrispondono ai criteri di un tempo.

La complessità e la contraddittorietà ha in sé una quota di incertezza che non è specifica degli operatori, è inscritta nella società occidentale attuale: *“Per fattori economici e culturali (...), considerata come la più tecnologicamente avanzata, la società del benessere, la società dei diritti, mostra sempre più fragilità, mostra sempre più squilibri, mostra sempre più contraddizioni e mostra soprattutto l'emergere di fenomeni poco o nulla governabili. Assistiamo al diffondersi di nuove forme di povertà e di devianza; accanto alle manifestazioni più tradizionali di disagio sociale emergono violenze, devianze anche negli strati sociali benestanti, microcriminalità diffuse, esclusioni”* [47]. Caratteristiche che anche noi abbiamo introiettato e nel lavoro diventano evidenti come incertezze. Gli strumenti non sono più così certi, definiti, ed è con questo bagaglio che si incontrano persone in difficoltà che faranno fatica a rivolgersi ai servizi; un senso di pudore e vergogna fa sì che sopportino il malessere o se ne lascino travolgere, a meno che non ci siano reti di salvataggio che riescano ad intercettarle.

Il tutto si complica a causa della frammentazione che investe ognuno, e riguarda riferimenti e orientamenti culturali, idee di ciò che è bene e di ciò

che è male, di ciò che rischioso e di ciò che va perseguito per la crescita, per la felicità, ma anche per gli equilibri fisici, psichici, ecc.

Per cui se i servizi debbono incontrare la cronicità, e se questa collude con la cronicità di sguardi degli operatori, non solo sul singolo caso ma sui cambiamenti in atto, serve cambiare. Cambiare registro in termini di cura, adottando strategie maggiormente coinvolgenti i soggetti implicati, serve lavorare con le comunità locali adeguatamente sostenute, serve che gli operatori e le organizzazioni accettino di superare le resistenze e anche questi siano accompagnati nei cambiamenti.

Per assumere questo modo di pensare è cruciale attivare dei processi di conoscenza che nel lavoro quotidiano all'interno delle organizzazioni per lo più sono sopiti e relegati in momenti e spazi laterali e casuali. Per essere ancora più chiari: si tratta di avviare attente ricognizioni sui problemi attraverso sguardi che si discostino da quelli con cui abitualmente si descrive, si distingue o si classifica, che permettano cioè di vedere quello che di solito non si coglie; di investire del tempo per raccogliere, elaborare, interpretare dati capaci di farci intravedere i bisogni emergenti e non classificabili secondo le consuete modalità di lettura; di interrogare e rivedere le modalità conoscitive a cui siamo più affezionati (e le comprensioni a cui più o meno automaticamente ci conducono) per poterle sospendere e sperimentare altre strade, per poter esplorare e capire.

Ho partecipato alla formazione il cui contenuto è riportato in dettaglio nel libro *Cose (mai) viste* [63]. Vengono descritti gli esiti di una ricerca per l'analisi dei modelli di intervento praticati dalle professioni sociali nei SerD. L'ipotesi del lavoro si basava sulla necessità che gli operatori stessi si rappresentassero, e potessero "vedere", i contenuti, i prodotti del loro lavoro, solitamente dati per scontati. La ricerca-formazione co-costruita tra più soggetti (partecipanti, staff di consulenti, ufficio regionale per le tossicodipendenze) ha permesso di mettere a punto modi e strumenti di rilevazione ed elaborazione dati; ha prodotto acquisizioni conoscitive; ha fornito competenze per risolvere i problemi ricorrenti nella quotidianità.

Alla luce di queste riflessioni, e in parte grazie anche alla formazione durata un anno e mezzo, ho potuto constatare come serva un lavoro per cambiare orientamento lavorativo e servono cambiamenti a vari livelli: politico, dirigenziale e negli operatori.

Concludo con le parole di Franco Battiato [64]:

“Tutti, più o meno, siamo prigionieri delle nostre abitudini, paure, illusioni. Le sofferenze dovrebbero indurci ad abbandonare l'ego, che chiude la strada del ritorno alla nostra natura divina. Noi esseri umani siamo orgogliosi del libero arbitrio e guai a chi mette in discussione questa libertà. Ma ahimè, non è così. In

realtà, siamo schiavi delle nostre emozioni, che ci determinano, dei desideri che dominano e spesso finiscono in tragedia... bella libertà! La liberazione, non può avere legami, né attaccamenti. Di notte, quando si sogna, ci sembra tutto vero. Al risveglio scopriamo che non lo era. Parlare in modo esplicito di certi argomenti mi sembrava un tradimento e mi lasciava un residuo di pentimento. Invece da un po' di tempo a questa parte penso che uno debba, con le dovute cautele, manifestare le proprie idee. Se sei un cercatore di verità, devi dire la verità, non puoi fingere. Però, se la verità la dici a uno che non è in grado di recepirla, puoi danneggiarlo. Sono faccende delicate. Siamo esseri abitudinari, amiamo il conosciuto e abbiamo paura dell'ignoto..., ma è proprio l'ignoto che dovremo raggiungere.”

Bibliografia

- [1] Shibata T. Se sei triste guarda il cielo. Milano: Mondadori; 2012.
- [2] Treccani. Dizionario della lingua Italiana. Firenze: Giunti; 2017.
- [3] Speciale Bagliacca R. Colpa. Roma: Astrolabio; 1997.
- [4] Ministero della Salute. Piano d'azione per la salute mentale 2013-2020. www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2448_allegato.pdf
- [5] ISTAT. Indagine europea sulla salute (EHIS) 2018. <https://www4.istat.it/it/archivio/209625>
- [6] Serres M. Il mancino zoppo. Dal metodo non nasce niente. Torino: Bollati Boringhieri; 2016.
- [7] Pasqualin S, Bolognesi S, ed. Lavorare con storie difficili. Dal rischio di cronicità all'autonomia possibile. I Geki di Animazione Sociale; 2008
- [8] Seikkula J. Il dialogo aperto. L'approccio finlandese alle gravi crisi psichiatriche. Roma: Giovanni Fioriti Editore; 2016.
- [9] Peske N & Beverly W. Cinematerapia. C'è un film per ogni stato d'animo. Milano: Feltrinelli; 2003.
- [10] Algologia N° 13 – Aprile 2012
- [11] Senatore I. Cinema mente e corpo. Treviglio: Zephyro Edizioni; 2010.
- [12] Senatore I. Curare con il cinema. Centro Scientifico Editore; 2001.
- [13] Mastronardi V. Filmtherapy. Roma: Armando Editore; 2005.
- [14] Gabbard GO & Gabbard K. Cinema e Psichiatria. Milano: Raffaello Cortina editore; 2000.
- [15] Cyrulnik B. Il dolore meraviglioso. Diventare adulti sereni superando i traumi dell'infanzia. Milano: Frassinelli; 2000.
- [16] Droit R-P. Vivere oggi con Socrate, Epicuro, Seneca e tutti gli altri. Novara: Angelo Colla Editore; 2011.
- [17] Manfredi Turillazzi S & Pazzagli A. Acting-Out- Rivista di psicoanalisi 1984; 3: 93 – 105.
- [18] Winnicott DW. Gioco e realtà. Roma: Armando Editore; 1974.
- [19] Kaës R. Il malessere. Roma: Borla; 2013.

- [20] Gori R. La dignità di pensare. Roma: Alpes; 2015.
- [21] Tramonte M & Stagnitta S. Psicoanalisi, gruppo e cinema. Note su di un'esperienza formativa di gruppo e cinema. *Funzione Gamma, Journal on line di psicologia di gruppo*; 28. <http://www.funzionegamma.it/psicoanalisi-gruppo-e-cinema-note-su-di-unesperienza-formativa-di-gruppo-e-cinema/>
- [22] Bleger J. Psicoigene e psicologia istituzionale. Psicoanalisi applicata agli individui, gruppi e istituzioni. Molfetta: La Meridiana; 2011.
- [23] Kaës R. Le teorie psicoanalitiche del gruppo. Roma: Borla; 1999.
- [24] Carretti V & La Barbera D. Alessitimia. Valutazione e trattamento. Roma: Astrolabio; 2005.
- [25] Gabbard GO. The psychoanalyst at the movies. *International Journal of Psycho-Analysis* 1997; 78(3): 429-434.
- [26] Bion WR. Attenzione e interpretazione. Roma: Armando Editore; 1973.
- [27] Proust M- Alla ricerca del tempo perduto. Vol. 2 All'ombra delle fanciulle in fiore. Torino: Einaudi; 1974.
- [28] Arendt H. La banalità del male. Eichmann a Gerusalemme. Milano: Feltrinelli; 2013.
- [29] Speciale Bagliacca R. Come vi stavo dicendo. Roma: Casa Editrice Astrolabio; 2010.
- [30] Agamben G. Infanzia e storia. Distruzione dell'esperienza e origine della storia. Torino: Einaudi; 2001.
- [31] Gori R. Quale futuro per la psicopatologia in un mondo senz'anima? Relazione presentata alla Giornata di studio su La psicopatologia: tra psicoanalisi e psichiatria del Centro Veneto di Psicoanalisi di Padova – 11 novembre 2017
- [32] Hartmann H. Psicologia dell'io e problemi dell'adattamento. Torino: Bollati Boringhieri; 1983.
- [33] Freud S. Motto di spirito e altri scritti, Vol.5. Torino: Bollati Boringhieri; 1985.
- [34] Ovadia M. Studiare è vivere, in: Cairoli I. Dolcezza e umorismo. Strumenti educativi nella cultura yiddish. Milano: Franco Angeli Editore; 2004.
- [35] Twain M. Imprecazioni d'autore. 238 aforismi rabbiosi. Viterbo: Stampa Alternativa; 2007.
- [36] Cairoli I. Dolcezza e umorismo. Strumenti educativi nella cultura yiddish. Milano: Franco Angeli Editore; 2004.
- [37] Olivetti Manoukian F. Re/immaginare il Lavoro sociale. Appigli per una nuova progettualità. *I Geki di Animazione Sociale*; 2007.
- [38] Freud S. Il disagio della civiltà. Vol. 10. Torino: Bollati Boringhieri; 1978.
- [39] Foucault M. Storia della follia nell'età classica. Milano: Rizzoli; 2011.
- [40] Basaglia F, Ongaro Basaglia F, Pirella A, Taverna S. La nave che affonda. Milano: Raffaello Cortina Editore; 2008.
- [41] Basaglia F, ed. L'istituzione negata, Rapporto da un ospedale psichiatrico. Milano: Baldini e Castoldi, 2014
- [42] Basaglia F & Ongaro Basaglia F. La maggioranza deviante. Torino: Einaudi; 1971.
- [43] Vallejo-Nágera JA. Pazzi & Celebri. Psicopatologia del potere. Milano: Rizzoli; 1983.

- [44] Simon R. I buoni lo sognano i cattivi lo fanno. Psicopatici stupratori serial killer. Milano: Raffaello Cortina Editore; 1997.
- [45] Serres M. Non è un mondo per vecchi. perché i ragazzi rivoluzionano il sapere. Torino: Bollati Boringhieri; 2016.
- [46] Olivetti Manoukian F. Quel tanto di trasgressioni per lavorare nel sociale. Accettare di porsi insieme qualche domanda. Animazione Sociale, Gennaio 2012.
- [47] Olivetti Manoukian F. Oltre la crisi. Milano: Guerini e associati; 2015.
- [48] Mazzoli G. Fare osservazioni. Reggio Emilia: Fondazione Monodori; 1997.
- [49] Mazzoli G. Costruire partecipazione nel tempo della vulnerabilità. Supplementi di Animazione Sociale 259, 2012.
- [50] Mazzoli G. Il lavoro di comunità, centro del nuovo welfare. Animazione Sociale, Ottobre 2013.
- [51] Michéa JC. Postfazione. In: Castoriadis C & Lasch C. La cultura dell'egoismo. L'anima umana sotto il capitalismo. Milano: Eléuthera; 2014.
- [52] Conversazione con Cornelius Castoriadis e Christopher Lasch, a cura di Michael Ignatieff. In: Castoriadis C & Lasch C. La cultura dell'egoismo. L'anima umana sotto il capitalismo. Milano: Eléuthera; 2014.
- [53] Recalcati M. L'uomo senza inconscio. Figure della nuova clinica psicoanalitica. Milano; Raffaello Cortina, 2009.
- [54] Lasch C. L'io minimo. La mentalità della sopravvivenza in un'epoca di turbamenti. Milano: Feltrinelli; 2004.
- [55] Lasch C. La cultura del narcisismo. Milano: Bompiani; 2001.
- [56] Bauman Z. Amore liquido. Sulla fragilità dei legami affettivi. Bari: Laterza; 2018.
- [57] Galimberti U. L'ospite inquietante. Il nichilismo e i giovani. Milano: Feltrinelli; 2007.
- [58] Zoja L. Paranoia. La follia che fa la storia. Torino: Bollati Boringhieri; 2011.
- [59] Benasayag M & Schmit G. L'epoca delle passioni tristi. Milano: Feltrinelli; 2013.
- [60] Mazzoli G. Ri-animare la politica. Animazione Sociale, n. 245; 2010.
- [61] <http://www.lombardiasociale.it/2017/05/08/esiste-un-modello-lombardo-di-welfare-di-comunita/> Intervista a G. Mazzoli
- [62] Ouaknin MA, Rotnemer D, eds. M. Ovadia, Così giovane e già ebreo. Casale Monferrato: Piemme; 1998.
- [63] Olivetti Manoukian F, Mazzoli G, D'Angella F. Cose mai viste. Ri-conoscere il lavoro psicosociale dei Sert. Roma: Carrocci; 2003.
- [64] Battiato F. Attraversando il Bardo. Sguardi sull'al di là. Milano: Bompiani; 2014.

Per corrispondenza:

paola.schiavidue@gmail.com

When psychotherapy encounters chronicity: Challenges and possible remedies

Quando la psicoterapia incontra la cronicità: sfide e possibili soluzioni

Lorenzo Burti *

Abstract: *Chronicity occurs in psychotherapy, as in any other type of health care profession. In psychotherapy, more than in the biomedical field, it is widely influenced by the model framework employed to define and diagnose it, i.e. whether it is considered to be a process which is irreversible, fatal or, at the very least unfavorable, or a situation of dynamic imbalance which can always be changed for the better, in full or in part. It can be ascribed to the characteristics of the individual suffering from a mental disorder or a personality disorder. Or, it can be attributed to environmental conditions, acute traumatic events, or long-term distress either internal or external. It may also be secondary to the modalities of therapy itself: too short or too long, or conducted with incompetence. Then again, it may depend on an iatrogenic diagnosis, blind to the effects of the treatment setting itself, as frequently occurs in the public sector. It may be due to the excessive reliance on the naïve belief that the individual, once re-established psychologically thanks to psychotherapy, is permanently equipped with the necessary and sufficient tools to live a full and happy life. In many cases, the real difficulties are insurmountable even for a person who is absolutely solid and tough, let alone for someone who has suffered for a long time, being overwhelmed by adversities. Various perspectives are exposed in the text with clinical vignettes and quotations from the works of various authors who practiced different psychotherapeutic approaches, ranging from individual to institutional psychotherapy.*

Key Words: *psychotherapy, chronicity, individual, environment, idiopathic, iatrogenic*

Riassunto: *La cronicità occorre in psicoterapia come in ogni altra disciplina di cura e di aiuto. In psicoterapia, più che in ambito biomedico, è influenzata da come viene considerata e definita: se un processo irreversibile e dall'esito infausto o comunque sfavorevole, oppure come una situazione di disequilibrio dinamico che*

* già Professore di Psichiatria, Università degli Studi di Verona.

Ricevuto il 28.08.2018 Accettato 3.10.2018 Submitted 28.08.2018 Accepted 03.10.2018
RSF (ISSN 1129-6437, ISSN_e 1972-5582), VOL. CXLII, 2018, 3

Copyright © FrancoAngeli

N.B: Copia ad uso personale. È vietata la riproduzione (totale o parziale) dell'opera con qualsiasi mezzo effettuata e la sua messa a disposizione di terzi, sia in forma gratuita sia a pagamento.

può essere comunque sempre modificata, in pieno o almeno in parte, nella direzione della salute. Può essere ascritta alle caratteristiche dell'individuo, colpito da un disturbo acquisito, o da un disturbo di personalità. Ma può anche essere attribuita a condizioni di origine ambientale, eventi traumatici acuti, o disagi di lunga durata, interni o esterni. Può anche essere secondaria alle modalità della terapia stessa, troppo breve o troppo lunga, oppure condotta in maniera incompetente. Ancora può dipendere da una diagnosi iatrogena, cieca all'effetto patogeno del setting stesso, come può più frequentemente accadere in ambito pubblico. Può dipendere dalla eccessiva fiducia riposta nella ingenua convinzione che l'individuo, una volta ristabilito psicologicamente grazie alla psicoterapia, risulti definitivamente equipaggiato con il bagaglio necessario e sufficiente per vivere una vita piena e felice. In molti casi le difficoltà concrete della vita sono insormontabili anche per una persona assolutamente solida e tenace, figuriamoci per chi ha sofferto, più o meno a lungo nel tempo, sopraffatto dalle avversità. Nel testo vengono esposte varie prospettive illustrate da casi esemplificativi e da citazioni tratte da opere di autori di diversi approcci psicoterapici che vanno dalla psicoterapia individuale alla psicoterapia istituzionale.

Parole Chiave: *psicoterapia, cronicità, individuo, ambiente, idiopatico, iatrogeno*

The duration of different psychotherapies varies a lot, as does that of human dilemmas, sufferings, and recovery times. When does psychotherapy become 'chronic' and why? Could the culprit be the characteristics of the patient? Or does the patient live a life so hopeless that he is beyond the reach of psychological help? Could chronicity be an iatrogenic effect of incompetence or negligence, or an effect of the decline of a psychotherapeutic attitude in everyday encounters between the psychiatrist and his patients?

Many other questions arise because both terms, psychotherapy and chronicity, have many meanings, and the settings, actors and situations are practically infinite. Therefore, I curb any ambition of a comprehensive discourse, I stick to the broadest definition of psychotherapy as a helping relationship strong enough to pursue a shared therapeutic project, and I provide an unsystematic inventory of situations derived from my professional experience in the public health setting.

In the late 1970s, I participated in the Soteria project [1], a NIMH funded research on an alternative psychosocial treatment of schizophrenia at onset. The study was hosted by the Mental Research Institute (MRI), Palo Alto, California, an organization, at that time, fairly renowned for its development of the systemic approach in psychotherapy based on the seminal work of

Bateson, Jackson (the founder of MRI), Haley and Weakland entitled "Toward a theory of schizophrenia" [2]. During my thirteen-month stay, I also had the opportunity to observe the clinical activities of all the members of the *Palo Alto School* and participate in their research meetings. They were advocating brief strategic psychotherapy consisting of ten sessions aimed at pragmatically addressing the presenting symptom in the most direct and time-saving way [3], which was at odds with the then-popular psychodynamic approach devoting years to free associations. They were even testing a five-session format.

A very nice institute event was the monthly party held at the mansion of its director, John Riskin, who invited all the staff and guests for food, drinks, chit-chat and free-flowing, albeit very thought-provoking, professional discussions. On one occasion, I was very surprised to hear that such determined and prestigious supporters of brief psychotherapy were seeing some patients with long-term, actually boundless psychotherapy. None of them were psychoanalysts and certainly, given their expertise and prestige, they were not delivering that kind of talk-sessions, euphemistically called 'supportive therapy', so common among untrained professionals, especially in the past.

During the years that followed, after certified training in systemic psychotherapy with the Milan group [4], a personal Freudian psychoanalysis, and years of clinical practice in the South-Verona Community Mental Health Service [5][6], I had the opportunity to become familiar with chronic-psychotherapy patients. Chronic patients are typical of public psychiatric services; unfortunately, psychotherapy is not provided to most of them [7]. However, in my experience, even in the case when it is provided, many of them do not benefit from it and they tend to become chronic-patients-in-psychotherapy as well. Siani and colleagues[8] investigated the domain of therapy in our community mental health service by means of a strategic model derived from the systemic approach applied to public settings [9].

Confronting the risk of chronicity with treatment strategies

The book [8] deals with *strategies* by starting with the assumption that the projects of psychotherapy and rehabilitation are very often, perhaps always, opposed by the various actors involved, and for different reasons, in good or bad faith. These actors include the patient, the family, the broader social contexts and the social and health institutions themselves. In sum: when public psychiatry aims at being therapeutic, it must maintain the awareness of the conflictual dimension of such a job, i.e. that it could be opposed. In this

model, the *opposition* is very different from psychodynamic *resistance* and, in fact, it rarely depends upon the patient and even then, only transiently.

A strategic concept, in its aspects of military derivation, tends towards a 'paranoid' and violent vision of interpersonal relationships, or towards a 'rational' one that is typical of strategists themselves. Cynical rationalism, paranoia, and violence are antithetical to any psychotherapeutic approach, which is by nature 'empathetic' and non-violent. This strategical approach, instead, aims at integrating psychotherapy and rehabilitation, which are inherently vulnerable and exposed to obliteration, within the whole framework of all the interventions a psychiatric service can provide, many of which are powerful, often even authoritarian *actions*. We refer to pragmatic interventions *in the real world* where the actors are involved and *affected in their real lives* and have to *respond with actions*, not just in words or emotions. Moreover, different professionals of the whole team are involved in extensive discussions to achieve consensus and comprehensive planning in order to identify goals, foresee possible reactions including the opposition, and resort to alternative interventions in case of harsh antagonism, stalemate or failure. Interventions are exactly those typical of community mental health. They include: voluntary and involuntary admissions, discharges by doctors' decision, allocation or withdrawal of welfare benefits, and so on. Nothing out of the ordinary! Their strength lies in their integration and consistency towards set goals.

In any case, a strategic approach is intended for defensive purposes in order to protect psychotherapeutic and rehabilitative interventions from the more or less strong strategies (rational or more often irrational) implemented in various contexts by the social actors involved. A therapeutic strategy never implies an offensive design; rather, it is always a nonviolent, defensive plan, just a treatment plan enlightened by the awareness of being opposed.

In the book [8], we pair psychotherapy and rehabilitation because the latter is intended to be taken in its therapeutic sense as a specific treatment of disability, not as a set of occupational activities just aimed at entertaining chronic patients, which unfortunately is currently often the case in day centers [10].

Whenever psychotherapy and rehabilitation, according to the definition just provided, are implemented as separate, specialized interventions in public services without an overall strategy, they risk in resulting ineffective precisely because they are exposed to generic and specific opposition.

One possible reason for psychotherapy becoming chronic, at least in public settings, is thus a consequence of its obliteration by the mechanisms explained above. Let me define this 'Chronicity by opposition to therapy'. The following example may better clarify this point. It is a typical case in

which the parents are scared by their child's symptoms. They thus press for custody while denying therapeutic progress and opposing the frail signs of the child's emerging autonomy.

“Luigi, now 25, was 16 when he first contacted our service. He had interrupted his studies, shut himself away, refused to see friends and would not leave the house. Gripped with anxiety, he had started to spend his days locked in his room, hatching persecutory ideas towards his teachers. He felt threatened in his own personal identity. He was then treated on an outpatient basis with individual supportive psychotherapy, overcame the symptomatic phase and resumed social relationships. Meanwhile, he formed a partnership with his father, a carpenter running a small construction business, and worked with him for three years. The close father-son pair drew the hostility of his mother, who after the death of her father-in-law began to denigrate her spouse as unable to be assertive enough in the division of the paternal inheritance in favor of his own family. Working and money are, by far, the top values of this family, at the expense of feelings and affection. In the same period, the two sisters of the patient left home: one got married while the other, having found a job in another town, became emancipated. At this point, Luigi became symptomatic again developing persecutory ideas and deep anxiety. The partnership with the father also broke up. He tried different independent jobs, but repeatedly quit them and became increasingly irascible, clumsy and inactive even at home.

The situation took an abrupt turn soon thereafter when the father took Luigi to a private hospital to be hospitalized for a few weeks. But subsequently the father re-established contact with our service. Plagued by recurring anxieties and imaginary persecutors, Luigi repeatedly requested to be admitted to our ward. He clearly was already in ‘career’ as a chronic mental patient. At this point we decided to carefully plan an intervention strategy taking into account all contextual components of distress, at the different levels, and decided to undertake i) a systemic family intervention, ii) a psychosocial rehabilitation program paired with iii) an individual supportive therapy for Luigi. The guiding rationale behind different interventions was a precise appraisal of the balance between the clearly contrasting needs of autonomy versus dependency in order to warily attune rehabilitative stimulations. At the family level, the option to shelve, at least for the time being, initiatives of autonomy and emancipation seemed more appropriate. We thus advised that Luigi attend the rehabilitation activities of our day center. The proposal was carefully worded: we extensively illustrated the role of psychosocial rehabilitation as a sheltered environment to train one's life skills. The proposal neither encountered resistance nor highlighted negative expectations and, indeed,

it obtained the essential consent and cooperation of all the members of the family. A few months later, the individual rehabilitation plan was readjusted in the light of the skills that Luigi had acquired and that were acknowledged by his parents as well. At this point, instead of the usual complaints that Luigi was disabled and needed long-term care, they bemoaned the lack of employment opportunities! So, we easily suggested that Luigi move on to vocational training as an apprentice gardener. At the end of the course, he found paid work as a gardener at a public institution. Luigi has been employed for two years now. He continues to live with his family, but is economically independent enough. So far, he has not suffered further relapses. We keep working with the family but in a different way: we see the parental couple to support them and to commend their positive role in Luigi's progress. Luigi is followed regularly with interviews aimed at integrating the emotions arising from his new reality experiences with those of his previous experiences of failure [8]. ”

Short-sighted dogmatism and chronicity

The pairing of psychotherapy and rehabilitation has another important advantage: it benefits from the *functional* perspective of the rehabilitation model where functioning is conceptualized as a ‘dynamic interaction between a person's health condition, environmental factors, and personal factors.’ [11].

“The ICF, therefore provides a multi-perspective, biopsychosocial approach which is reflected in the multidimensional model... ICF clarifies that we cannot, for instance, infer participation in everyday life from medical diagnosis alone. In this sense ICF is etiology-neutral: if a person cannot walk or go to work it may be related to any one of a number of different health conditions. By shifting the focus from health condition to functioning, the ICF places all health conditions on an equal footing.”

Thus chronicity is not necessarily regarded as an irreversible aftermath of treatment failure, as the medical model tends to maintain when an illness, which is conceived as a flaw inherent in the individual patient, is not cured and becomes chronic. In the same model, such condition will continue unless a new and specific treatment is discovered and successfully implemented to eventually cure the individual patient. The ICF model broadens horizons full scale.

The psychosocial approach to chronicity is well illustrated in the following excerpt by Spivak and Homer [12]:

“It is the rare therapist who does not anticipate confronting so-called chronic patients with a sense of futility and despair: they repeatedly appear in treatment much as they were before, despite the often strenuous efforts to change them. We believe, however, that it is the focusing on the chronic patient, rather than on the processes that maintain dysfunctional behaviors, that leads to this feeling of unchangeability. Focusing on chronicity as a characteristic that resides within the person leads to the perception of a rooted and walled solid entity that offers no approach or way out. On the other hand, focusing on the processes that maintain dysfunctional behavior, as we do in this paper, offers viable modes of operation.”

Chronicity referred to here may be defined as one due to a ‘narrow-minded implementation of models’ or ‘Chronicity by dogmatism’.

An impoverished view of human nature and chronicity

It is amazing how the medical model has also largely shaped the psychological model in identifying some internal dysfunction within the individual, biological in the former, psychopathological in the latter. And it is even more amazing that such belief in an individual-defect, solo, at the basis of human distress has risen again, stronger than ever, after decades of success of interactional-systemic-psychosocial models in the second half of the past century. A likely reason is that the largely acclaimed bio-psycho-social model in psychiatry, as well as in medicine at large, seems to have fallen into disgrace at the turn of the century [13][14]. The cooperation between psychiatry and sociology had collapsed even before that [15]. However, surprisingly, a recent reassertion that mental disorders are brain disorders has been reformulated in a non reductionistic way by invoking a multifactorial or multilevel view of their causation in that the brain is conceived as part of a whole system at many levels, including the genetic, the neural, the individual, the family environment, and the social context. Stated differently from the original version by Engel in which the three levels are all more or less equally relevant in all cases at all times, in this refurbished version the three levels are not even always causally involved, let alone always involved ‘equally’ [16]. While models swing back and forth along the biopsychosocial continuum, the clinical vulgate is now deeply rooted in dogmatic pragmatism in which the ongoing versions of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders are used as cookbooks, in spite of the very clear caveats highlighted in their forewords to refrain from using them in such a way. In addition, the skyrocketing commitment to the diagnosis and treatment of personality disorders in psychotherapy and in psychiatry at large, and the

neurodevelopmental model of schizophrenia [17] are particularly suitable for the straightforward conceptualization of individual behavior as internally driven, to be corrected with appropriate individually-tailored *treatment*. Goffman's [18] words are currently still quite appropriate:

“Interestingly enough, the gradual establishment of the body as a serviceable possession - a kind of physicochemical machine - is often cited as a triumph of the secular scientific spirit... [p. 297].”

And:

“Interpersonal happenings are transferred into the patient, establishing him as a relatively closed system that can be thought of as pathological and correctable. Thus an action that the patient engages in with an official of the institution that may, to the official, have an aggressive cast is translated into a substantive term like ‘aggressivity’ that can be located well within the patient... [pp. 326-7].”

Such a mechanistic approach is also widespread outside mental hospitals, even in private practice. Psychological assessments, for their same construct and scope, betray such beliefs and risk to constrain the treatee to work only on the ‘illness’. Here is an excerpt from the report filed in the clinical records of Gloria, an overweight woman in her late forties attending our eating-disorders clinic.

“... the eating disorder, however, seems to fit into a framework of an emotional disorder involving all the functional areas of the patient: in terms of the relationship with her former partner and with the pre-adolescent son, and at her workplace for the distress experienced to accomplish the tasks assigned. The psychopathological framework as a whole is characterized by a histrionic and suspicious attitude, by easy distractibility and poor ability to maintain concentration. Mood and affect are characterized by emotional instability and mood swings: periods of depressed mood, abulia and asthenia are interspersed with periods of relative subjective well-being. Anxiety bouts are also reported; they appear related to low self-esteem. Sleep is very disturbed. Thought content reveals paranoid ideas, only partially criticized by the patient. She also reports episodes of depersonalization and occasional auditory hallucinations (nonspecific sounds)...”

I had the opportunity to follow her, weekly, for two years and we remained in contact afterward. All the remarks reported above would actually be correct if one limits oneself to merely tick off the boxes on a form, but they fall short of depicting her as a living human being and especially of finding ways

to help her whatsoever. Following my inclination to highlight the healthy, rather than the pathological traits of my clients, I devoted plentiful time to reframing her behaviors as *adaptive* to her inner and outside environment, in sum, to normalization. We had an advantage because she is endowed with fine intelligence. My interest in high functioning autism, in investigations on related comorbidities [19] and my inclination to consider high functioning (HF) autism spectrum disorders (ASDs) as discriminated variants of the human continuum, brought me to search for, and in my opinion, find subthreshold traits of this kind in her. She was socially naïve and unguarded; she had difficulty in interpreting others' attitudes and intentions; she dressed in a striking, slightly bizarre way, just to mention a few of her features. They well explained the roots of her symptoms in an alternative, less stigmatizing way, and accounted for her low self-esteem in managing social relations. She felt particularly inadequate in rearing her son who performed poorly in school and 'hung out with the bad guys'. Over time her self-esteem improved, but a turning point occurred when she and her former partner found a renewed alliance to stop a procedure of foster care for their son, initiated by child services. "I feel so well!" she has been messaging me ever since. "I now feel that I can manage my own life." The bottom line may be that every human being is more or less incomplete per se and needs the collaboration of others to function properly. This woman felt inadequate as a single parent and such a crippling feeling diffused to other domains of her life producing distress, unhappiness and subtle, weird symptoms. Psychotherapy may have taught her something useful; certainly, it ferried her through a difficult period of her life until life-events brought her a more propitious milieu.

This kind of chronicity seems to be driven by a mechanistic use of the biomedical model applied to the individual as a whole.

Misunderstandings, tugs of war between professionals and clients, vicious circles, and chronicity

Some diagnoses are influenced by environmental, even iatrogenic, effects. It has long been contended that treatment environment may have pathoplastic effects, as in the case of the asylum [20], and different cultures [21]; or even causative ones, as with institutional neurosis [22]. I maintain that some diagnoses of borderline personality disorder in women, and antisocial personality disorder in men, share this fate in community mental health services. As long-term helplessness may have been responsible for the excess of cases of catatonic schizophrenia in the asylums of the past, modern

community psychiatry may elicit emotional or enraged reactions in patients who feel betrayed by the discipline for not delivering what it promises: 'Health for all by the year...'. Following the promotional popularization of the advances of science and technology typical of our times, psychiatry presents itself as a specialty at the service of the citizen whose quality of life is its ultimate, top priority goal. Especially during annual mental health weeks, media are filled with good news on advanced scientific achievements while leading experts and activists campaign against stigma in the streets and on TV. Unfortunately, day after day, patients and carers battle with limited effectiveness of treatments, side effects, squalid psychiatric facilities and authoritarian interventions like involuntary commitments, seclusion and restraints. Even if everybody knows that any purchase is far less appealing in reality than during its presentation in commercials featuring ecstatic prototypical families, in psychiatry the gap between the ideal world and the real one is much wider, disappointing and disheartening.

"Soon after the opening of our Community Mental Health Center after the Italian psychiatric reform of 1978, one of our assiduous patients, Rosa, a woman in her forties, suffering from cyclothymia and alcoholism, came in one day, severely intoxicated and violent. She started to smash the furniture in room after room, swearing that after so many promises, we were not helping her whatsoever. The staff on duty had to call the police to stop her. She was in a very stressful period as a single parent, because her child, suffering from cystic fibrosis, was rapidly deteriorating; she was also in a terrible financial situation and the landlord was evicting her. Later on, when we had the opportunity to meet her sober, she reiterated her charges of being betrayed. In fact, she had misinterpreted our promotional activities that included a public celebration in the courtyard of the new mental health center, aimed at publicizing the commitment of new psychiatry to meet the psychosocial needs of the clients. She ingenuously expected that our service would promptly help her financially and refer her child to some special center she dreamed of!"

A common source of discontent, leading to emotional or violent demonstrations, is the distance between personnel and users as perceived by the client. It is a cliché that doctors speak too little to patients. Unfortunately, this has always been dramatically true, but it seems to have worsened, possibly consequential to the abandonment of a certain readiness to listen that was a characteristic of the clinic in the past years when dynamic psychiatry was fashionable. Another source of frustration that may escape consciousness, but is subtly perceived by one's feelings of self-respect, is the hierarchical difference in power between staff and clients, which inevitably shapes reciprocal behaviors. More often than one may believe, the staff is even

arrogant and patronizing; however, even when staff is kind and human, the differences in status remain. For this reason, concepts like empowerment and, more recently, recovery, are very popular, albeit still far from being adequately implemented. The setting, a cornerstone of psychotherapy, becomes a series of rules, routines, prohibitions and punishment in psychiatric facilities, especially in the public sector. This was typical of the asylum, as superbly described by Goffman [18], but you just have to take a look at a hospital-based psychiatric ward or a residential or semi-residential psychiatric service of today to find similar, albeit less austere, methods. Moreover, even as an outpatient, you do not need to be a psychopath to take offence: for having to wait weeks for an interview, for being dismissed if slightly late for an appointment, for dropping by without an appointment, for being reproached in case of objecting to prescriptions, for requesting extra explanations, for being misdiagnosed and treated accordingly, and so on.

“Alma is in her early forties and attended our eating disorders service for a relapse of anorexia nervosa (AN). She had moved to our region from central Italy five years before for a long admission to a renowned private hospital for her eating disorder. She recovered but after discharge couldn’t find a job, lived in poverty, alone and far from relatives and friends, and was plagued by depression and increased physical weakness. In light of her clinical history, she was treated as a psychiatric patient for months, until her real condition, a rare and severe form of Addison’s disease, was diagnosed and eventually treated. No wonder she developed some distrust of doctors! At our service, she was followed by a psychologist and a dietician. She recovered from AN but remained under the care of the psychologist for depression until he left the job with us at the end of his contract. In his final notes, he reported: ‘... a significant emotional instability, manifested by marked and sudden changes of mood. A tendency toward impulsiveness (outbursts of anger, bingeing). Her ‘all or nothing’ mode of functioning is manifested particularly by rapid oscillations between the idealization and devaluation of others. In interpersonal relationships, the patient employs manipulative modalities and switches between aggressive and demanding attitudes and passive and self-pitying ones.’

In sum: typical traits of borderline personality disorder (BPD).

Faithful to our roots in systems-theory, and humming the mantra that *the diagnosis is in the eye of the beholder*, we made an inventory of her needs, psychological as well as practical, starting from her feelings of abandonment for the recent loss of the therapist, and proceeding to lodging, work, disability certification, and so on. Although coming from a different theoretical background, nevertheless we extensively employed validation, which is a keystone of successful approaches to this condition today [23]. Moreover, we just assumed that her demanding and manipulative attitudes were understandable after such a long period of unmet needs and that her emotional

instability was her way of expressing despair and helplessness. Unfortunately, the more such a patient demands, because of multiple needs, the less that patient receives, because of the universal prejudice that the allowance will generate more and more requests in a runaway vicious circle. Of course, this prejudice may be true in several instances, but the alternative choice of meeting the needs is worth a try. In my experience, it works in most psychiatric cases with these characteristics because it stops the real, vicious circle leading to a chronic tug of war between patient and service. I believe that a number of diagnoses of BPD are iatrogenic, at least in the public system. In the case of Alma, our approach worked: now, she has been working for two years (by the way, she is a counselor, a colleague!), sharing an apartment with a friend, maintaining a normal weight and good spirit. Interestingly, a deep trait of her character surfaced after the overlying symptoms subsided: she is picky because of her meticulousness (another subthreshold HF-ASD?). When my own GP retired, I cunningly chose hers. Besides being very professional, this General Practitioner is the quintessence of helpfulness: his mobile is on 24/24, 7/7.”

I would call this: ‘Chronicity by unwise vicious circle’; but distance, in addition to unprofessional attitudes of the personnel, and, of course, simple misunderstandings, are involved as well.

Inherited institutionalism and chronicity

I apologize for lingering in the area of the public system where psychotherapy is just one component of a set of interventions, but firstly, this is my exclusive area of experience, and secondly, the public system is prototypical since it provides an abundance of cases where psychotherapy alone is not enough and may just accompany patients in their path of chronicity. However, from many conversations with colleagues in private practice, I learned that they encounter similar problems, but with the difference being that, because of the honorarium, clients dropping off are far more numerous than those becoming chronic in therapy.

“One Saturday afternoon, I happen to enter our psychiatric ward in plain clothes and find ‘a state of siege’. The nurses are lined up close to their station and a sturdy male patient in his thirties leans against the doorjamb of his room, hands on his hips, mumbling menaces with a scowl. The controversy? He demands a cigarette, but his ration, kept by the nurses, a typical institutional practice, is finished. “So what?” I utter, advancing towards him, smiling and extending my hand. “I happen to have to leave the hospital. I can buy you a pack of cigarettes as a gift. What is your favorite brand?” In the meantime I have reached him, we shake hands and, surprisingly, he

leans against me gently, sobbing. I repeat my promise and go get the cigarettes. I believe that because I was dressed in plain clothes, I was not regarded as a member of the staff which is at times perceived as being insensitive and possibly persecutory. Acknowledging needs, whatever they may be, with a non-judgmental attitude, and granting unconditional help, is always winning. I learned this long ago, with the Soteria Project [24].”

I mentioned this case just as an example of the adverse effects of staff attitudes in prolonging distress for menial reasons and in starting and extending vicious circles. Whether these may contribute to promoting chronicity is far from being demonstrated, but the role of uncaring psychiatric practices should always be monitored within a mental health team. ‘Chronicity by today’s residual institutionalism’.

Treatment, cure, chronicity

Chronicity has a time dimension, so research on the length of psychotherapy has to be mentioned, at least to acknowledge the doubt that a treatment longer than it should be, in order to reach the intended goals, may actually induce chronicity. When I reacted to my psychoanalyst’s first announcement of impending termination, he joked that he had to conclude analysis in order to avoid the charge of *circumvention of an incompetent by another incompetent!*

Short and long-term psychotherapies have been extensively studied and compared, with mixed results in relation to the different characteristics of patients and the severity of their conditions [25][26]. An additional, interesting, conclusion of studies comparing different psychotherapies is that psychotherapeutic methods that markedly differ in theoretical and clinical approach may result associated with a similar degree of clinical improvement, cost-effectiveness and subsequent maintenance of lowered symptoms [27] or, at least, that no evident superiority of an approach versus another can be stated as yet [28]. This finding is quite surprising since the founders of psychotherapeutic schools devote all their lives to developing a consistent theory in support of their practice. The possibility that approaches with such profound differences in their theory and duration might share a number of transversal common factors has been invoked to explain this remarkable evidence [29].

In the literature, there are even accounts of single-session cures. Milton Erickson, who is considered to be the greatest hypnotist of the twentieth century, and the inventor of a number of effective therapeutic techniques to be used in the waking state as well, deeply influenced a generation of

psychotherapists in the US and abroad in the fields of strategic, systemic, individual and family therapy. His approach was so unconventional that he cannot be listed under any existing school of thought in psychology and psychotherapy. He just mentions concepts like that of the *unconscious mind* in very general terms and with attributions very different from those of psychoanalysis. Instead of being the repository of pathogenic conflicts, the unconscious would hold the wisdom that helps the patient to recover, while the therapist attempts to fend off self-damaging conscious beliefs of the real world, using hypnosis, waking state therapy or behavioral prescriptions [30].

“A Pennsylvanian psychiatrist who had been practicing psychiatry for 30 years had not yet built up a good practice... He was analyzed three times a week and had been for 13 years. He was married six years. His wife had a job she didn’t like, but she had to work to help support herself and her husband... When they arrived I got that much information from them ... I said: “There is a lot of scenery in Phoenix you ought to see. I am going to suggest to you, doctor, that you climb Squaw Peak... And, wife, I suggest you go to the Botanical Gardens... Come in tomorrow and report to me.” ... the next day the doctor was very happy. He said that climbing Squaw Peak was the most wonderful thing he had done all his life... the wife...: “I spent three hours there as you told me to—the most boring three hours of my life.” I said: “All right. Now this afternoon, doctor, you will go to the Botanical Gardens, and wife, you will climb Squaw Peak. And come in tomorrow and report to me.” So the next day... the doctor said: “I really enjoyed the Botanical Gardens. It was wonderful.”... and the wife said: “ I climbed that god damned mountain. I swore at that mountain, I swore at myself, but mostly I swore at you all the way up with every step.”... I said: “All right. Glad to hear your reports. Now I can tell you your marital therapy is complete. Go down to the airport and return to Pennsylvania.” ... A few days later I got a long distance telephone call from the doctor. He said: “My wife is on the extension line. She has filed for divorce...” Now they are divorced. She’s got a different job that she likes. She got tired of climbing that mountain of marital distress day after day... Her whole story was a symbolic report... So I did symbolic psychotherapy just as they had told me, symbolically, their whole story [31].”

... *He was analyzed three times a week and had been for 13 years!*
 ‘Chronicity by imprecise treatment and by continued routine’.

“Joe... had been expelled from every school because he was combative, aggressive and destructive... He tried to burn down his father’s barn and home twice... His father and mother... had him committed to... a permanent home for delinquent children... at age 21, he had to be discharged by law... and he committed burglaries and other felonies and was promptly sent to state prison.... He just wanted to beat

up other convicts and break windows and cause trouble. So they sent him to the dungeon... eight feet by eight feet ... the floor sloped toward a gutter in front of the dungeon. No sanitation provisions were made... He spent the term in prison in the dungeon. After completing his second sentence in the state prison... he returned to the village... two miles from the village was a farmer, his wife and a daughter... age 23 and a very attractive girl... Edey... On that morning... Edey... was sent to town on an errand by her father... Joe stood up and barred her way. Joe looked her up and down very thoroughly, and Edey stood her ground and looked him up and down. Finally, Joe said: "Can I take you to the Friday night dance?" Edey said: "You can, if you are a gentleman." Joe stepped aside and Edey went on her errand. On Friday night, Edey came in to attend the dance... There was Joe, waiting. They danced every dance that evening, even though it made the other young men very envious and resentful. Now, Joe was 6' 3", a very powerfully built young man and good looking. The next morning... Joe was seen walking down the road toward Edey's father's farm. It was learned that Joe asked Edey's father for the job as a hired hand... Within three months... Joe was, in country talk, 'a working fool.' After a year, a wave of gossip went over the community. Joe was seen taking Edey out for a ride in the horse and buggy on Saturday night... The next morning there was another wave of gossip because Joe took Edey to church... A few months later Joe and Edey were married... Joe and Edey had no children and he became interested in the community... Joe was reelected many times to the school board. Eventually, Edey's parents died and she inherited the farm and Joe looked for a hired hand. He went to the reformatory and asked for the names of promising ex-convicts... He was a troublemaker for the first 29 years of his life. Then a pretty girl said: "You can take me to the dance if you are a gentleman." No other change was made in Joe. He made the changes. The therapist doesn't do it, the patient does [31]."

Analysis terminable and interminable

"Experience has taught us that psycho-analytic therapy—the liberation of a human being from his neurotic symptoms, inhibitions and abnormalities of character—is a lengthy business. Hence, from the very beginning, attempts have been made to shorten the course of analysis."

This is the incipit of an extraordinary paper in which Sigmund Freud [32], already eighty years old, explores the recesses of his metapsychology in the light of the wisdom acquired through his long experience with real patients; he clearly shows how *soberly realistic* he has become *about analytic outcome* [33].

“... we may say that analysis is always right in theory in its claim to cure neurosis... but that in practice its claim is not always justified... the success of our therapeutic work [depends] on the influence of traumatic factors... on the relative strength of the instincts which have to be mastered and on something which we called modification of the Ego... such modifications are either congenital or acquired... during the individual's development from the very beginning of his life... If the Ego learns to adopt a defensive attitude towards its own Id... the Ego makes use of various methods of... defense-mechanisms... The expenditure of energy necessary to maintain them and the Ego-restrictions... prove to be a heavy burden on the psychic economy... The adult Ego with its greater strength continues to defend itself against dangers which no longer exist in reality... In yet another group of cases the patients' resistance to analysis... are probably due to variations in the Ego which spring from another and even deeper root... the behavior of the two primal instincts... Eros and the Death-instinct... in the course of the development of human beings from their primitive state to civilization a considerable part of their aggression is internalized, turned inwards... It almost looks as if analysis were the third of those 'impossible' professions in which one can only be sure of unsatisfying results. The other two, as has long been agreed upon, are child-rearing and government of nations... We can hardly be surprised if... all the instinctual demands which have hitherto been restrained to be violently awakened... It is not my intention to assert that analysis in general is an interminable business. Whatever our theoretical view may be, I believe that in practice analyses do come to an end... There is a far greater discrepancy between theory and practice in cases of so-called character-analysis... Here it is not easy to predict a natural end to the process, even if we do not look for impossibilities or ask too much of analysis. Our object will not be to rub off all the corners of the human psyche so as to produce 'normality' according to schedule, nor will it be to demand that the person who has been 'thoroughly analyzed' should never again feel the stirrings of passions in himself or become involved in any mental conflict. The business of analysis is to secure the best possible psychological conditions for the functioning of the ego; when this has been done, analysis has accomplished its task.”

Homeostasis and chronicity

The Webster's definition of *chronic* is “marked by long duration, by frequent recurrence over a long time, and often by slowly progressing seriousness”[34] (Webster's, 1976). Its root comes from the Greek *crónos*, *time*, but it conveys a negative meaning related to something durable, yet undesirable, and even deteriorating. However, stability over time is a necessary prerequisite of life itself.

“...the word *stable* and also, necessarily, the word *change* will become very important... What traps do these words contain or conceal?... Stable is commonly used as an adjective applied to a thing... At the simplest level, we have simple physical hardness or viscosity... At more complex levels, the whole mass of interlocking processes called life may be involved in keeping our object in a *state of change* that can maintain some necessary constants, such as body temperature, blood circulation, blood sugar or even life itself... .”

This is an excerpt from Gregory Bateson’s *Mind and Nature* [35] in which he illustrates how the stability of living organisms is maintained through states of perennial change typical of homeostasis. He then expands his investigations to the analogies between the ecosystems and the human mind in that they share the same adaptive mechanisms.

“...fundamentally, we deal with three of these enormously complex systems or arrangements of conservative loops. One is the human individual. Its physiology and neurology conserve body temperature, blood chemistry, the length and size and shape of organs during growth and embryology, and all the rest of the body’s characteristics. This is a system which conserves descriptive statements about the human being, body or soul. For the same is true of the psychology of the individual, where learning occurs to conserve the opinions and components of the status quo. Second, we deal with the society in which that individual lives—and that society is again a system of the same general kind. And third, we deal with the ecosystem, the natural biological surroundings of these human animals.”

Bateson used the same method of study for biological, psychological and socio-political problems. In the woods — says he — live hundreds of species in equilibrium, in a network of relationships in which competition and dependency are strongly associated through self-correcting mechanisms that are conservative in that they control deflections out of control. When this balance turns to pure competition or to the exploitation of dependency, some species become pests or weeds and the system goes out of control. Human society is like a forest. Many different types of people and occupations should ideally be able to coexist. But there is always the danger that some groups (the politicians or the workers, the rich or the poor, the businessmen, or just people of success) might expand their power and become pests. Originally, the human mind was like the forest, society and our own body i.e. a self-correcting system in balance. But consciousness, nothing but an excerpt, a fraction of the overall system, is driven by purpose and pursues its own restricted goals while failing to pay attention to the system as a whole. The advancement of progress has distorted the balance between consciousness and the rest of the

mind. We continue to strengthen the mind with new technologies so much so that today, our selfish, rude and shortsighted intentions can destroy the entire system. While remaining pessimistic about the future of mankind, Bateson hopes that at some point in time the arrogant, scientific philosophy will become obsolete, and in its place a renovated awareness will grow; he maintains that man is only a part of larger systems and that the part can never control the whole. I wish to conclude with Bateson's such visionary views. Besides venturing into one of the most daring theories on schizophrenia, the prototypical conundrum of psychiatry, he illustrated the regulatory mechanisms shared by biological life, psychology, and human activities. Persistence and change in the relentless dynamics of homeostasis are the forces whose delicate balance is responsible for short and long-term health status. Thus, the same mechanisms that protect health, are responsible for its imbalance. 'Chronicity by deflected homeostasis'. Under such premises, it is quite true that "It is the patient who does the therapy. The therapist only furnishes the climate, the weather. That's all [31]."

References

- [1] Bola JR, Mosher LR. At issue: predicting drug-free treatment response in acute psychosis from the Soteria project. *Schizophrenia Bulletin* 2002; 28: 559-75. Discussion 583-8.
- [2] Bateson G, Jackson DD, Haley J, Weakland J. Toward a theory of schizophrenia. *Behavioral Science* 1956; 1: 251-4.
- [3] Watzlawick P, Weakland JH, Fisch R. *Change: principles of problem formation and problem resolution*. New York: Norton; 1974.
- [4] Selvini MP, Boscolo L, Cecchin G, Prata G. Hypothesizing—circularity—neutrality: three guidelines for the conductor of the session. *Family Process* 1980; 19: 3-12.
- [5] Burti L, Berti L, Canova E, Fornari M, Pavani D. An Approach to interdisciplinary mental health work in South-Verona, Italy. In K Yeager, D Cutler, D Svendsen, GM Sills, Eds, *Modern community mental health: an interdisciplinary approach*, Ch. 6, pp. 84-97. New York: Oxford University Press; 2013.
- [6] Mosher LR, Burti L. *Community mental health: a practical guide*. New York: Norton; 1994.
- [7] Gigantesco A, Miglio R, Santone G, de Girolamo G, Bracco R, Morosini P, et al. Process of care in general hospital psychiatric units: national survey in Italy. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2007; 41: 509-18
- [8] Siani R, Siciliani O, Burti L. *Strategie di psicoterapia e riabilitazione: gli*

- psicotici e il servizio psichiatrico. Milano: Feltrinelli; 1990.
- [9] Cirillo S, Selvini M, Sorrentino AM. La terapia familiare nei servizi psichiatrici. Milano: Raffaello Cortina; 2002.
- [10] Burti L. Attualità di Goffman: quanto contribuisce alla carriera morale di malato mentale la psichiatria di comunità italiana contemporanea. *Psicoterapia e Scienze Umane* 2017; 51: 211-46. Doi: 10.3280/PU2017-002003.
- [11] World Health Organization. How to use the ICF: A practical manual for using the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Exposure draft for comment. WHO: Geneva; 2013.
- [12] Spivak M, Homer H. Un modello interpersonale per capire e neutralizzare i processi cronici nei pazienti psichiatrici. *Rivista Sperimentale di Freniatria* 1992; 116: 179-202.
- [13] Ghaemi SN. The rise and fall of the biopsychosocial model. *British Journal of Psychiatry* 2009; 195: 3-4. Doi: 10.1192/bjp.bp.109.063859.
- [14] Pilgrim D. The biopsychosocial model in Anglo-American psychiatry: past, present and future? *Journal of Mental Health* 2002; 11: 585-94 Doi: 10.1080/09638230020023930
- [15] Pilgrim D, Rogers A. The troubled relationship between psychiatry and sociology. *International Journal of Social Psychiatry* 2005; 51: 228-41. Doi: 10.1177/0020764005056987
- [16] Bolton D. Should mental disorders be regarded as brain disorders? 21st century mental health sciences and implications for research and training. *World Psychiatry* 2013; 12: 24-5. Doi: 10.1002/wps.20004
- [17] Rapoport J, Giedd J, Gogtay N. Neurodevelopmental model of schizophrenia: update 2012. *Molecular Psychiatry* 2012; 17: 1228-38. Doi:10.1038/mp.2012.23.
- [18] Goffman E. *Asylums: Essays on the social situation of mental patients and other inmates*. New York: Anchor Books; 1961 (trad. it.: *Asylums. Le istituzioni totali: i meccanismi dell'esclusione e della violenza*. Torino: Einaudi; 1968).
- [19] Dell'Osso L, Gesi C, Massimetti E, Cremone IM, Barbuti M, Maccariello G, et al. Adult autism subthreshold spectrum (AdAS Spectrum): validation of a questionnaire investigating subthreshold autism spectrum. *Comprehensive Psychiatry* 2017; 73: 61-83. Doi.org/10.1016/j.comppsy.2016.11.001.
- [20] Fink M, Taylor MA. The catatonia syndrome: forgotten but not gone. *Archives of General Psychiatry* 2009; 66: 1173-7. Doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2009.141.
- [21] Bauer SM, Schanda H, Karakula H, Olajossy-Hilkesberger L, Rudaleviciene P, Okribelashvili N, et al. Culture and the prevalence of hallucinations in schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry* 2011; 52: 319-25. Doi: 10.1016/j.comppsy.2010.06.008. Epub 2010 Sep 6.

- [22] Barton R. Institutional neurosis. Bristol: Wright, 1959.
- [23] Linehan MM. Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder. *Bulletin of the Menninger Clinic* 1987; 51: 261-76.
- [24] Mosher LR, Hendrix V. Through madness to deliverance. Bloomington, IN: Xlibris; 2004.
- [25] Knekt P, Virtala E, Härkänen T, Vaarama M, Lehtonen J, Lindfors O. The outcome of short- and long-term psychotherapy 10 years after start of treatment. *Psychological Medicine* 2016; 46: 1175-88. Doi: 10.1017/S0033291715002718.
- [26] Leichsenring F, Rabung S. Long-term psychodynamic psychotherapy in complex mental disorders: update of a meta-analysis. *British Journal of Psychiatry* 2011; 199: 15-22. Doi: 10.1192/bjp.bp.110.082776.
- [27] Goodyer IM, Reynolds S, Barrett B, Byford S, Dubicka B, Hill J et al. Cognitive-behavioural therapy and short-term psychoanalytic psychotherapy versus brief psychosocial intervention in adolescents with unipolar major depression (IMPACT): a multicentre, pragmatic, observer-blind, randomised controlled trial. *Health Technology Assessment* 2017; 21: 1-94. Doi: 10.3310/hta21120.
- [28] Cuijpers P. Are all psychotherapies equally effective in the treatment of adult depression? The lack of statistical power of comparative outcome studies. *Evidence-Based Mental Health* 2016; 19: 39-42. Doi: 10.1136/eb-2016-102341.
- [29] Wampold BE. How important are the common factors in psychotherapy? An update. *World Psychiatry*. 2015; 14: 270-7. Doi:10.1002/wps.20238.
- [30] Haley J. Uncommon therapy: the psychiatric techniques of Milton Erickson, M.D. New York: Norton; 1973.
- [31] Erickson MH. Teaching seminar with Milton H. Erickson, M.D. New York: Brunner/Mazel; 1980
- [32] Freud S. Analysis terminable and interminable. *International Journal of Psychoanalysis* 1937; 18: 373-405.
- [33] Blum HP. Analysis terminable and interminable: a half century retrospective. *International Journal of Psychoanalysis* 1987; 68: 37-47.
- [34] Chronic. (adj) In Webster's third new international dictionary of the English language unabridged. Springfield, MA: Merriam; 1976.
- [35] Bateson G. Mind and nature: a necessary unit. New York: Dutton; 1979.

Per corrispondenza:

lorenzo.burti@univr.it

CONTRIBUTI

Analisi dei processi cognitivi diagnostici in medicina generale: risultati di uno studio osservazionale

Analysis of diagnostic cognitive processes in primary care: Results of an observational study

Shirley Ehrlich^{1*}, Stefano Gherardi^{**}, Monia Betti^{***},
Martina Zanotti^{****}, Giuliano Ermini^{*****}, Stefano Gualandi^{*****},
Damiano Cembali^{*****}, Alessandro Tampieri^{*****}

Riassunto: *L'obiettivo primario del presente lavoro è l'analisi qualitativa e quantitativa delle strategie cognitive utilizzate nel processo diagnostico da parte del medico di medicina generale (MMG) nella sua pratica clinica ambulatoriale. Gli obiettivi secondari sono lo studio delle correlazioni tra tali strategie e variabili relative al MMG, al paziente ed alla sua visita, e l'appropriatezza dell'ipotesi diagnostica iniziale rispetto a quella finale. Il presente studio è osservazionale prospettico e prevede il reclutamento di due campioni: MMG e loro pazienti. I MMG hanno compilato, per ogni paziente reclutato, il questionario "processi diagnostici in assistenza primaria 1 (P.D.A.P.1) e, successivamente, il P.D.A.P.2. Il campione primario è di 17 MMG (9 M e 8 F). Solo 10/17 (6 M e 4 F) hanno compilato anche il secondo questionario. Il campione secondario è di 332 pazienti (131 M e 201 F), per i quali è stato compilato il questionario P.D.A.P.1. Per 276/332 (83%) pazienti è stato compilato anche il questionario P.D.A.P.2. I MMG usano strategie diagnostiche "miste", ma prevalentemente quelle ultrarapide e rapide, più intuitive, rispetto a quelle lente, più analitiche. Il tasso di errore diagnostico iniziale è del 15,6% ed è comparabile coi tassi riportati nella letteratura internazionale. Il MMG*

** Medico di Medicina Generale, Specialista in Medicina del Lavoro e Scienze dell'Alimentazione. Servizio Sanitario Nazionale-Imola.*

*** Medico Specialista in Psichiatria e Psicoterapeuta. Libero professionista-Imola.*

**** Medico. Libera professionista e Servizio di Guardia Medica-Imola.*

***** Medico. Specializzanda in Pediatria presso l'Università degli Studi di Bologna.*

****** Medico di Medicina Generale Specialista in Gastroenterologia e Medicina del Lavoro. Servizio Sanitario Nazionale-Bologna.*

****** Biologo presso l'U.O. di Pediatria Cicognani-Bologna.*

****** Laureato Magistrale in Ingegneria Biomedica. Ingegnere presso Villa Maria Cecilia.*

****** Economista presso l'Università del Lussemburgo.*

*Ricevuto il 7.02.2018 Accettato il 21.08.2018. Submitted 7.02.2018 Accepted 21.08.2018
RSF (ISSN 1129-6437, ISSNe 1972-5582), VOL. CXLII, 2018, 3*

Copyright © FrancoAngeli

N.B: Copia ad uso personale. È vietata la riproduzione (totale o parziale) dell'opera con qualsiasi mezzo effettuata e la sua messa a disposizione di terzi, sia in forma gratuita sia a pagamento.

fa meno errori diagnostici quando usa prevalentemente metodi rapidi rispetto a quelli ultrarapidi e lenti ($p < 0,05$). Riteniamo importante l'obiettivo di abbassare tale tasso, per aumentare il "safety netting" del paziente. A tal fine esistono già strumenti di comprovata efficacia, come le tecniche di debiasing, per contrastare i bias diagnostici cognitivi ed affettivi.

Parole Chiave: *strategie cognitive diagnostiche, intuizione, bias, errore diagnostico, debias, Medicina Generale.*

Abstract: *The authors presents a qualitative and quantitative analysis of the cognitive strategies – used by general practitioners (GPs) diagnosing outpatients – and studies the correlations between the GPs' cognitive strategies and other related variables, such as the patient and the patient visit, and the appropriateness between the initial diagnostic hypothesis and the final diagnosis. This study is prospective and observational and involved the recruitment of two samples: the GPs and their patients. For each recruited patient, the GPs filled out two questionnaires: the "Diagnostic Processes in Primary Care 1" (D.P.P.C.1) and the "Diagnostic Processes in Primary Care 2" (D.P.P.C.2). The sample of GPs comprises 17 GPs (9 M and 8 F). Only 10 GPs out of 17 (6 M and 4 F) filled out both questionnaires. The sample of patients comprises 332 patients (131 M and 201 F). 332 D.P.P.C.1 were filled out and 276 D.P.P.C.2 (83%). The GPs used "mixed" diagnostic strategies, generally ultra-rapid or rapid, intuitive strategies, and used less the slow or more analytic strategies. The initial diagnostic error rate is 15,6%, comparable to the rates reported in the international literature. GPs do less diagnostic errors using rapid methods, than ultra-rapid or slow methods ($p < 0,05$). The authors consider critical the target of decreasing this rate, in order to increase the patient's "safety netting". Furthermore, tools exist of proven effectiveness, e.g. debiasing techniques that counter diagnostic cognitive and affective biases.*

Key Words: *diagnostic cognitive strategies, intuition, bias, diagnostic error, debias, primary care.*

Introduzione

Scopo di questa ricerca è l'analisi dei processi cognitivi diagnostici del medico di medicina generale (MMG), che riflette in modo metacognitivo sul proprio pensiero diagnostico. Il MMG fa tale autoanalisi mentre sta lavorando nel suo ambulatorio, al fine di prendere maggiore consapevolezza di quali e quanti siano i metodi cognitivi da lui utilizzati per raggiungere una prima ipotesi diagnostica. Tale ipotesi viene successivamente verificata al fine di

ricercare eventuali correlazioni tra tali strategie cognitive adottate e la qualità della diagnosi effettuata.

Il fatto che già da vari anni il medico sia supportato nel processo diagnostico da programmi informatici come “Watson” dell’IBM negli Stati Uniti o “Isabel” in Gran Bretagna (www.isabelhealthcare.com), non rappresenta per noi un deterrente all’autoriflessione suddetta, ma, al contrario, uno stimolo ad approfondire tali metodi cognitivi, al fine di un’integrazione virtuosa, sempre più necessaria, tra intelligenza umana e artificiale. La diagnosi in Medicina Generale (MG) è un’area complessa dell’attività clinica che non ha una definizione semplice. Teoricamente, un MMG può seguire una sequenza lineare di atti (approccio sequenziale) che vanno dalla raccolta dell’anamnesi, all’esame obiettivo, alla diagnosi differenziale ed, infine, ad una diagnosi definitiva. In realtà, il processo diagnostico è spesso alquanto differente: spesso le ipotesi diagnostiche vengono fatte all’inizio della consultazione e guidano la visita successiva, in un processo di ragionamento ipotetico-deduttivo [1].

Nella letteratura italiana ed internazionale ci sono, al momento, vari filoni di ricerca sul processo diagnostico e sulle sue strategie cognitive. In alcuni di tali filoni vengono analizzati o i meccanismi cognitivi ultrarapidi intuitivi puri [2,3] o il “gut feeling”, un’intuizione sentita anche col corpo e non solo percepita con la mente [4,5,6]. In altri vengono considerate le strategie diagnostiche rapide (più vicine all’intuizione pura) o quelle lente, maggiormente analitiche, con una metodologia out-out e senza una suddivisione del processo diagnostico in fasi successive [7,8,9]. Infine, altri ancora dove vengono considerate sia le strategie rapide che quelle lente, suddivise però nelle varie fasi del processo cognitivo con cui il MMG arriva a formulare una diagnosi al proprio paziente (ipotesi iniziale, affinamento, ipotesi finale), filone a cui la nostra metodologia di ricerca si è più avvicinata [10,11,12,13].

Le strategie diagnostiche si differenziano per i processi logici utilizzati. Quelle rapide (spot diagnosis, self labelling, presenting compliant e pattern recognition trigger) permettono la formulazione di ipotesi diagnostiche in tempi estremamente contenuti, spesso nelle prime fasi del consulto medico, e si basano sull’intuizione-abduzione, sull’uso di euristiche e di processi cognitivi automatici. Le strategie lente invece (restricted rule out, stepwise refinement, probabilistic reasoning, pattern recognition fit e clinical prediction rule), sono più ponderate, analitiche e spesso usate per problemi complessi e di difficile risoluzione immediata [10,11].

Inoltre, a quanto ci risulta, mancando in questi studi una fase di successiva verifica diagnostica, non abbiamo dati in letteratura che riguardano il rapporto tra fattori extra-clinici, tipo di strategie cognitive diagnostiche utilizzate e qualità della diagnosi del MMG.

Conoscere i processi mentali che usiamo per ipotizzare e confermare una diagnosi può aumentare la nostra consapevolezza delle potenzialità e dei limiti dei nostri percorsi e processi diagnostici e dunque anche della possibilità di errore di ogni nostra strategia utilizzata, all'interno della cornice teorica del "processo cognitivo duale", intuitivo ed analitico [14,15,16].

Abbiamo pertanto disegnato e condotto questo studio nel 2015 al fine di correlare alcune variabili extra-cliniche con le strategie cognitive diagnostiche, ma integrando ad ampio spettro la ricerca su tali strategie in un unico questionario per i MMG (andando dall'intuizione cognitiva pura iniziale al "gut feeling" finale, che sono meccanismi ultrarapidi, passando per i metodi diagnostici rapidi intuitivi e/o lenti analitici). Abbiamo infine cercato di verificare l'esistenza e la tipologia di possibili correlazioni significative tra tali strategie ed il grado di appropriatezza diagnostica, al fine di identificare potenziali sorgenti cognitive di errore diagnostico [14]. Purtroppo, l'errore medico (non solo quello diagnostico) è ancora frequente: è stato la terza causa più frequente di morte negli Stati Uniti nel 2013, dopo i disturbi cardiaci ed i tumori [17].

Materiali e metodi

Il presente studio è osservazionale prospettico e prevede il reclutamento di due campioni: quello dei MMG e quello dei loro pazienti.

È stato autorizzato dalla commissione etica inter-aziendale Bologna-Imola in data 20.10.2014 e presentato da parte di I.N.S.A.L.U.T.E., un'associazione di promozione sociale di Imola.

Campione dei MMG

Tale campione rappresenta il campione principale della ricerca ed è costituito dai MMG dell'azienda sanitaria locale (ASL) di Bologna e di Imola che hanno aderito allo studio.

Il suo reclutamento è avvenuto in modo non randomizzato, ma su base volontaria, in seguito alla partecipazione ad un incontro preliminare esplicativo degli obiettivi e delle modalità di svolgimento della ricerca, con modalità focus group (Bologna, 16.02.2015; Imola, 19.03.2015).

Criteri di inclusione:

Articolo I. Essere MMG convenzionato con il servizio sanitario nazionale (SSN), operante sul territorio dell'ASL di Bologna o Imola;

- Presa visione di: documento di informazione del MMG, documento di informazione del paziente, consenso informato per il MMG, consenso

informato per il paziente;

- Consenso alla partecipazione allo studio mediante firma del consenso informato del MMG, compilazione della scheda medico online e dei questionari online.

Criteri di esclusione:

Articolo II. Non essere MMG convenzionato con il SSN, operante sul territorio dell'ASL di Bologna o Imola;

- Dissenso alla partecipazione;
- Mancata presa visione di: documento di informazione del MMG, documento di informazione del paziente, consenso informato per il MMG, consenso informato per il paziente;
- Mancata o errata compilazione del consenso informato per il MMG e/o della scheda medico online e/o dei questionari online.

Variabili rilevate relative al MMG:

- Età e genere;
- Eventuale specializzazione;
- Anni di attività professionale come MMG;
- Eventuale associazione con altri MMG nello svolgimento dell'attività professionale e collocazione geografica dello studio;
- Carico di lavoro (numero di assistiti ed orario settimanale di attività ambulatoriale).

Campione dei pazienti

Questo campione è puramente strumentale allo svolgimento della ricerca sul primo. Esso è costituito dal gruppo di assistiti dei singoli MMG partecipanti alla ricerca, reclutati in modo quasi randomizzato da parte dello stesso MMG, secondo le seguenti modalità:

Articolo III. Accesso ambulatoriale per visita (massimo reclutamento di 28 pazienti/MMG con una media di arruolamento di 7 pazienti/settimana/MMG);

Articolo IV. Problema clinico nuovo o riproposizione di un problema clinico già noto in assistiti già conosciuti o nuovi (prime visite);

Articolo V. Visita all'interno di una delle quattro fasce di orario ambulatoriale, previste come criterio di selezione e specificate nel questionario online (prima ora del mattino, ultima ora del mattino, prima ora del pomeriggio, ultima ora del pomeriggio).

Il reclutamento del secondo campione è avvenuto attraverso un colloquio esplicativo e una proposta di selezione del caso clinico da parte del MMG, nel contesto della visita ambulatoriale, all'interno del normale processo clinico-assistenziale.

Criteria di inclusione:

Articolo VI. Essere assistito del MMG partecipante alla ricerca e proponente la selezione;

Articolo VII. Presa visione di: documento di informazione del paziente, consenso informato per il paziente;

Articolo VIII. Consenso alla partecipazione allo studio mediante firma del consenso informato per il paziente.

Criteria di esclusione:

Articolo IX. Non essere assistito del MMG partecipante alla ricerca e proponente la selezione;

Articolo X. Dissenso alla partecipazione;

Articolo XI. Mancata presa visione di: documento di informazione del paziente, consenso informato per il paziente;

Articolo XII. Mancata o errata compilazione del consenso informato per il paziente.

Variabili rilevate relative al singolo paziente ed alla sua visita:

- Età e genere;
- Titolo di studio;
- Numero di accessi ambulatoriali nella giornata lavorativa precedente a quella in cui ha luogo la visita del paziente.

Creazione dei questionari

P.D.A.P.1

Abbiamo costruito il questionario “processi diagnostici in assistenza primaria” (P.D.A.P.1) integrando alcune nostre domande con domande attinte da altri autori (5,6,9,10) al fine di una maggiore completezza dell’analisi dei processi cognitivi diagnostici e, in modo particolare, per valutare anche i processi ultrarapidi e non solamente quelli rapidi e lenti. In tale questionario sono state poste domande che richiamassero i processi diagnostici a cui facevano riferimento, in maniera semplice e sintetica, tramite esempi pratici, ma senza esplicitarli con la relativa definizione per non influenzare la risposta del medico.

In questo modo, le domande chiuse con risposta obbligatoria “sì” o “no”, risultavano di rapida lettura e inducevano il MMG a rispondere con la massima spontaneità e velocità.

In aggiunta, per cogliere il più possibile il primo ragionamento del MMG sull’ipotesi diagnostica, il questionario, una volta compilato e inviato online, diveniva inaccessibile al medico partecipante e le risposte relative al singolo paziente non potevano più essere modificate.

Nel P.D.A.P.1 la parte iniziale è stata interamente dedicata alle caratteristiche del paziente, garantendone l’anonimato tramite un codice alfa-numerico

identificativo. È stata aggiunta l'indagine di un eventuale precedente oncologico e se il paziente fosse già noto o meno per il problema presentato alla visita inclusa nella ricerca (paziente già visitato e/o valutato o meno dal suo MMG in precedenza per lo stesso problema presentato il giorno della visita suddetta). Nella parte iniziale del P.D.A.P.1 sono state analizzate inoltre variabili relative al contesto complessivo della visita.

Per codificare l'ipotesi diagnostica è stata utilizzata l'International Classification of Diseases 9 (ICD 9), estratta tramite il software gestionale Millewin, utilizzato da tutti i MMG partecipanti.

Il P.D.A.P.1 è poi suddiviso in altre 4 parti:

Fase A "Formulazione dell'ipotesi diagnostica iniziale": 5 domande. In particolare, rispetto al questionario di Heneghan et al. [10], è stata aggiunta la prima domanda, sviluppata da noi per il presente studio al fine di valutare il processo di intuizione cognitiva pura iniziale ultrarapida:

- Domanda 1: "Ti si è manifestata nella mente un'intuizione iniziale?" (cognitive intuition), relativa al processo di intuizione ultrarapida con risposte si, no o non so.
- Domanda 2: "Il paziente ha suggerito un'ipotesi diagnostica?" (self labelling), quando il paziente suggerisce una diagnosi, con risposta si o no.
- Domanda 3: "Hai fatto riferimento ai sintomi espressi dal paziente?" (presenting complaint), quando il paziente lamenta un sintomo potenzialmente coincidente con la diagnosi, con risposta si o no.
- Domanda 4: "Hai effettuato un'ipotesi diagnostica a colpo d'occhio sulla base di dati percettivi di natura visiva, uditiva o tattile?" (spot diagnosis), quando il medico riconosce istantaneamente il quadro clinico del paziente, con risposta si o no.
- Domanda 5: "Hai riconosciuto un complesso di segni e sintomi caratteristici?" (pattern recognition trigger), quando avviene un riconoscimento spesso inconscio del modello paradigmatico di una patologia, con risposta si o no.

Fase B "Affinamento diagnostico": 5 domande.

- Domanda 6: "Hai fatto ricorso a considerazioni epidemiologiche e/o ragionamenti di natura statistico-probabilistica?" (probabilistic reasoning), con risposta si o no.
- Domanda 7: "Hai fatto uso di algoritmi decisionali di rapida consultazione, ovvero hai adottato un procedimento diagnostico per esclusione?" (restricted rule out), per l'uso di criteri codificati di orientamento diagnostico tipo flow-chart, con risposta si o no.
- Domanda 8: "Hai utilizzato score o sistemi a punteggio?" (clinical prediction rules), con risposta si o no.

- Domanda 9: “Hai trovato riscontri e analogie con casi clinici precedenti nella tua carriera?” (pattern recognition fit), secondo il quale sintomi e segni clinici richiamano alla mente del MMG analoghi quadri correttamente diagnosticati in passato, con risposta si o no.
- Domanda 10: “Hai proceduto per gradi in modo da raggiungere la conclusione attraverso passaggi successivi di affinamento-chiarimento dei dati?” (stepwise refinement), strategia diagnostica basata su approfondimenti successivi, con risposta si o no.

Fase C “Definizione diagnostica finale”: 4 domande. Abbiamo aggiunto in questa sezione una domanda relativa alla dispensazione da parte del MMG di suggerimenti di natura comportamentale, senza la prescrizione di analisi o terapie. Abbiamo omesso i due processi di “known diagnosis” e di “no label applied”, rispettivamente “diagnosi conosciuta” e “nessuna etichetta diagnostica applicata”, presenti invece nel questionario di Heneghan et al. [10], per non bloccare qui il processo diagnostico e per stimolare i MMG a formulare almeno un’ipotesi diagnostica.

- Domanda 11: “Hai dovuto richiedere ulteriori test di laboratorio e/o indagini strumentali?” (ordering further tests), con risposta si o no.
- Domanda 12: “Hai preso tempo chiedendo al paziente solo di auto-monitorarsi alcuni parametri specifici?” (test of time), con risposta si o no.
- Domanda 13: “Hai promosso una terapia ex adjuvantibus per confermare la tua ipotesi diagnostica?” (test of treatment), con risposta si o no.
- Domanda 14: “Hai offerto suggerimenti di natura comportamentale per confermare la tua ipotesi diagnostica (stile di vita), senza prescrizioni farmacologiche e/o ulteriori indagini laboratoristiche/strumentali?” (advice safe life style), con risposta si o no.

Infine, l’ultima parte delle “domande finali”, con lo scopo di rilevare alcuni aspetti del percorso diagnostico non facenti parte delle fasi precedenti. In particolare, a differenza di De Gobbi et al. [9], abbiamo inserito alla fine di tale parte una nostra domanda per indagare l’intuizione sensoriale ultrarapida finale del “gut feeling”, ispirandoci a Stolper et al. [5,6]:

- Domanda 15: “Hai preso in considerazione ipotesi diagnostiche di particolare gravità?” (red flags), con risposta si o no.
- Domanda 16: “Hai utilizzato, per la formulazione delle ipotesi diagnostiche, elementi storico-socio-culturali e/o la conoscenza di sfondo della storia personale del paziente?”, (patient background), con risposta si o no.
- Domanda 17: “Se il paziente è già noto per il quadro diagnostico definito, hai valutato comunque ipotesi alternative a quest’ultimo?”, (supposed different diagnostic hypothesis), con risposta si o no.

- Domanda 18: “Hai adottato procedimenti/informazioni non presentate fin qui nel questionario?” (using methods not here mentioned), con risposta sì o no.
- Domanda 19: “Hai percepito una sensazione particolare (“gut feeling”), al termine della visita?” Questa domanda prevedeva 3 possibili risposte: “no”, “sì, mi pare tutto chiaro” (come sensazione di chiarezza) o “sì, eppure qualcosa non mi torna” (come senso di allarme).

P.D.A.P.2

Abbiamo anche elaborato appositamente per questa ricerca un secondo questionario P.D.A.P.2, per valutare l'eventuale conferma dell'ipotesi diagnostica iniziale al follow-up, con la possibilità di inserire un nuovo codice ICD 9 in caso di non conferma diagnostica. Abbiamo considerato “errore diagnostico” i casi in cui la diagnosi iniziale ICD 9 non coincideva con la diagnosi finale. In tale questionario è stato anche valutato, in giorni, il tempo impiegato per il raggiungimento della diagnosi finale ed il numero di accessi ambulatoriali nella giornata in cui aveva avuto luogo la visita del paziente.

Allo scopo di rendere più accessibile la compilazione e più rapido l'invio e l'elaborazione dei risultati, i questionari sono stati inseriti online, sfruttando la piattaforma gratuita “Google Drive”, con riproduzione automatica delle risposte su un file Excel.

Prima di iniziare la ricerca, è stato svolto uno studio di verifica dei questionari con un gruppo pilota di MMG, resosi disponibile a testare tali strumenti.

Purtroppo, non sono ancora disponibili dati sulle proprietà psicometriche dei due strumenti da noi utilizzati in questo studio (P.D.A.P.1 e 2).

Comunque, li inseriamo in appendice, anche al fine di poter essere utilizzati da altri autori per sviluppare ulteriori ricerche sull'argomento.

Valutazioni statistiche

L'analisi dei dati è stata eseguita utilizzando il programma di statistica SPSS 14.0 (statistical package for social science, Chicago, Illinois). È stata dapprima condotta un'analisi statistica descrittiva del campione, utilizzando come indicatori la frequenza assoluta e la frequenza percentuale. I dati con distribuzione normale sono stati espressi come media \pm deviazione standard, massimo e minimo. È stata inoltre indagata la presenza di una correlazione tra la tipologia di strategia diagnostica utilizzata dal MMG nella pratica clinica ambulatoriale e le seguenti variabili:

- correttezza dell'ipotesi diagnostica iniziale rispetto alla diagnosi finale;
- variabili relative al MMG: età e genere, eventuale specializzazione, anni di attività professionale, eventuale associazione con altri MMG nello

svolgimento dell'attività professionale, collocazione geografica dello studio, carico di lavoro (ad es., numero di assistiti, orario settimanale di studio ambulatoriale);

- variabili relative alla visita con il singolo paziente: età, genere, titolo di studio del paziente; orario della visita, numero medio di accessi ambulatoriali nella giornata in cui ha luogo la visita, problema clinico posto (ambito fisiopatologico, eventuale riproposizione del problema, conoscenza di fondo della storia clinica pregressa, comprese eventuali problematiche oncologiche.

Trattandosi di variabili di tipo ordinale e di tipo nominale, è stata condotta un'analisi statistica non parametrica (continuity correction con correzione di Yate, test esatto di Fischer, chi-quadro di Pearson, coefficiente Rho di Spearman). Sono state riportate solo le significatività con un $p < 0,05$.

Risultati

Caratteristiche del campione dei MMG

Il campione atteso dei MMG era di almeno 40 partecipanti, 20 M e 20 F, ognuno con 28 casi. Non tutti i MMG contattati hanno però deciso di partecipare alla ricerca, per cui è stato necessario utilizzare un campione numericamente inferiore di 17 MMG, di cui 9 M e 8 F. Solo 10/17 (6 M e 4 F) hanno compilato anche il questionario P.D.A.P.2. Alla luce di questo consistente drop-out, per evitare un'ulteriore riduzione del campione, durante l'elaborazione statistica dei dati relativi alla "scheda medico" e questionario P.D.A.P.1, sono stati comunque considerati anche i 7/17 MMG che non hanno compilato il questionario P.D.A.P.2.

Nel campione dei 17 MMG l'età è compresa nel range 41-68 anni, con una media di 59,29 anni $\pm 7,23$ DS (M con un'età media di 62,78 anni $\pm 3,19$ DS, F con un'età media di 55,38 anni $\pm 8,65$ DS).

13/17 hanno almeno una specializzazione (1 anestesia e rianimazione, 1 dermatologia, 1 neurologia, 1 ginecologia, 1 gastroenterologia, 2 medicina interna, 2 igiene e medicina preventiva, 1 medicina del lavoro e scienze dell'alimentazione, 1 gastroenterologia e medicina del lavoro, 1 psicologia medica e terapia fisica e riabilitazione, 1 medicina interna e gastroenterologia. 3/17 non hanno specializzazioni, 1/17 ha una specializzazione come MMG (scuola di formazione in MG). Dei 10 che hanno compilato anche il questionario P.D.A.P.2, 8/10 hanno almeno una specializzazione, di cui 4/8 hanno conseguito 2 specializzazioni, e 2/10 non hanno una specializzazione.

Il numero degli assistiti risulta così distribuito:

tra 500-1000 assistiti: 2/17; tra 1001-1500 assistiti: 8/17; >1500 assistiti: 7/17.

Sono stati indagati anche gli anni di attività professionale:

5-10 anni: 1/17; 11-20 anni: 2/17; 21-30 anni: 3/17; >30 anni: 11/17.

Riguardo all'attività svolta prima del lavoro di MMG:

Nessuna, solo MMG: 7/17; continuità assistenziale: 4/17; ospedaliero clinico: 3/17; servizi: 1/17; altre attività: 2/17.

Abbiamo inoltre valutato la sede e la modalità in cui il MMG svolge la sua attività:

studio singolo: 3/17; organizzato in rete: 2/17; organizzato in gruppo: 5/17; sia in studio singolo che in rete: 2/17; sia in studio singolo che in gruppo: 1/17; organizzato sia in rete che in più studi: 2/17; organizzato sia in gruppo che in più studi: 2/17; 3/17 lavora da solo.

Infine, la distribuzione dell'orario settimanale di ambulatorio:

11-20 ore: 4/17; 21-30 ore: 12/17; >30 ore: 1/17.

Caratteristiche del campione dei pazienti

Il campione è costituito da 332 pazienti, di cui 131 M e 201 F per i quali è stato compilato il questionario P.D.A.P.1. Per 276/332 pazienti (83%) è stato compilato anche il questionario P.D.A.P.2.

I 131 M hanno un'età media di 54,89 anni \pm 19,48 DS, con un range 13-94 anni. Le 201 F hanno un'età media di 60,1 anni \pm 16,1 DS, con un range 19-93 anni.

Valutando il campione totale dei 332 pazienti, l'età media risulta di 58,04 anni \pm 17,69 DS, con le seguenti fasce d'età:

<20 anni: 8/332; 21-30 aa: 21/332; 31-50 aa: 82/332; 51-65 aa: 81/332; >65 aa: 140/332.

Riguardo al titolo di studio:

nessun titolo: 7/332; licenza elementare: 69/332; licenza media inferiore: 103/332; licenza media superiore: 121/332; laurea: 32/332.

L'orario di ambulatorio durante il quale è avvenuta la visita è il seguente:

prima ora del mattino: 94/332; ultima ora del mattino: 93/332; prima ora del pomeriggio: 75/332; ultima ora del pomeriggio: 70/332.

Il luogo dello studio in cui è avvenuta la visita è:

centro abitato, zona rurale e collinare <5000 abitanti: 38/332; centro abitato, zona rurale e collinare 5000-15000 ab.: 52/332; città 15000-50000 ab.: 63/332; città >50000 ab.: 179/332.

La media degli accessi ambulatoriali nel giorno lavorativo precedente la visita è stata:

5-15 accessi: 26/332 pazienti; 16- 25: 45/332; 26-35: 85/332; 36-45: 63/332; >45: 113/332.

Il problema clinico posto dal paziente è stato valutato per apparato/sistema principalmente coinvolto:

muscolo scheletrico: 80/332; bronco polmonare: 63/332; circolatorio: 40/332; cutaneo e annessiale: 39/332; digerente: 37/332; urogenitale: 24/332; nervoso-mentale: 21/332; endocrino: 7/332; uditivo: 6/332; visivo: 6/332; ostetrico-ginecologico: 5/332; odonto-stomatologico: 4/332.

125/332 pazienti (37,7%) erano già noti per il problema presentato.

26/332 pazienti avevano un precedente oncologico.

Obiettivo primario

In Tabella I sono riportate le frequenze delle risposte alle domande della fase diagnostica iniziale (A).

Tabella I – Fase A (strategie diagnostiche ultrarapide e rapide).

Domanda	Si	No	Non so
1	66,3% (220/332)	32,8% (109/332)	0,9% (3/332)
2	42,8% (142/332)	57,2% (190/332)	
3	91,3% (303/332)	8,7% (29/332)	
4	59,3% (197/332)	40,7% (135/332)	
5	69,0% (229/332)	31,0% (103/332)	

In Tabella II sono riportate le frequenze di risposta alle domande della fase di affinamento diagnostico (B).

Tabella II – Fase B (strategie diagnostiche lente).

Domanda	Si	No	Non so
6	50,9% (169/332)	49,1% (163/332)	
7	16,9% (56/332)	83,1% (276/332)	
8	2,7% (9/332)	97,3% (323/332)	
9	80,7% (268/332)	19,3% (64/332)	
10	61,4% (204/332)	38,6% (128/332)	

In Tabella III sono riportate le frequenze di risposta alle domande della fase diagnostica finale (C).

Tabella III – Fase C (definizione diagnostica finale).

Domanda	Si	No	Non so
11	44,9% (149/332)	55,1% (183/332)	
12	21,1% (70/332)	78,9% (262/332)	
13	46,4% (154/332)	53,6% (178/332)	
14	45,5% (151/332)	54,5% (181/332)	

Infine, in Tabella IV sono riportate le frequenze di risposta alle domande finali del questionario P.D.A.P.I.

Tabella IV – Domande finali

Domanda	Si	No	Si, tutto chiaro	Si, non mi torna
15	26,2% (87/332)	73,8% (245/332)		
16	66,9% (222/332)	33,1% (110/332)		
17	25,6% (85/332)	74,4% (247/332)		
18	2,7% (9/332)	97,3% (323/332)		
19	70,7% (235/332)	29,3% (97/332)	37% (123/332)	33,7% (112/332)

Complessivamente, sono stati più utilizzati i procedimenti di fase A (ultrarapidi e rapidi) rispetto a quelli di fase B (lenti), con una differenza statistica altamente significativa (*continuity correction*: $p < 0,0001$).

Obiettivi secondari

Correlazione tra le diverse strategie diagnostiche utilizzate e le variabili relative al paziente ed alla sua visita

Emergono alcuni risultati statisticamente significativi. Nello specifico:

- Domanda 16 rapportata alla fascia d'età del paziente: nella fascia d'età 21-30 anni questa strategia diagnostica più spesso non viene usata (risposte sì 33,3% e no 66,7%), al contrario di quanto accade per le altre fasce d'età (Pearson chi-square: $p < 0,01$).
- Che il paziente possenga o meno un titolo di studio e il tipo di titolo di studio influenza l'utilizzo di alcune strategie diagnostiche da parte del MMG:

- o Domanda 2: c'è una differenza significativa tra le fasce "estreme". I pazienti privi di titoli di studio più spesso non suggeriscono alcuna ipotesi (85,7% no, 14,3% sì), mentre chi ha conseguito una laurea nel 50% dei casi lo fa.
- o Domanda 4: nel caso dei pazienti laureati, meno frequentemente viene utilizzata questa strategia rapida (risposte no 65,6%, sì 34,4%), al contrario di quanto accade per tutti gli altri titoli di studio ed anche per chi non ne possiede alcuno (Pearson chi-square: $p < 0,01$).
- o Domanda 5: analogamente al punto precedente e con una significatività ancora maggiore (Pearson chi-square: $p < 0,005$), nel caso dei pazienti laureati questa strategia non viene usata nella maggior parte dei casi, con risposte sì al 40,6% e no al 59,4%.
- Anche il numero degli accessi ambulatoriali nel giorno lavorativo precedente la visita incide sull'utilizzo di numerose strategie diagnostiche in modo significativo:
 - o Domanda 4: quando il numero di accessi va da 5 a 15 l'utilizzo di questa strategia diventa nettamente maggiore rispetto alle altre fasce numeriche di accessi (risposte sì 92,3%, no 7,7%); al contrario, quando gli accessi sono tra 36 e 45, si inverte l'uso di questa strategia, con risposte sì al 41,3% e no al 58,7%. Questi due fenomeni mostrano una significatività importante (Pearson chi-square: $p < 0,0001$).
 - o Domanda 5: nell'intervallo di 5-15 accessi è più alta la percentuale dei sì e più bassa quella dei no rispetto agli altri intervalli (sì 96,2%, no 3,8%). Nell'intervallo di 36-45 accessi è più alta la percentuale dei no (42,9%) rispetto agli altri intervalli, e più bassi sono i sì (57,1%) (Pearson chi-square: $p < 0,001$).
 - o Domanda 10: quando il numero di accessi nel giorno precedente è > 45 , è più alta la percentuale dei sì (72,6%) e più bassa quella dei no (27,4%) rispetto agli altri intervalli (significatività debole, Pearson chi-square: $p < 0,05$).
 - o Domanda 13: quando il numero di accessi nel giorno precedente è di 5-15, è più alta la percentuale dei sì (73,1%) e più bassa quella dei no (26,9%) rispetto agli altri gruppi (significatività debole, Pearson chi-square: $p < 0,05$).
 - o Domanda 14: quando il numero di accessi nel giorno precedente è di 5-15, è più alta la percentuale dei sì (80,8%) e più bassa quella dei no (19,2%) rispetto agli altri gruppi. (alta significatività statistica, Pearson chi-square: $p < 0,0001$).
 - o Domanda 19: nel gruppo di 5-15 accessi, la percentuale delle risposte no è dell'1%; la risposta "sì, qualcosa non torna" è l'84,6% e "sì, tutto chiaro" il 2,4%. Questa risposta no (1%) rappresenta la percentuale di risposta più bassa in tutti i gruppi.

Nel gruppo 5-15 accessi, la percentuale di risposte “sì, qualcosa non torna” (84,6%) è più elevata in rapporto alle altre due tipologie di risposta all’interno dello stesso gruppo. La tipologia di risposta “sì, tutto chiaro” è in percentuale più bassa (2,4%) nel gruppo 5-15 accessi rispetto agli altri gruppi (elevata significatività statistica, Pearson chi-square: $P < 0,0001$).

- Le variabili orario di ambulatorio in cui si svolge la visita, luogo dello studio ed eventuale precedente oncologico non influenzano in maniera significativa l’utilizzo delle varie strategie diagnostiche.

Correlazione tra il tipo di procedimento diagnostico utilizzato e la conferma/non conferma dell’ipotesi diagnostica iniziale

Fase A

- Domanda 1: per 176/276 pazienti (63,8%) al MMG si è manifestata nella mente un’intuizione iniziale, per 97/276 (35,1%) no. In coloro che hanno risposto sì, per 149/176 casi (84,7%) l’ipotesi diagnostica iniziale è stata confermata, per 27/176 (15,3%) no. In coloro che hanno risposto no, l’ipotesi diagnostica iniziale è stata confermata per 82/97 casi (84,5%), mentre per 15/97 (15,5%) no.
- Domanda 2: i risultati mostrano una modesta significatività ($p < 0,05$) per i pazienti con ipotesi diagnostica iniziale non confermata: infatti dei 43/276 casi con diagnosi iniziale non confermata, 11/43 (25,6%) hanno suggerito un’ipotesi iniziale, 32/43 (74,4%) no. I pazienti che hanno suggerito un’ipotesi iniziale sono 123/276: in 11/123 (8,9%) la diagnosi iniziale non è stata confermata. I pazienti che non hanno suggerito un’ipotesi diagnostica sono 153/276: in questi la percentuale di non conferma diagnostica è significativamente maggiore, pari al 20,9% (32/153 pazienti).
- Domanda 3: in 254/276 casi (92%) in cui il medico ha utilizzato i sintomi espressi dal paziente, nell’85,4% (217/254) l’ipotesi diagnostica iniziale è stata confermata e nel 14,6% (37/254) no. Quando il medico non ha utilizzato i sintomi espressi dal paziente (22casi) (8%), in 16 (72,7%) l’ipotesi iniziale è stata confermata, in 6 (27,3%) no.
- Domanda 4: dei 169/276 (61%) casi in cui è avvenuta un’ipotesi diagnostica a colpo d’occhio, per 20/169 (11,8%) la diagnosi iniziale non è stata confermata. I casi in cui non è avvenuta un’ipotesi diagnostica a colpo d’occhio sono 23/107 (21,5%), con una significatività statistica modesta, ma presente ($p = 0,047$).
- Domanda 5: in 191/276 (69%) casi il medico ha riconosciuto un complesso di segni e sintomi caratteristici, con una diagnosi iniziale non

confermata in 23/191(12%). La percentuale di non conferma diagnostica è significativamente maggiore ($p<0,05$) nei casi in cui il medico non ha utilizzato tale strategia diagnostica: 20/85 (23,5%).

Fase B

- Domanda 6: in 141/276 (51,1%) casi sono stati utilizzati dal medico ragionamenti di natura epidemiologico-statistico-probabilistica, in 135/276 (48,9%) no. L'ipotesi diagnostica iniziale è stata confermata in 117/141 (83%) casi nel primo gruppo, in 116/135 (85,9%) nel secondo. Non è invece stata confermata in 24/141 (17%) nel primo gruppo e in 19/135 (14,1%) nel secondo.
- Domanda 7: in 225/276 (81,5%) casi non sono stati utilizzati algoritmi decisionali, con diagnosi iniziale confermata in 192/225 (85,3%), non confermata in 33/225 (14,7%). Gli algoritmi diagnostici sono invece stati utilizzati in 51/276 casi (18,5%), con diagnosi iniziale confermata in 41/51 (80,4%) e non confermata in 10/51 (19,6%).
- Domanda 8: in 269/276 (97,5%) casi non sono stati utilizzati score o sistemi a punteggio, in 7/276 (2,5%) si. Nel primo gruppo, la diagnosi iniziale è stata confermata nell'84,4%, nel secondo nell'85,7%. La diagnosi iniziale non è stata confermata nel 14,3% dei casi nel primo gruppo, nel 15,6% del secondo.
- Domanda 9: emerge una debole differenza significativa ($p<0,040$). Dei 43/276 casi con diagnosi iniziale non confermata, 29/43 (67,4%) presentavano analogie con casi precedenti rispetto ai 14/43 (32,6%) che non le presentavano.

Dei 55/276 casi che non presentavano analogie con casi clinici precedenti, 14/55 (25,5%) hanno una diagnosi iniziale non confermata rispetto a quelli con diagnosi confermata 41/55 (74,5%). Per i medici che non hanno usato tale strategia diagnostica la percentuale di diagnosi non confermata è maggiore: 14/55 (25,5%) sono i casi di diagnosi non confermata. 29/221 (13,1%) sono i casi in cui hanno usato tali analogie.

- Domanda 10: in 172/276 (62,3%) casi il medico ha proceduto per gradi, in 104/276 (37,7%) no. L'ipotesi diagnostica iniziale è stata confermata in 143/172 (83,1%) casi del primo gruppo ed in 90/104 (86,5%) del secondo. Viceversa, l'ipotesi diagnostica iniziale non è stata confermata in 29/172 (16,9%) casi del primo gruppo e in 14/104 (13,5%) del secondo.

Fase C

- Domanda 11: l'ipotesi diagnostica iniziale non veniva confermata

in 33/116 (28,4%) casi per i quali venivano richieste ulteriori indagini, rispetto ai 10/160 (6,3%) per i quali non venivano richieste. Questo risultato mostra un'alta significatività statistica, con $p < 0,0001$. Dei 43 casi con diagnosi non confermata, in 33/43 (76,7%) erano state richieste ulteriori indagini rispetto ai 10/43 (23,3%) nei quali non erano state richieste.

Differente è la distribuzione delle frequenze per i 146/171 (85,4%) casi per i quali l'ipotesi diagnostica iniziale è stata confermata: in 49/146 (33,6%) erano state richieste ulteriori indagini, in 97/146 (66,4%) no. Tale andamento mostra un'alta significatività, con $p < 0,0001$.

- Domanda 12: quando la diagnosi iniziale non era stata confermata (43/276 casi) (15,6%), in 17/43 (39,5%) i medici avevano preso tempo e chiesto al paziente di monitorarsi, in 26/43 (60,5%) no. Quando la diagnosi iniziale era stata confermata (233/276) (84,4%), in 185/233 (79,4%) non era stato chiesto al paziente di monitorarsi. Questo fenomeno avviene con una debole significatività ($p < 0,05$).

In 25/171 pazienti (14,6%) la diagnosi iniziale non è confermata: in 11/25 (44%) il medico aveva preso tempo chiedendo alla paziente di monitorarsi, in 14/25 (56%) no. In 146/171 (85,3%) casi la diagnosi iniziale è confermata: in 28/146 (19,2%) il medico aveva preso tempo, in 118/146 (80,8%) no. Questo fenomeno mostra una debole significatività ($p < 0,05$).

- Domanda 13: in 128/276 (46,4%) casi era stata proposta una terapia ex adjuvantibus, in 148/276 (53,6%) no. Del primo gruppo, in 109/128 (85,2%) l'ipotesi iniziale era stata confermata, in 19/128 (14,8%) no. Del secondo gruppo, in 124/148 (83,8%) casi l'ipotesi iniziale era stata confermata, in 24/148 (16,2%) no.
- Domanda 14: in 136/276 (49,3%) casi il medico ha fornito suggerimenti di natura comportamentale, in 140/276 (50,7%) no. Nel primo gruppo, la diagnosi è stata confermata in 119/136 (87,5%), in 17/136 (12,5%) no. Nel secondo gruppo, la diagnosi è stata confermata in 114/140 (81,4%), in 26/140 (18,6%) no.

Domande finali

- Domanda 15: i dati mostrano una distribuzione delle frequenze altamente significativa ($p < 0,0001$).

Dei 43/276 casi con diagnosi finale non confermata, in 21/43 (48,8%) i MMG avevano preso in considerazione ipotesi diagnostiche di particolare gravità, in 22/43 (51,2%) no.

Quando invece l'ipotesi diagnostica iniziale era stata confermata (233/276 casi), in 45/233 (19,3%) casi il MMG aveva preso in considerazione ipotesi di particolare gravità, in 188/233 (80,7%) no.

- Domanda 16: in 195/276 casi (70,7%) sono stati utilizzati elementi storico-

socio-culturali, in 81/276 (29,3%) no. Nel primo gruppo, l'ipotesi diagnostica iniziale è stata confermata in 166/195 casi (85,1%), non confermata in 29/195 (14,9%). Nel secondo gruppo, l'ipotesi diagnostica iniziale è stata confermata in 67/81 casi (82,7%), non confermata in 14/81 (17,3%).

- Domanda 17: in 72/276 casi (26,1%) sono state prese in considerazione ipotesi alternative al quadro clinico definito, in 204/276 (73,9%) no. Nel primo gruppo, l'ipotesi diagnostica iniziale è stata confermata in 62/72 (86,1%), in 10/72 (13,9%) no. Nel secondo gruppo l'ipotesi diagnostica iniziale è stata confermata in 171/204 (83,8%), in 33/204 (16,2%) no.

Il fatto che il paziente sia già noto o meno per il problema presentato non influenza in modo significativo la correttezza dell'ipotesi diagnostica iniziale: quest'ultima risulta infatti confermata nella maggior parte dei casi, sia quando il paziente è noto per il problema presentato (94/105) (89,5%), sia quando non lo è (139/171) (81,3%).

- Domanda 18: in 5/276 (1,8%) casi sono state adottate informazioni non presenti nel questionario, in 271/276 (98,2%) no. Nel primo gruppo, in 4/5 casi (80%) l'ipotesi iniziale non è stata confermata, in 1/5 si (20%). Nel secondo gruppo si osserva una tendenza opposta, con diagnosi iniziale non confermata in 39/271 (14,4%) casi, confermata in 232/271 (85,6%). A causa del ridotto numero di casi nel primo gruppo tale tendenza non può essere considerata statisticamente significativa.
- Domanda 19: nei 233/276 (84,4%) casi con ipotesi diagnostica iniziale confermata, in 56/233 (24%) il MMG non aveva percepito una sensazione particolare alla fine della visita, mentre in 177/233 (76%) sì: in quest'ultimo gruppo di 177, in 81/177(45,8%) casi il MMG ha risposto "qualcosa non torna", mentre in 96/177 (54,2%) il MMG ha risposto "sì, tutto chiaro".

In 43/276 casi l'ipotesi diagnostica iniziale non è stata confermata: di questi, in 25/43 (58,1%) il MMG non aveva percepito una sensazione particolare al termine della visita, in 18/43 (41,9%) sì. In quest'ultimo gruppo, in 3/18 casi il MMG ha risposto "qualcosa non torna", in 15/18 ha risposto "sì, tutto chiaro".

Riportiamo infine in tabella V i giorni necessari a raggiungere la diagnosi finale.

Tabella V – *Giorni necessari per giungere alla diagnosi finale.*
3/7 (42,9%)

Giorni	Tot. casi diagnosi	Diagnosi confermata	Diagnosi non confermata
≤25 giorni	203/276	184/203 (90,6%)	19/203 (9,4%)
>25 e ≤50 giorni	32/276	18/32 (56,3%)	14/32 (43,8%)
>50 e ≤100 giorni	17/276	10/17 (58,8%)	7/17 (41,2%)
>100 e ≤150 giorni	17/276	17/17 (100%)	0/17 (0%)
>150 giorni	7/276	4/7 (57,1%)	3/7 (42,9%)

Discussione

Il nostro studio, a differenza di quello di Padova [9], in cui prevalevano MMG maschi, presenta un maggior equilibrio di genere, caratteristico dell'area territoriale Bologna-Imola. In modo simile al suddetto studio, i MMG da noi reclutati sono esperti, presentano un'età media abbastanza elevata, hanno una prolungata esperienza lavorativa come MMG, spesso con una o più specializzazioni, un numero di assistiti ed un carico di lavoro medio-alti. I loro pazienti sono di età avanzata, prevalentemente donne e con un titolo di studio medio-alto.

Analizzando i dati, abbiamo individuato quattro risultati principali da discutere: le strategie diagnostiche utilizzate, il loro rapporto col fattore tempo, l'influenza sul processo diagnostico di variabili più interattive come, ad esempio, la scolarizzazione del paziente ed, infine, il rapporto tra tali strategie ed il tasso di errore diagnostico iniziale.

Quantità e qualità delle strategie cognitive diagnostiche

I risultati confermano che i MMG usano strategie cognitive diagnostiche "miste" e, tra queste, prevalentemente quelle ultrarapide e rapide, più intuitive, rispetto a quelle lente, più analitiche.

Partendo da tali premesse, potremmo supporre che l'intuizione si costruisca sulla base di una duratura esperienza. Purtroppo, il nostro mancato reperimento di MMG giovani non ci ha permesso di fare un confronto tra MMG novizi ed esperti per confermare o meno tale ipotesi.

La creazione del questionario si è basata prevalentemente sull'ipotesi del prof. Heneghan [10], la quale prevede una sequenzialità e compresenza tra

strategie rapide e lente, senza la mutua esclusività ipotizzata ed utilizzata nella loro ricerca da De Gobbi et al. [9]. I nostri risultati, da noi peraltro attesi, hanno confermato l'utilizzo di strategie "miste", integrate tra di loro. Tra le strategie rapide, anche noi, come Heneghan et al. [10], abbiamo riscontrato come il "presenting complaint" sia la più utilizzata dal MMG. Questo dato ci fa riflettere sull'estrema importanza dell'ascolto e della comunicazione efficace tra paziente e medico ai fini diagnostici e quindi, terapeutici e prognostici. Spesso, se ascoltiamo veramente il paziente ed i sintomi che presenta, siamo già da lui orientati verso una diagnosi corretta.

Come elemento di novità rispetto alle ricerche succitate, noi abbiamo analizzato anche il ruolo delle strategie ultrarapide (intuizione cognitiva pura e "gut feeling"), che non sono strutturate in maniera così cognitivamente complessa come i processi diagnostici rapidi e lenti.

Per quanto riguarda le strategie ultrarapide, c'è da evidenziare come la percentuale di utilizzo del "gut feeling" (70,7%) sia molto frequente e simile a quella dell'intuizione cognitiva pura (66,3%), dato che ribadisce la sostanziale coincidenza dei due concetti e delle due esperienze soggettive vissute dal diagnosta, avvalorando chi, come Dhalival [4] e Stolper et al. [5,6], sostiene e fa ricerca su questa forma di intelligenza dell'inconscio.

In un recente lavoro di Donker et al. [18] sulle determinanti del "gut feeling" dei MMG nei confronti della diagnosi precoce di cancro, il "gut feeling" ha mostrato un valore predittivo positivo medio del 35%.

Rapporto tra tipo di strategie cognitive diagnostiche e fattore temporale

Dai dati rilevati emerge un fenomeno apparentemente paradossale e contrario alle nostre aspettative: i MMG utilizzano spesso meccanismi rapidi ed ultrarapidi ("gut feeling") quando hanno pochi accessi e quindi hanno molto tempo per ogni paziente e, viceversa, metodi lenti, come il procedere per gradi, quando hanno molti accessi e quindi hanno poco tempo per ogni assistito. Questi dati sembrano smentire il luogo comune che tempi operativi contratti siano inscindibili da metodi intuitivi rapidi ed ultrarapidi. Ma questi ultimi sono una tendenza insita nella mente umana, che si innesca indipendentemente dal tempo a disposizione. Lo stesso ragionamento vale per i metodi analitici lenti: quando si rendono necessari per fare una diagnosi, essi vengono attivati automaticamente anche se il tempo è ristretto.

Il nostro criterio temporale di reclutamento dei pazienti prevedeva la prima e l'ultima ora di ambulatorio, sia mattutino che pomeridiano. Tale ripartizione è risultata equilibrata e non ha mostrato differenze nell'utilizzo di processi diagnostici rapidi o lenti, come invece avevano evidenziato i colleghi padovani [9], per i quali nell'ultima ora di ambulatorio erano utilizzati maggiormente i

processi rapidi: tale fenomeno veniva da loro giustificato dalla percezione che il MMG avesse “meno tempo a disposizione”.

Interattività delle strategie cognitive diagnostiche

I pazienti privi di titolo di studio in maggioranza non suggeriscono un'ipotesi diagnostica, a differenza dei laureati che invece tendono a suggerirla. Questa differenza comportamentale potrebbe essere spiegata dai diversi strumenti cognitivi e culturali posseduti da tali assistiti. Inoltre, il MMG utilizza meno il colpo d'occhio, il riconoscimento di segni e sintomi caratteristici e le analogie con casi clinici precedenti con i pazienti laureati. Con tali pazienti istruiti il MMG potrebbe adottare meno meccanismi rapidi, forse per un rispecchiamento/identificazione con tale tipo di paziente, dotato di una maggiore capacità di contrattazione (anche legale) e di più strumenti analitici rispetto agli altri. Comunque, tale dato sottolinea la valenza anche interattiva, extra-clinica ed inconscia dell'atto diagnostico.

Donner-Banzhoff et al. [19] hanno recentemente pubblicato uno studio molto originale, ma completamente diverso dal nostro sulla fenomenologia del processo diagnostico dei MMG, dal quale emerge un'importanza maggiore delle strategie diagnostiche più interattive e meno direttive tra MMG e paziente, a cui rimandiamo il lettore.

Strategie cognitive diagnostiche e tasso di non conferma diagnostica

L'utilizzo del P.D.A.P.2 ci ha permesso di evidenziare che quando il MMG utilizza l'ipotesi diagnostica fornita dal paziente, la percentuale di diagnosi confermata è elevata. Tale fenomeno si evidenzia anche con altre due strategie rapide, il riconoscimento di segni e sintomi caratteristici ed il colpo d'occhio. Abbiamo riscontrato invece che l'eventuale conferma diagnostica non è influenzata in maniera statisticamente significativa dall'utilizzo di strategie lente. L'unica debole significatività riguarda infatti solamente il riscontro di analogie con casi clinici precedenti. Purtroppo, non possiamo confrontare i nostri risultati con quelli di altri autori, in quanto non ci risultano che siano state effettuate altre ricerche che hanno correlato le strategie cognitive diagnostiche con l'appropriatezza diagnostica dei MMG.

Il tasso di non conferma diagnostica iniziale è del 15,6% ed è confrontabile a quanto riportato in letteratura per “l'errore medico” in medicina (15% secondo Elstein) [20]. Dalla letteratura si evince che più del 75% dell'errore diagnostico (non solo iniziale, ma definitivo) dipende da un errore del pensiero del medico e questo tipo di errore comporta la maggiore morbilità rispetto agli altri tipi di errore commessi [20,21,22].

Dalla nostra ricerca risulta che la conferma dell'ipotesi diagnostica iniziale è maggiore quando il MMG usa prevalentemente metodi rapidi rispetto a quelli ultrarapidi e lenti.

Questo risultato non ci ha sorpreso in quanto i metodi rapidi presentano già una certa strutturazione cognitiva affidabile, basata sulla relazione medico-paziente (domanda 2 e 3) o sulla memoria del medico (domanda 4 e 5). Tale dato va però considerato con cautela poiché la significatività statistica è debole ($p < 0,05$), ma è in linea con la corrente di ricerca scientifica internazionale che conferma l'efficacia delle strategie intuitive rapide, al contrario degli autori che considerano l'intuizione prevalentemente come una sorgente di errore [17,21].

Limiti dello studio

Un limite di questo lavoro è il ristretto numero di MMG che siamo riusciti a reclutare. Abbiamo cercato, con 2 focus groups in 2 diverse aree geografiche, di coinvolgere almeno 40 MMG, 20 M e 20 F. Purtroppo, solo 17 hanno partecipato alla fase iniziale della ricerca e solo 10/17 a tutte le fasi. In verità, questo fenomeno non ci ha sorpresi, perché la nostra ricerca si presentava impegnativa, atipica ed in grado di mettere in discussione la qualità operativa del MMG, la cui partecipazione è stata su base volontaria. Inoltre, non siamo riusciti a trovare MMG novizi da poter confrontare con quelli esperti. Non è possibile quindi generalizzare i risultati ottenuti sul campione dei MMG in quanto non sono rappresentativi dei MMG del territorio di appartenenza. Comunque, ben l'83% delle ipotesi diagnostiche iniziali è stato sottoposto alla verifica tramite il questionario P.D.A.P.2, quindi con un'accettabile rappresentatività del campione iniziale dei pazienti, che riteniamo rappresentativi del bacino di utenza di riferimento, nonostante lo sbilanciamento quantitativo a favore del genere femminile.

Conclusioni

Anche dai risultati della nostra ricerca emerge l'importanza di uno studio approfondito e di una prassi di autoriflessione metacognitiva del medico sui suoi processi cognitivi diagnostici, che lo possono portare verso una maggiore appropriatezza diagnostica, prognostica e terapeutica.

Dovremmo praticare di norma l'"autopsia" cognitiva, affettiva e comportamentale, intesa come un processo analitico autoriflessivo retrospettivo, da applicare soprattutto in caso di errore diagnostico, nel nostro

caso di tipo iniziale. In Italia, questo aspetto è ancora quasi completamente lasciato all'auto-formazione, alla curiosità ed alla sensibilità del singolo MMG, a differenza del mondo medico-scientifico anglosassone.

Riteniamo pertanto fondamentale anche nel nostro Paese, sulla scia di quanto a suo tempo e già stato intrapreso dai colleghi di Padova [7,8,9], una formazione universitaria e post-universitaria specifica sulla diagnosi e sulle sue strategie cognitive, affettive e comportamentali. Tutto ciò in un'ottica di formazione permanente ("long-life learning") e dando spazio anche ad una formazione ad hoc sulla metacognizione e sull'intuizione, quest'ultima intesa sia come intuizione cognitiva pura che come "gut feeling". L'intuizione è ormai stata "sdoganata" dalla scienza ufficiale e non è più vista solo come uno strumento cognitivo irrazionale, fonte di distorsioni cognitive favorevoli all'errore diagnostico.

Nella nostra ricerca abbiamo trovato un tasso di non conferma diagnostica del 15,6%. Dobbiamo cercare il modo di abbassare tale tasso, ovviamente senza l'illusione di azzerarlo, per aumentare anche in questo modo il "safety netting" del paziente. A tal fine esistono già strumenti di comprovata efficacia, come le tecniche di debiasing, per contrastare le decine e decine di bias cognitivi ed affettivi già identificati e descritti in letteratura. Tali tecniche sono state già messe a punto e rese operative da Pat Croskerry et al. [23,24,25] per ridurre tali distorsioni cognitive, attraverso un disaccoppiamento tra meccanismi cognitivi intuitivi ed analitici.

Sappiamo che in medicina ci sono fattori immodificabili e fattori modificabili: ci dobbiamo occupare soprattutto di quest'ultimi per fare prevenzione in generale e, in particolare, per evitare quelle deviazioni prevedibili della nostra razionalità che ci portano spesso fuori strada nel percorso diagnostico.

Conflitto di interesse

Gli autori dichiarano di non avere conflitti di interesse riguardo alla paternità o alla pubblicazione di questo articolo.

Ringraziamenti

Si ringraziano il Prof. C. Heneghan ed il Dott. R. De Gobbi per i loro preziosi consigli sulla metodologia della ricerca e i seguenti MMG per la loro diretta partecipazione allo studio: Aldrovandi Emanuela, Cava Maria, Cerullo Angelina, Cilio Rosa, Ehrlich Shirley, Ermini Giuliano, Fedele Enrico,

Franco Livio, Giofrè Rosalba, Matrà Annunzio, Matteucci Nerio, Patierno Marco, Salera Marcello, Santi Sandra, Severino Anna Maria, Spinnato Luigi e Tosetti Cesare.

Bibliografia

- [1] Elstein AS, Kagan N, Shulman LS, Jason H, Loupe MJ. Methods and theory in the study of medical inquiry. *Journal of Medical Education* 1972; 47 (2): 85-92. PMID: 5011772.
- [2] Style A. Intuition and problem solving. *Journal of the Royal College of General Practitioners* 1979; 29: 71-74.
- [3] Wooley A, Kostopoulou O. Clinical intuition in family medicine: more than first impressions. *Annals of Family Medicine* 2013; 11 (1): 60-6.
- [4] Dhalival G. Going with your gut. *Journal of General Internal Medicine* 2010; 26 (2): 107-9. DOI: 10.1007/s11606-010-1578-4.
- [5] Stolper E, van Bokhoven M, Houben P, van Royen P, van de Wiel M, van der Weijden T et al. The diagnostic role of gut feelings in general practice. A focus group study of the concept and its determinants. *BMC Family Practice* 2009; 10: 17. DOI: 10.1186/1471-2296-10-17.
- [6] Stolper E, van de Wiel M, van Royen P, van Bokhoven M, van der Weijden T, Dinant GJ. Gut Feelings as a third track in general practitioners' diagnostic reasoning. *Journal of General Internal Medicine* 2010; 26 (2): 197-203.
- [7] Stefan E, Fassina R. Strategie diagnostiche nel setting della medicina generale. *Rivista della Società Italiana di Medicina Generale* 2004; 3: 41-4.
- [8] Di Marco L. Strategie diagnostiche in medicina generale. Indagine pilota di un gruppo di medici di medicina generale dell'azienda ULSS 16 Padova. Tesi di diploma in medicina generale. Regione del Veneto scuola di formazione specifica in medicina generale. Polo formativo di Padova. 3° corso triennale.
- [9] De Gobbi R, Di Marco L, Fassina R. Strategie diagnostiche in medicina generale. *Rivista della Società Italiana di Medicina Generale* 2011; 6: 3-8.
- [10] Heneghan C, Glaziou P, Thompson M, Rose P, Balla J, Lasserson D et al. Diagnostic strategies used in primary care. *British Medical Journal* 2009; 338: b946. DOI: 10.1136/bmj.b946.
- [11] Foot C, Naylor C, Imison C. The quality of GP diagnosis and referral. London: The King's Fund; 2010.
- [12] Norman G, Barraclough K, Dolovich L, Price D. Iterative diagnosis. *British Medical Journal* 2009; 339: 747-8.
- [13] Baerheim A. The diagnostic process in general practice: has it a two-phase structure? *Family Practice* 2001; 18 (3): 243-245.

- [14] Elstein AS, Schwarz A. Clinical problem solving and diagnostic decision making: selective review of the cognitive literature. *British Medical Journal* 2002; 324:729-732.
- [15] Trowbridge R. L. et al. Educational agenda for diagnostic error reduction. *British Medical Journal* 2013; 22: 28-32.
- [16] Pelaccia T, Tardif J, Tribby E, Charlin B. An analysis of clinical reasoning through a recent and comprehensive approach: the dual-process theory. *Medical Education Online* 2011; 16: 5890. DOI: 10.3402/meo.v16i10.5890.
- [17] Makary MA, Daniel M. Medical error-the third leading cause of death in the US. *British Medical Journal* 2016; 353: i2139. DOI: 10.1136/bmj.i2139.
- [18] Donker GèA, Wiersma E, van der Hoek L, Heins M. Determinants of general practitioner's cancer-related gut feelings-a prospective cohort study. *British Medical Journal Open* 2016; 6: e012511. DOI: 10.1136/bmjopen-2016-012511.
- [19] Donner-Banzhoff N, Seidel J, Sikeler AM, Bosner S, Vogelmeier M, Westram A et al. The phenomenology of the diagnostic process: a primary care-based survey. *Medical Decision Making* 2016; Mon-Mon XXXX. DOI: 10.1177/0272989x16653401.
- [20] Elstein AS. Thinking about diagnostic thinking: A 30-year perspective. *Advances in Health Sciences Education* 2009; 14: 7-18. DOI: 10.1007/s10459-009-9184-0.
- [21] Berner ES, Graber ML. Overconfidence as a cause of diagnostic error in medicine. *American Journal of Medicine* 2008; 121 (5 suppl): S2-S23.
- [22] Graber M. Diagnostic errors in medicine: A case of neglect. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety* 2005; 31 (2): 106-113.
- [23] Croskerry P. The importance of cognitive errors in diagnosis and strategies to minimize them. *Academic Medicine* 2003; 78 (8): 775-780.
- [24] Croskerry P, Singhal G, Mamede S. Cognitive debiasing 1: origins of bias and theory of debiasing. *British Medical Journal* 2013; 22: ii58-ii64. DOI: 10.1136/bmjqs-2012-001712.
- [25] Croskerry P, Singhal G, Mamede S. Cognitive debiasing 2: impediments to and strategies for change. *British Medical Journal* 2013; 22: ii65-ii72. DOI: 10.1136/bmjqs-2012-001713.

Appendice

QUESTIONARIO P.D.A.P.1

Caro Collega, rispondi alle seguenti domande (barrando con una X e scrivendo in stampatello) dopo aver letto e barrato la presente liberatoria:

“Dichiaro ai sensi e per gli effetti di cui alla L. 196/03, di essere stato edotto che i dati personali richiesti direttamente oppure raccolti presso terzi verranno utilizzati solo in conformità alle specifiche finalità di studio e di aggiornamento ai fini dello svolgimento dell’attività di medico di Assistenza Primaria. Acconsento pertanto al loro trattamento e prendo atto che lo stesso avverrà mediante strumenti manuali, informatici e telematici con logiche strettamente correlate alle suddette finalità” £

Per la compilazione del questionario è necessario acquisire il consenso informato presente nell’apposito modulo.

CODICE MEDICO: _____ / _____ / _____

(prime 3 lettere del nome / prime 3 lettere del cognome / anno di nascita)

PAZIENTE PARTECIPANTE

DATA VISITA: _____ / _____ / _____

CODICE PAZIENTE: _____ / _____ / _____

(prime 3 lettere del nome / prime 3 lettere del cognome / anno di nascita)

SESSO: FEMMINA £ MASCHIO £

ETÀ IN ANNI: _____

Inserire l’età del paziente con numero intero. Se si è all’interno dei primi sei mesi dopo il compimento dell’età si approssima all’età compiuta (es. 40 anni e cinque mesi = 40 anni), dal sesto mese in avanti si approssima per eccesso all’età che si deve compiere (es. 40 anni e 6 mesi = 41 anni).

ETÀ

- 1) < 20 anni
 2) 21 – 30 anni
 3) 31 – 50 anni
 4) 51- 65 anni
 5) > 65 anni

TITOLO DI STUDIO:

- 1. nessun titolo di studio
- 2. licenza elementare
- 3. licenza di scuola media inferiore
- 4. diploma o qualifica di scuola media superiore
- 5. laurea e post-laurea

ORARIO DELLA VISITA:

- prima ora della mattina
- ultima ora della mattina
- prima ora del pomeriggio
- ultima ora del pomeriggio

COLLOCAZIONE GEOGRAFICA DELLO STUDIO IN CUI SI SVOLGE**LA VISITA:**

- centro abitato in zona rurale (meno di 5000 abitanti)
- centro abitato in zona collinare/montuosa (meno di 5000 abitanti)
- cittadina in zona rurale (5000–15000 abitanti)
- cittadina in zona collinare/montuosa (5000–15000 abitanti)
- città (15000 – 50000 abitanti)
- città (più di 50000 abitanti)

NUMERO DI ACCESSI AMBULATORIALI MEDI NEI GIORNI**PRECEDENTI:**

- 5- 15
- 16-25
- 26-35
- 36-45
- >45

TIPOLOGIA DEL PROBLEMA CLINICO POSTO DAL PAZIENTE*

* Barrare una sola risposta nella seguente tabella. Se il paziente manifesta più problemi, barrare solo il più rilevante.

Ambito relativo al problema clinico posto dal paziente	Barrare
a. Bronco-Polmonare	<input type="checkbox"/>
b. Circolatorio	<input type="checkbox"/>
c. Digerente	<input type="checkbox"/>
d. Endocrino	<input type="checkbox"/>
e. Muscolo-scheletrico	<input type="checkbox"/>
f. Nervoso/Mentale	<input type="checkbox"/>
g. Odontostomatologico	<input type="checkbox"/>
h. Udito	<input type="checkbox"/>
i. Urogenitale maschile	<input type="checkbox"/>
j. Ginecologico/ostetrico	<input type="checkbox"/>
k. Visivo	<input type="checkbox"/>
l. Cute e annessi	<input type="checkbox"/>

PAZIENTE GIÀ NOTO PER IL PROBLEMA

PAZIENTE CON PRECEDENTE ONCOLOGICO?

SI NO NON SO

IPOTESI DIAGNOSTICA PRINCIPALE SECONDO L'ICD 9

(International Classification of Diseases):

(valori numerici) _____

FASE A: FORMULAZIONE DELL'IPOTESI DIAGNOSTICA INIZIALE

1. Ti si è manifestata nella mente un'intuizione iniziale?

SI NO NON SO

2. Il paziente ti ha suggerito un'ipotesi diagnostica

(es. "Dottore, ho la cistite!")?

3. Hai fatto riferimento ai sintomi espressi dal paziente

(es. "Dottore, ho un mal di testa...")?

4. Hai formulato un'ipotesi diagnostica “a colpo d'occhio” sulla base di dati percettivi di natura visiva, uditiva o tattile (es. herpes zoster toracico, acne, orticaria, ecc.)?
5. Hai riconosciuto un complesso di segni e sintomi caratteristici (es. cardiopalmo, gozzo, esoftalmo, diarrea, tremore e sudorazione per l'identificazione del quadro di ipertiroidismo)?

FASE B: AFFINAMENTO DIAGNOSTICO

6. Hai fatto ricorso a ragionamenti di natura epidemiologico-probabilistica (es. l'utilizzo del valore diagnostico di specifici segni, sintomi o test per escludere o includere una diagnosi, come la sindrome influenzale durante la diffusione stagionale)?
7. Hai fatto uso di algoritmi decisionali di rapida consultazione, ovvero hai adottato un procedimento diagnostico per esclusione (es. in caso di cefalea: Ipertensione endocranica maligna? Arterite temporale di Horton? Emorragia sub-aracnoidea)?
8. Hai utilizzato score o sistemi a punteggio (es. criteri A.R.A. per l'artrite reumatoide, Wells score per la trombosi venosa profonda, ecc.)?
9. Hai trovato riscontri e analogie con casi clinici precedenti nella tua carriera (es. zoster oftalmico)?
10. Hai proceduto per gradi in modo da raggiungere la conclusione attraverso passaggi successivi di affinamento/chiarimento dei dati (es. congiuntivite allergica)?

FASE C: DEFINIZIONE DIAGNOSTICA FINALE

11. Hai dovuto richiedere ulteriori test di laboratorio e/o indagini strumentali?
12. Hai “preso tempo” chiedendo al paziente solo di auto-monitorarsi alcuni parametri specifici (es.: temperatura, diuresi, pressione arteriosa)?
13. Hai promosso una terapia ex adiuvantibus per confermare la tua ipotesi diagnostica?
14. Hai offerto suggerimenti di natura comportamentale per confermare la tua ipotesi diagnostica (es. stile di vita) senza prescrizioni farmacologiche e/o di ulteriori indagini laboratoristiche/strumentali?

DOMANDE FINALI

15. Hai preso in considerazione ipotesi diagnostiche di particolare gravità?

16. Hai utilizzato, per la formulazione delle ipotesi diagnostiche, elementi storico-socio-culturali e/o la “conoscenza di sfondo” della storia personale del paziente?

17. Se il paziente è già noto per il quadro diagnostico definito, hai valutato comunque ipotesi alternative a quest’ultimo (es. gastrite cronica riacutizzata/infarto miocardico)?

18. Hai adottato procedimenti/informazioni non presentate fin qui nel questionario?

Se sì, quali? _____

19. Hai percepito una sensazione particolare al termine della visita?

Si No

Se sì, quale delle due sottostanti?

a) “Eppure qualcosa non mi torna...”

(senso di allarme/incertezza della diagnosi formulata)

b) “Mi pare proprio tutto chiaro”

(senso di sollievo/rassicurazione/certezza della diagnosi formulata)

Grazie per aver partecipato a questa indagine.

Questa ricerca è stata ideata, programmata ed elaborata da medici e professionisti dell’ambito medico volontari per medici partecipanti sempre volontari.

Sarà informato sui risultati e verrà sempre menzionato per aver collaborato attivamente.

QUESTIONARIO P.D.A.P.2: FOLLOW-UP

CODICE MEDICO: _____ / _____ / _____

(prime 3 lettere del nome / prime 3 lettere del cognome / anno di nascita)

CODICE PAZIENTE: _____ / _____ / _____

(prime 3 lettere del nome / prime 3 lettere del cognome / anno di nascita)

NUMERO ACCESSI AMBULATORIALI DEL GIORNO DELLA VISITA: _____

L’IPOTESI DIAGNOSTICA È STATA CONFERMATA: Si No

DIAGNOSI FINALE RAGGIUNTA SECONDO L’ICD 9

(International Classification of Diseases):

(valori numerici) _____

Bibliografia

- [1] American Psychiatric Association. DSM-5. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed). Arlington: American Psychiatric Association; 2013.
- [2] Cardeña E. The domain of dissociation. In: Lynn SJ, Rhue JW, eds. Dissociation: clinical and theoretical perspectives. New York: Guilford Press; 1994. p. 15-31.
- [3] Schimmenti A, Caretti V. Linking the overwhelming with the unbearable: developmental trauma, dissociation, and the disconnected self. *Psychoanalytic Psychology* 2016; 33(1):106-28, DOI: 10.1037/a0038019.
- [4] World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines (Vol. 1). Geneva: World Health Organization; 1992.
- [5] Van der Hart O, Nijenhuis ER, Steele K, ed. The haunted self: Structural dissociation and the treatment of chronic traumatization. New York and London: WW Norton & Company; 2006.
- [6] Janet P. The mental state of hystericals: a study of mental stigmata and mental accidents. New York and London: GP Putnam's sons; 1901.
- [7] Spiegel D, Cardeña E. Disintegrated experience: the dissociative disorders revisited. *Journal of abnormal psychology* 1991; 100(3):366-78, DOI: 10.1037/0021-843X.100.3.366.
- [8] Dalenberg CJ, Brand BL, Gleaves DH, Dorahy MJ, Loewenstein RJ, Cardena E, et al. (2012). Evaluation of the evidence for the trauma and fantasy models of dissociation. *Psychological bulletin* 2012; 138(3):550-88, DOI: 10.1037/a0027447.

Per corrispondenza:

Stefano Gherardi

Via Callegherie, 45 - 40026 Imola (BO)

Cell. 3356207683

Mail: gherardi.stefano@libero.it

Copyright © FrancoAngeli

N.B: Copia ad uso personale. È vietata la riproduzione (totale o parziale) dell'opera con qualsiasi mezzo effettuata e la sua messa a disposizione di terzi, sia in forma gratuita sia a pagamento.

CONTRIBUTI

Speranza come strumento terapeutico nei percorsi di recovery

Hope: A recovery-oriented therapeutic tool

Roberta Casadio*, Izabel Cristina Marin**, Raffaella Pocobello***

Riassunto: *Il concetto di speranza ha assunto declinazioni diverse nei tempi e nelle culture. Sebbene il suo ruolo sia riconosciuto come fattore determinante nei percorsi di ripresa da situazioni psichiatriche, non è ancora chiaro che cosa si intenda per speranza nei soggetti con disturbo mentale, perché sia importante nei percorsi di recovery e come possa essere efficacemente utilizzata come strumento terapeutico nei servizi di salute mentale. L'obiettivo dello studio è quello di esplorare tali temi dal punto di vista di diversi soggetti, utenti ed operatori, attivi nel Dipartimento di Salute Mentale (DSM) di Trieste.*

Lo studio è una indagine esplorativa, svoltasi attraverso un focus group a cui hanno partecipato 7 persone coinvolte nel DSM come professionisti, utenti, volontari.

L'analisi del contenuto della trascrizione del focus group ha permesso di identificare tre temi principali legata alla speranza: il superamento della crisi; la centralità della relazione; la fiducia in un cambiamento. Inoltre, dallo studio emerge come il supporto degli altri sia l'elemento fondamentale per dare speranza. Questo supporto è inteso da un lato come vicinanza di persone, dall'altro come insieme di credenze circa le possibilità di riprendersi.

Per intraprendere un percorso di recovery, è necessario che la speranza di ripresa si trasformi in fiducia ovvero sia nella consapevolezza fondata che la recovery avverrà e che tale processo è in buona parte sotto il controllo della persona oppure affidato ad altri che il soggetto sceglie come interlocutori utili.

I risultati di questo studio suggeriscono il ricorso ad approcci che contrastino l'inerzia istituzionale, favorendo l'instaurarsi di relazioni, nel contesto dei servizi, fondate sulla reciprocità e fiducia che perseguano quindi la recovery come una prospettiva reale e concretamente raggiungibile.

* IMHCN - International Mental Health Collaborating Network, Trieste.

** ASUITS - Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste, Trieste.

*** ISTC - CNR - Istituto Scienze e Tecnologie della Cognizione, Consiglio Nazionale delle Ricerche, Roma.

Parole Chiave: *Speranza, Servizi di Salute Mentale, Recovery, Fiducia, Trieste, Psicosi.*

Abstract: *Hope changes meaning over time and in different cultures. Nonetheless, hope's impact is now widely documented in recovery processes in the field of mental health. However, it is still not clear, what hope means in mental illness, why hope is so important for recovery and how hope can become an effective therapeutic tool in mental health services. The authors present an explorative survey on this topic, having used a focus group, they examine the points of view of 7 different people, i.e. users, professionals and volunteers of the department of mental health in Trieste. The analysis of the content of the focus group transcription revealed three key constructs of hope: a. overcoming the crisis; b. the critical role of interpersonal relationships; c. trust in the possibility of change. This study also highlights how human support – be it through closeness, or a set of beliefs on the possibility of recovering – represents a core component of hope. Recovery occurs when hope develops into trust, when there is a factual awareness that recovery will happen, and also when the process is largely under the control of the person concerned, or of entrusted people, chosen by the person concerned, considered to be valuable stakeholders. The results of this study advocate the use of approaches that contrast institutional inertia, enhancing relationships based on reciprocity and trust, and thus building concrete recovery processes.*

Key Words: *Hope, Mental Health Services, Recovery, Trieste, Trust, Psychosis.*

Introduzione

Il concetto di speranza ha assunto declinazioni diverse nei tempi e nelle culture, come testimonia la vasta letteratura teologica, filosofica, religiosa e psicologica ad esso dedicata. Esso è stato oggetto di ricerca medica e psicologica a partire dagli anni '50 quando Karl Menninger, definendo la speranza come “aspettativa positiva di ottenimento di un obiettivo”, l’ha introdotta a pieno titolo nei processi terapeutici di cambiamento [1]. Oggi, la letteratura offre diverse ragioni per cui la speranza debba essere considerata come variabile centrale nei processi di recovery, intesa sia come fattore di avviamento che come fattore di mantenimento di un circolo positivo di cambiamento [2,3].

Gli studi di Snyder [4] indicano che soggetti con un alto indice di speranza tendono a vedere le barriere come sfide da superare anziché come ostacoli a cui arrendersi. Inoltre, la speranza è correlata a un miglior funzionamento psicosociale, minore reattività allo stress, migliori strategie di fronteggiamento

[5,6], miglior soddisfazione e qualità di vita [1]. In soggetti con diagnosi di disturbo mentale, in particolare psicosi o schizofrenia, la ricerca evidenzia come la speranza sia correlata negativamente con depressione, ansia, problemi familiari e lavorativi, mentre è positivamente correlata con resilienza, self-efficacy, spiritualità, empowerment, supporto sociale e benessere soggettivo [7]. Jacobson [8] ha eseguito una analisi dimensionale di 30 racconti di storie di guarigione scritte da individui con diagnosi di schizofrenia, ed identifica come punto di svolta nei percorsi quello in cui i soggetti ritrovano la speranza. La mancanza di speranza in soggetti istituzionalizzati è considerata alla base degli atteggiamenti di apatia, della mancanza di iniziativa, della perdita di interesse, della sottomissione, della mancanza di espressione di sentimenti di risentimento, di interesse per il futuro, del deterioramento delle abitudini personali, della perdita della propria individualità e di una rassegnata accettazione che le cose non cambieranno [9,10]. Familiari, professionisti della salute mentale e in generale cittadini sono un potenziale promotore di salute oppure di stigma in base agli atteggiamenti e alle credenze che detengono e mettono a disposizione nella relazione con l'altro [11,12]. L'impegno a promuovere credenze centrate sulla speranza ha guidato, a partire dagli anni '70, i primi movimenti degli utenti [13, 14].

All'interno dei servizi di salute mentale il ruolo della speranza è largamente riconosciuto come fattore determinante nei percorsi di recovery [15,16]. Dare speranza alla persona che attraversa il disagio è uno dei primi fattori propedeutici al superamento della crisi [17]. Tuttavia, la speranza non è sufficientemente utilizzata come strumento terapeutico nelle prassi quotidiane, soprattutto quando aumenta l'incertezza rispetto agli esiti della patologia [3]. Comprendere quali elementi aumentino la speranza nelle persone con disagio mentale avrebbe notevoli implicazioni dal punto di vista epistemologico, pratico e di organizzazione dei servizi di salute mentale. Tale cambiamento si fonda sul superamento di varie forme di riduzionismo che impediscono lo sviluppo di nuove pratiche orientate alla recovery [18-20].

Lo scopo di questo articolo è quello di esporre gli esiti di una prima indagine esplorativa sulle rappresentazioni del concetto di speranza da parte di utenti, operatori e volontari da tempo attivi nel Dipartimento di Salute Mentale (DSM) di Trieste. Questo potrebbe essere un primo passo per comprendere e poi intervenire su quei fattori che possono avere un impatto nella percezione di Speranza nei soggetti con disagio psichico.

Materiali e Metodi

Selezione dei partecipanti

Il disegno sperimentale consiste in una indagine esplorativa preliminare svolta attraverso un focus group con un campione di convenienza. L'invito ai partecipanti è avvenuto attraverso la comunicazione personale dell'iniziativa nei vari Servizi che operano in accordo con il DSM. Hanno dato l'adesione quattro donne e tre uomini (n=7) di cui un assistente sociale responsabile delle attività relative alla recovery per conto del DSM di Trieste, due facilitatori del supporto tra pari da tempo attivi nel DSM di Trieste e tre utenti del Servizio attivamente coinvolti in attività del DSM. L'età media è di 54 anni.

Raccolta dei dati

Il focus group si è tenuto in una delle sale della Direzione del DSM di Trieste ed ha avuto una durata di 2 ore. La scelta della sede dell'incontro è avvenuta sia per motivi logistici che per concordanza degli scopi dell'indagine qui presentata con la destinazione d'uso delle sale stesse per attività di divulgazione, ricerca e formazione. Uno degli autori ha condotto il focus group con lo scopo di esplorare il costrutto di speranza e il suo ruolo nei percorsi di ripresa. Il facilitatore ha adottato uno stile non direttivo di conduzione sviluppando l'incontro in tre momenti:

1. Introduzione: scopi della indagine, modalità di interazione, consenso informato e privacy
2. Discussione sulla base di tre domande:
 - Come definireste la speranza?
 - Perché è importante la speranza nei percorsi di recovery?
 - Cosa la promuove?
3. Conclusioni, breve restituzione dei contenuti e ringraziamenti

Rigore e riflessione

Uno degli autori ha condotto il focus group, trascritto l'audio registrazione e analizzato i testi per sviluppare i temi. Data la natura del disegno di ricerca, si è riconosciuto che l'autore porta la sua esperienza e valori nella valutazione dei temi. Per promuovere rigore e riflessione un altro autore ha analizzato gli scritti e sviluppato i temi indipendentemente. Le diverse interpretazioni sono poi state discusse ed esaminate da un terzo autore coinvolto inizialmente nel focus group. Le discrepanze sono state discusse e fatte convergere verso

un consenso. Una volta tracciati i temi, sono stati condivisi e discussi con ciascun membro del gruppo individualmente.

Approvazione etica

A tutti i sette soggetti è stato somministrato un consenso informato alla partecipazione. Le procedure sono in linea con le raccomandazioni presenti nella dichiarazione di Helsinki [21].

Analisi dei dati

L'incontro è stato audio registrato e successivamente trascritto integralmente. Il testo è stato analizzato utilizzando il metodo della Analisi Tematica [22] [23]. Successivamente alla lettura e rilettura del testo, le frasi che erano attinenti alle domande del focus group sono state sottolineate e considerate. Tali frasi sono state poi comparate e sono state identificate idee ricorrenti. Tale procedura ha portato allo sviluppo dei primi temi. I temi sono stati poi selezionati secondo due criteri: in primo luogo la valutazione da parte dei ricercatori che tale tema fosse di particolare rilevanza rispetto agli scopi della indagine (importanza) alternativamente, almeno un terzo dei partecipanti avessero identificato un determinato tema (ricorrenza). I dati sono stati riportati considerando le raccomandazioni della COREQ [24].

Risultati

Di seguito verranno esposti i risultati del focus group divisi per tema. I soggetti vengono indicati con “OP” (operatore) “UT” (utente).

Speranza come superamento della crisi

In primo luogo, la speranza è vissuta come superamento della crisi.

UT: (..) La speranza è un qualcosa di molto concreto che mi ha portato ad attraversare la crisi, ad affrontarla, ad aver il coraggio di fare questo.

UT: (..) è stato fondamentale il fatto di riconoscere di aver toccato il fondo, più in basso che più in basso non si può, e quindi anche per me è scattata una sorta di molla, di volontà di vivere e di vivere in maniera diversa da prima.

La speranza entra nel linguaggio comune attraverso l'uso di metafore ed immagini che identificano la speranza con la luce, il giallo, la vita.

OP: (..) Questa speranza è luce. Ha un suo colore, generalmente associato a colori chiari, in contrapposizione ai colori del buio e della tristezza. La speranza entra nel linguaggio comune: “uscire dal tunnel”, “superare una situazione a testa alta”, “vedere la luce”.

Sebbene la speranza emerga come vissuto fondamentale, fortemente connesso con il superamento della crisi, essa è considerata come qualcosa che va oltre e che debba essere rinnovata durante tutto il percorso di vita. In questo senso il costrutto di speranza va di pari passo con quello di recovery in cui non esiste un vero e proprio esito ma un percorso di continuo rinnovamento e crescita [25,26].

UT: (..) Quindi della speranza ho un'idea molto concreta che è un percorso di ripresa e di guarigione intesa come superamento della crisi, fermo restando che di guarigione in senso assoluto non si può mai parlare, almeno per me, io sono lontano/a da questo concetto, visto che la recovery è un progetto di vita. (...) anche perché nei momenti di crisi per me è come l'acqua di un fiume, bisogna che tutto avvenga.

OP: (..) è come se trovata questa speranza bisogna essere capaci di nutrirla e questo credo che abbia a che vedere con la capacità di stare dentro le cose, difficile. È come se ogni giorno affrontiamo situazioni che disturbano questo rapporto con te stesso, quello di credere che stai facendo le cose giuste per te, che sono scelte tue. Noi credo che soffriamo di molte interferenze che ci possano far perdere questa relazione.

UT: (..) della speranza quindi non potrei dare una definizione teorica ed astratta, è un vissuto forte nella mia esperienza, un vissuto che mi ha fatto andare avanti, mettendo in gioco varie situazioni, varie esperienze e possibilità che mi sono state date cercando di trarne vantaggio per la mia crescita vista come cambiamento, come acquisizione di maggiore consapevolezza, di maggior forza, di maggior determinazione, autonomia, capacità di giudizio critico insomma tutto quello che serve per vivere in maniera razionale ma anche consapevole.

La relazione con l'altro come fattore principale a sostegno della speranza

Uno degli elementi che emerge con maggiore importanza quando si parla di speranza è la relazione con l'altro. La relazione con l'altro diviene strumento fondamentale per riacquistare speranza nel momento di perdita della stessa.

UT: (..) Vincere questo oscuramento di speranza è necessario e questo può avvenire solamente in un contesto di legami con altre persone, alla fine se ci ritroviamo all'interno di un servizio psichiatrico, suona un po' come un termine poliziesco, è anche vero che un servizio umano può fare la differenza, perché se un po' di speranza mi è tornata, e posso parlare di tanti anni fa, è stata per avere un percorso di vita diverso derivante da un lavoro, da una riappropriazione delle possibilità poi di continuare a coltivare la rete di amicizie e di fare cose nuove e quindi la speranza presuppone l'attenzione per le altre persone.

UT: (..) e poi quello che non può mancare assolutamente è la relazione con gli altri, da soli non si riesce, si ha bisogno, anche se non si comunica, anche se si rifiuta la relazione si ha bisogno della relazione. Chi vorresti cacciare via da te, ti è vicino, questo è importante.

La relazione con l'altro rappresenta anche un modo per mettersi in gioco. Porsi in relazione significa rispecchiarsi nell'altro e mettersi in ascolto.

UT: (..) Ritengo che la speranza debba essere in qualche modo riferita all'altro da me, non solo su di me solo, perché su di me solo, non ho le forze e i mezzi sufficienti per farlo, è necessaria la mia cooperazione, ma con altri da me.

UT: (..) L'apertura all'altro, qualche volta può succedere che si riceva una ferita ma le ferite si possono portare volentieri amando sé stessi, così ho sperimentato.

UT: (..) Ci sono persone che rifiutano l'aiuto dell'altro, cioè lo rifiutano perché ritengono di non averne bisogno. E questa qualità l'ho osservata in me, realizzandolo quando sono rimasto/a solo/a, e lì mi sono reso/a conto che avevo lasciato andare Dio molti anni prima e che mi sarei affidato/a a Lui.

La speranza e la reazione positiva alle difficoltà e fallimenti è molto diversa se il soggetto sente il supporto di una rete sociale. Il sentire tale supporto significa quindi riporre speranza nell'agire di questa rete.

Speranza di recovery come fiducia in un cambiamento

La speranza è strettamente legata al concetto di possibilità. Emerge quindi con chiarezza che la speranza è legata ad una rappresentazione mentale, ovvero alla percezione della possibilità di superare un problema o raggiungere un esito desiderato.

UT: (..) per me la speranza è stato un pensiero: i bambini piccoli nascono e poi

arrivano ad uno due anni sapendo pronunciare parole e frasi. Allora ho pensato che se loro sono piccoli e nascono dal niente, io qualcosa nel mio interno forse ho, ho pensato che avrei potuto iniziare a parlare anche io, e così è stato.

UT: (..) La crisi bisogna viverla dal primo momento all'ultimo con la consapevolezza di poterne uscire, che domani sarà meglio di come stavo prima, all'inizio di tutto questo.

UT: (..) Tutte le persone vivono momenti difficili per i motivi più disparati, dunque la sofferenza e la difficoltà di vivere, sono in tutti noi; se non c'è la speranza di costruire, con le proprie forze o con l'aiuto di altri, tenendo conto delle possibilità che gli altri ti danno di uscire da quel momento di sofferenza, non c'è neanche la volontà di vita, a meno che uno non viva senza pensare.

Come mettono in evidenza gli estratti che seguono, per attivare un cambiamento la speranza si deve trasformare in fiducia verso la propria recovery. In questo senso, la speranza assume quindi i connotati di aspettativa positiva fondata su qualcosa di concreto che ponga i presupposti per una buona probabilità di riuscita. È proprio quando la persona comincia a sperare nelle possibilità di un cambiamento, che può attivarsi la fiducia e con essa un circolo virtuoso di acquisizione di maggior potere.

UT: (..) perché a volte ho sentito dire: “speriamo che oggi non piova”.. ma non è la speranza questa, la speranza è sempre fondata, se è autentica, su qualche cosa (..) se questa scatola ci sono 99 palline bianche e 1 rossa, allora io posso scommettere che se ne pescò una sarà bianca, e la mia speranza è fondata su questo perché 99 contro una..

UT: (..) La speranza si lega anche alle aspettative, che qualcosa si possa realizzare, qualcosa che possa cambiare, uno sguardo rivolto al futuro. Nella esperienza quella che l'ha mossa di più è stata proprio la progettualità di qualcosa.

UT: (..) La speranza è legata alla fede ovvero alla credenza di poter realizzare qualcosa o che qualcosa possa cambiare. Penso che siano i successi ed il rimediare alle cose negative, riuscire a trasformare il male in bene, questo è qualcosa che possa dare speranza.

UT: (..) Nella mia esperienza la speranza è legata sia allo stare male che allo stare bene, come un morale alto, un ottimismo, la speranza mi fa pensare alla possibilità di realizzare un progetto, un desiderio, si lega un po' alla motivazione in qualche modo, quando si ha una motivazione forte si hanno maggiori energie, ed un morale più alto.

La fiducia nel cambiamento attiene il soggetto, ma anche la rete che lo supporta. La sfiducia e la perdita di speranza nell'agire delle istituzioni, dei servizi, degli operatori è parte integrante della cronicizzazione del disagio:

UT: (...) quindi le pratiche dove la speranza viene negata ritengo siano molto pericolose perché rischiano di fare contenimento, di annullare ancora di più ogni possibilità di ripresa autentica dell'individuo che deve passare assolutamente attraverso il contatto con il mondo dello spirito.

Discussione

Questa indagine ha avuto scopi puramente esplorativi, cercando di mettere a confronto l'esperienza ed il punto di vista di diversi attori che operano a vario titolo all'interno del DSM su cosa fosse la speranza e che ruolo avesse nei percorsi di recovery. I temi emersi mettono in luce il fatto che:

- la speranza è rappresentata innanzitutto come vita, intesa come la consapevolezza di voler restare vivi (tema 1: la speranza come superamento della crisi);
- la speranza riguarda le credenze dell'individuo che originano dalla relazione con l'altro (tema 2: la relazione con l'altro come fattore più importante a sostegno della speranza);
- la speranza è un elemento necessario ma non sufficiente per la recovery in quanto è necessario che a un certo punto si fondi non solo sul senso di possibilità, ma su una certa fiducia (tema 3: la speranza di recovery come fiducia in un cambiamento)

La speranza come superamento della crisi

La speranza è riconosciuta come momento fondamentale al superamento della crisi. In particolare, la speranza è vista come funzionale al restare in vita come citato da Borgna nel testo "L'attesa e la speranza" in cui evoca il senso di vuoto lasciato dal futuro, in assenza di speranza, che viene occupato dal dilagare del passato sottraendo al tempo la sua dimensione a venire [27]. La speranza è fondamentale per non identificarsi con la malattia ed è il motore che fa sì che la persona non perda di vista la possibilità di un futuro diverso [28,29]. Allo stesso tempo la speranza è vista come qualcosa che si rinnova nel tempo, che ha a che fare con la capacità di "stare dentro alle cose", quindi di mettersi in discussione, aumentando la propria auto-consapevolezza. Questo dato è in particolare accordo con la letteratura sulla recovery in cui la consapevolezza e la resilienza sono fattori chiave nei percorsi di ripresa [30,31].

La relazione con l'altro come fattore più importante a sostegno della speranza

Eleonor Longden, nel Ted Talk che l'ha fatta conoscere al pubblico, parla di come sia stato fondamentale il supporto di persone che nel momento peggiore non hanno perso la fiducia in lei e nelle sue capacità di ripresa [32]. Questo le ha dato speranza, ovvero sia la forza di restare in vita e lottare per superare le difficoltà legate ai sintomi del disturbo. Un altro momento fondamentale che lei riporta è stato l'incontro con il medico che le ha chiesto (riferendosi alla sua diagnosi di schizofrenia): "non dirmi quello che gli altri ti hanno detto di te, dimmi di te" [33]. L'incontro con l'altro è quindi determinante per riprendere speranza. L'aspetto della rete di supporto, all'interno dei servizi di salute mentale, è messo particolarmente in rilievo da Patricia Deegan che nel testo "Conspiracy of Hope" [34] sottolinea come l'elemento relazionale e umano debba venire al primo posto rispetto all'assistenza del paziente inteso come portatore di diagnosi e pertanto ricettore di un trattamento/servizio [35].

La speranza di recovery come fiducia in un cambiamento

La speranza nel superamento della crisi è la rappresentazione di una possibilità che può ancora coesistere con una aspettativa fondamentalmente negativa rispetto alle proprie possibilità di guarigione. Quando il soggetto riesce a fondare questa possibilità su fatti concreti, o su concrete possibilità di cambiamento, allora la speranza diventa qualcosa di più; essa si tramuta in una credenza positiva di cambiamento, che è caratterizzata da un maggior senso di autodeterminazione e quindi di potere sugli avvenimenti [5]. La fiducia è quindi una forma di motivazione essenziale per la recovery [36]. Essa riguarda la fiducia verso sé stesso e il prossimo, e altresì la fiducia ricevuta da altri circa le proprie possibilità. In tutti questi casi, la fiducia implica la percezione del soggetto di poter decidere a chi affidarsi, di non sottostare a decisioni altrui e l'impegno verso i propri obiettivi. Tutti gli elementi sopra citati costituiscono delle istanze necessarie verso la presa di coscienza rispetto al proprio percorso, la responsabilità rispetto le proprie scelte e quindi della propria recovery. In questa prospettiva la speranza è da considerarsi una condizione necessaria ma non sufficiente del processo di recovery [37,38].

- Abbiamo visto come la speranza possa innescare un circolo virtuoso di cambiamento, in cui il soggetto inizia a riporre maggiore fiducia rispetto alle proprie possibilità di recovery [39]. Questi elementi, insieme alla maggiore auto consapevolezza e responsabilità, costituiscono gli aspetti centrali nei percorsi di recovery [40].

- Ci sono alcuni importanti fattori da considerare come limiti all'indagine preliminare qui presentata. In primo luogo, la numerosità del campione è bassa, pertanto lo studio non ha raggiunto livelli di saturazione necessari per poter considerare i risultati qui presentati come esaustivi.
- Prospettive future riguardano pertanto la replica dell'indagine nella stessa popolazione per permettere il raggiungimento del livello di saturazione opportuno.

Conclusioni

Nonostante i limiti sopra citati, si ritengono i preliminari risultati importanti nell'indicare che la speranza sia uno dei fattori chiave della recovery e che questa abbia a che fare in particolare modo con l'instaurarsi di relazioni funzionali [41]. Essere in relazione è uno degli elementi necessari alla speranza, sia per la fiducia che si accorda, che quella che ci viene accordata in termini di possibilità di cambiamento. Con tali presupposti, diviene importante domandarsi quanto le prassi all'interno dei servizi di salute mentale, rispecchino tale raccomandazione. Porre al centro la risposta ai bisogni complessivi dell'individuo, inteso come soggetto con un vissuto e con dei bisogni relazionali ancor prima che clinici, aiuta a combattere l'inerzia delle istituzioni e il progressivo incanalamento delle prassi in prestazioni e protocolli prestabiliti [42]. Solo ridando speranza alle persone che attraversano i servizi e a chi vi lavora sarà possibile prefigurare scenari di welfare comunitario in cui il soggetto non solo spera, ma ottiene, la ripresa.

Bibliografia

- [1] Menninger K. The academic lecture on hope. *American Journal of Psychiatry* 1959; 116: 481–491.
- [2] Bonney S, Stikley T. Recovery and mental health: a review of the British literature. *Journal of Psychiatric Mental Health Nursing* 2008; 15: 140-143 doi: 10.1111/j.1365-2850.2007.01185.x.
- [3] Bressan RA, Iacoponi E, Candido de Assis J, Shergill SS. Hope is a therapeutic tool. *British Medical Journal* 2017; 359: 5469 doi: 10.1136/bmj.j5469
- [4] Snyder CR. *The psychology of hope: you can get there from here*. New York: Free press; 1994
- [5] Miceli M, Castelfranchi C. Hope. The power of possibility. *Theory & Psychology* 2010; 20 (2): 251-276.
- [6] Vaillot, M. Hope: the restoration of being. *The American Journal of Nursing* 1979; 70: 268–273.

- [7] Duggleby W, Wright K. Transforming hope: how elderly palliative patients live with hope. *The Canadian Journal of Nursing Research* 2005; 37: 70–84.
- [8] Jacobson N. Experiencing recovery: a dimensional analysis of recovery narratives. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 2001; 24(3): 248-256.
- [9] Barton R. Psychosocial rehabilitation services in community support systems: a review of outcomes and policy recommendations. *Psychiatric Services* 1996; 50(4): 525-534.
- [10] Nunn KP. Personal hopefulness: A conceptual review of the relevance of the perceived future to psychiatry. *British Journal of Medical Psychology* 1996; 69(3): 227-245.
- [11] Williams CC, Collins AA. The social construction of disability in schizophrenia. *Qualitative Health Research* 2002; 12(3): 297-309.
- [12] Woodside H, Landeen J, Kirkpatrick H, Byrne C, Bernardo A, Pawlick J. Hope and schizophrenia: Exploring attitudes of clinicians. *Psychosocial Rehabilitation Journal* 1994; 18(1): 140-144.
- [13] Chamberlin J. *On Our Own: Patient Controlled Alternatives to the Mental Health System*. Haworth: Haworth Press; 1978.
- [14] Davidson L, Rakfeldt J, Strauss J. The roots of the recovery movement in Psychiatry. Lesson learned. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation* 2010; 8: 177-201.
- [15] Snyder CR, Taylor JD (2000). Hope as a Common Factor across Psychotherapy Approaches: A Lesson from the Dodo's Verdict. In: Snyder CR. *Handbook of Hope. Theory, Measures, & Applications*. Elsevier Inc; 2000. pp. 89-108. doi: 10.1016/B978-012654050-5/50007-5
- [16] Basso L, Boggian I, Carozza P, Lamonaca D, Svetтини A. Recovery in Italy: an update. *International Journal of Mental Health* 2016; 45: 71-88
- [17] McCann TV. Uncovering hope with clients who have psychotic illness. *Journal of Holistic Nursing* 2002; 81: 99.
- [18] Pocobello R, Castelfranchi C. On the necessity of breaking a taboo and contrasting biological reductionism in the mental health field. In: Whitaker R. *Anatomy of an Epidemic*. Rome: Giovanni Fioriti Editore; 2013. pp. 662-368.
- [19] Slade M. The contribution of mental health services to recovery. *Journal of Mental Health* 2009; 18: 367-371.
- [20] Thomas PF. *Psichiatria, diritti umani e modello medico*. *Rivista Sperimentale di Freniatria* 2007; 3: 51-59.
- [21] World Medical Association. *World Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects*. *The Journal of the American Medical Association* 2013; 310: 2194-4. doi: 10.1001/jama.2013.281053.
- [22] Braun V, Clarke V. Using thematic analysis. *Qualitative Research in Psychology* 2006; 3: 77-101.
- [23] Anderson C. Presenting and evaluating qualitative researcher. *American Journal of Pharmaceutical Education* 2010; 78: 141.

- [24] Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32 item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qal Health Care* 2007; 19: 349-57
- [25] Coleman R. *Recovery: an alien concept?* Peoria: P&P Press; 2006.
- [26] Mezzina R, Borg M, Marin I, Sells D, Topor A, Davidson L. From participation to citizenship: how to regain a role, a status and a life in the process of recovery. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation* 2006; 9: 39-61.
- [27] Borgna E. *L'attesa e la speranza*. Milano: Feltrinelli; 2005.
- [28] Marin I, Bon, S. *Guarire si può. Persone e disturbo mentale*. Merano: Alpha Beta Verlag; 2012.
- [29] Deegan P. Recovery as a journey of the heart. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 1996; 19: 91-97.
- [30] Davydov DM, Stewart R, Ritchie K, Chaudieu I. Resilience and mental health. *Clinical Psychology Review* 2010; 30: 479-495.
- [31] Starnino VR, Mariscal S, Holter MC, Davidson LJ, Cook KS, Fukui S et al. Outcomes of an illness self-management group using Wellness Recovery Action Planning. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 2010; 34: 57-60.
- [32] Longden E. https://www.ted.com/talks/eleanor_longden_the_voices_in_my_head?language=it
- [33] Longden E, Madill A, Waterman MG. Dissociation, trauma, and the role of lived experience: toward a new conceptualization of voice hearing. *Psychological Bulletin* 2012; 138: 28-76.
- [34] Deegan P. Recovery, rehabilitation and the conspiracy of hope. Presented at: There's a Person In Here. The Sixth Annual Mental Health Services Conference of Australia and New Zealand. Brisbane; 1996.
- [35] Coleman R. La leadership è una qualità che va acquisita e coltivata. *Rivista Sperimentale di Freniatria* 2007; 2: 67-82.
- [36] Andresen R, Oades LG, Caputi P. *Psychological recovery: beyond mental illness*. Chichester: John Wiley & Sons Ltd; 2011.
- [37] Pocobello R, El Sehity T. The recovered subject. A socio-cognitive snapshot of a new subject in the field of mental health. In: Paglieri F, Tummolini L, Falcone R, Miceli M, ed. *The Goals of Cognition. Essays in honor of Cristiano Castelfranchi*. London: College Publ; 2012. p. 347 - 366.
- [38] Castelfranchi C, Pocobello R. Il nesso tra empowerment e recovery. Contributo alla conferenza WRAP 2007, Milano; 2007. Scaricabile qui: https://www.academia.edu/1942049/Empowerment_and_Recovery
- [39] Yolan ID, Leszcz M. *Teoria e pratica della psicoterapia di gruppo*. Torino: Bollati Boringhieri; 2009
- [40] Romme M, Escher S. *Living with voices: 50 stories of recovery*. Birmingham University: PCCS Books; 2009.
- [41] Borg M, Kristiansen K. Recovery-oriented professionals: helping relationships in mental health services. *Journal of Mental Health* 2009; 439-505.

- [42] Human Rights Council. Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health; 2017

Per corrispondenza:

roberta.casadio3@gmail.com

TESTIMONIANZE

“La giovane che fa il gruppo”

“The young lady who does group work”

Francesca Raisi *

Riassunto: *In questo contributo l'Autrice, attualmente dottoressa in Tecnica della Riabilitazione Psichiatrica, racconta la sua esperienza di tirocinio universitario presso un Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura italiano. Partendo dal punto di vista della tirocinante che si trova alle prese con la realizzazione del suo primo progetto riabilitativo, approfondisce come tale vicenda abbia influenzato il suo approccio alla professione negli anni successivi.*

Parole Chiave: *riabilitazione psichiatrica, psicoeducazione, servizio psichiatrico di diagnosi e cura, professionismo*

Abstract: *the author, a psychiatric rehabilitation therapist, presents her university training in an acute care psychiatric inpatient unit. She describes, from a trainee's point of view, her internship experience struggling with the first project in psychiatric rehabilitation. She then explains how this experience, the following years, influenced her approach to the profession.*

Key Words: *psychiatric rehabilitation, psychoeducation, acute care psychiatric inpatient unit, professionalism*

La mia esperienza di tirocinio presso il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura di Modena è iniziata nel mese di novembre 2013 e si è conclusa alla fine del mese di marzo 2014. In questo periodo ho avuto la possibilità di condurre gruppi pomeridiani con i pazienti ricoverati, scegliendo alcuni dei temi e degli argomenti fra quelli concordati in *équipe* prima che il mio progetto avesse inizio. Fin dal mio ingresso in reparto, avvenuto nel corso di una riunione organizzata per spiegare al personale (medici, infermieri e operatori socio-

* *Tecnica della Riabilitazione Psichiatrica, libero professionista.*

*Ricevuto il 15.02.2018 Accettato il 19.06.2018. Submitted 15.02.2018 Accepted 19.06.2018
RSF (ISSN 1129-6437, ISSN e 1972-5582), VOL. CXLII, 2018, 3*

Copyright © FrancoAngeli

N.B: Copia ad uso personale. È vietata la riproduzione (totale o parziale) dell'opera con qualsiasi mezzo effettuata e la sua messa a disposizione di terzi, sia in forma gratuita sia a pagamento.

sanitari) quale sarebbe stato il mio ruolo durante i mesi successivi, mi sono sentita particolarmente coinvolta nell'attività che di lì a pochi giorni sarebbe cominciata. Confrontare le mie idee su come condurre i gruppi con persone impegnate quotidianamente nella gestione del disagio mentale ha significato, per me, di fatto *confrontarmi* in un contesto nuovo, davanti a sconosciuti. Nonostante il timore di possibili critiche da parte dei presenti alla riunione di reparto, ho esposto il mio pensiero e gli aspetti riabilitativi che più desideravo fare emergere durante gli incontri che avrei condotto. Molti si dicevano perplessi circa la concreta realizzazione di una simile attività all'interno di una struttura che accoglie persone affette da disturbi psichiatrici in fase di scompenso; allo stesso modo riferivano di essere stati delusi dagli esiti di alcune esperienze riabilitative realizzate in precedenza. Può darsi che questa reazione fosse influenzata da una persistente difficoltà a discostarsi da un approccio alla terapia di tipo eminentemente farmacologico, soprattutto in ambiti di cura ospedalieri. Io stessa, prima di iniziare questa esperienza di tirocinio, nutro dentro di me un certo scetticismo. Davvero era pensabile offrire interventi riabilitativi di gruppo a persone che sono al culmine della sofferenza psichica, il cui dolore è a volte così penetrante da costringerli a rifugiarsi in un *altrove* che sembra appartenere solo a loro? Sentivo crescere questi dubbi, insieme alla preoccupazione di essere effettivamente capace di svolgere il lavoro che tra non molto mi avrebbe aspettato. Per la prima volta avevo la possibilità di organizzare interamente un'attività riabilitativa, pensarne la forma e il contenuto; per la prima volta potevo sentirmi responsabile di quello che avevo imparato durante i tre anni del Corso di Laurea all'Università di Modena e Reggio Emilia e dei potenziali effetti del mio intervento sui destinatari di esso. Pur consapevole della mia poca esperienza, stavo per intraprendere quella che per me rappresentava una vera e propria sfida.

Ho deciso di preparare il mio primo gruppo su un argomento che conoscevo bene e di cui mi sentivo sicura, in modo che avrei potuto gestire eventuali momenti di difficoltà senza farmi prendere dal panico. Dopo essermi quindi presentata alle persone ricoverate e aver spiegato loro cosa avremmo fatto insieme quel pomeriggio, ho cercato di coinvolgerle in una discussione sull'ansia, attraverso alcune domande specifiche che ci facessero riflettere sul concetto stesso di ansia, sulla sua influenza a livello somatico e sulle strategie di *coping* più adatte per fronteggiarla. Ho così notato che questi argomenti attiravano rapidamente l'attenzione dei presenti, e favorivano l'instaurarsi di un clima di collaborazione; a poco a poco, molte persone – in quella seduta erano presenti nove degenti su quattordici ricoverati cominciavano a raccontare piccoli momenti di situazioni quotidiane, stralci

di vissuti che coloravano l’atmosfera del gruppo di un tono piacevole, disteso, colloquiale e umano. Pertanto, una volta definito, concettualmente, l’argomento dell’incontro (l’ansia), ho pensato di spostare l’interesse dei partecipanti su qualcosa di più pratico. In particolare, abbiamo realizzato alcuni esercizi di rilassamento orientati alle parti del corpo che riferivano di sentire maggiormente in tensione. Al primo impatto gli esercizi potevano sembrare banali e, sebbene lo sguardo a tratti perplesso di alcuni dei pazienti ne desse una testimonianza piuttosto evidente, il silenzioso impegno con cui seguivano le mie indicazioni è rimasto impresso nella mia memoria fino ad oggi. Una volta terminati gli esercizi, curiosa di sapere se avessero tratto qualche beneficio, ho chiesto come si fossero sentiti durante lo svolgersi delle pratiche di rilassamento e quali difficoltà avessero avuto. Ero soddisfatta nel vedere come la maggior parte di loro intendesse riferire al gruppo le proprie sensazioni, senza risparmiare i giudizi su quanto appena fatto; anche coloro che avevano preso parola soltanto verso la fine, mostravano il loro accordo con le opinioni degli altri. A questo punto ero davvero contenta, e questa sensazione è stata ulteriormente accresciuta dal fatto che al termine del gruppo alcuni dei partecipanti si sono avvicinati chiedendo se ci fosse modo di approfondire le tematiche affrontate, o anche solo di ricevere dei fogli con gli esercizi schematizzati; ciò mi ha fatto capire davvero quanto il gruppo fosse risultato utile e fosse stato apprezzato.

Ovviamente, non tutti i gruppi realizzati nei mesi successivi hanno avuto lo stesso andamento e lo stesso esito del primo, per quanto ogni volta io mi impegnassi affinché ciò accadesse. Tuttavia la novità di poter trascorrere un’ora che avesse un sapore diverso da tutte le altre, insieme alla sorpresa di apprendere abilità – di qualunque tipo: di comunicazione, di espressione o di disegno – era per me di grande aiuto per mantenere alta la partecipazione delle persone ricoverate. Sebbene un infermiere di reparto mi accompagnasse sempre nel corso della gestione dei gruppi, più volte ho avvertito la pressione dovuta alla conduzione della seduta e al peso della responsabilità che ne derivava. Ad esempio, in alcune occasioni mi sono sentita “provocata” da alcuni dei partecipanti al gruppo, non sempre d’accordo con quanto esponevo, al punto da contraddirmi, forti della loro esperienza vissuta. Non di rado ho avuto difficoltà ad interagire con loro, specie nei momenti in cui erano più assorti nel loro dolore, intenti a dare ascolto al mondo interno più che alla realtà esterna condivisa. Durante uno degli ultimi gruppi, è capitato che una donna particolarmente sofferente interferisse marcatamente tanto con la conduzione quanto con la partecipazione dei presenti. Sebbene, inizialmente, io sia stata colta alla sprovvista, recuperata la calma, sono stata capace di gestire la mia angoscia e quella che dell’utente, riportando così la sua attenzione al momento

presente e all'attività in corso; parimenti, dovevo prestare attenzione anche alla tensione che aveva invaso gli altri membri del gruppo.

Non sempre mi sono sentita a mio agio nel condurre i gruppi; numerose sono state le occasioni in cui ho avvertito sguardi pesanti e scoraggiati, che sembravano mettere in dubbio la mia pretesa di parlare di argomenti così banali, quasi futili, se confrontati con il tormento che stavano vivendo. Nonostante questo, ho continuato a portare avanti i gruppi, a proporre sotto una luce sempre diversa i temi che ormai avevo fatto miei; ero ostinata a verificare la veridicità delle ipotesi poste in partenza, ricercando conferme nei feedback ricevuti, ciascuno declinato nella specificità di gesti e parole dei partecipanti. Molti sono stati i modi in cui ho visto le mie aspettative trovare compimento: giunta in reparto, ed essendo ormai conosciuta come *“la giovane che fa il gruppo”*, alcuni pazienti mi chiedevano incuriositi di cosa si sarebbe parlato quel giorno e di come avremmo trascorso l'ora a disposizione. Altri, al termine della seduta, si complimentavano e domandavano se sarebbe stato possibile seguire una simile attività anche una volta dimessi. Altri ancora mi comunicavano di essersi esercitati sulle abilità e gli esercizi spiegati la volta precedente e raccontavano di esserne rimasti soddisfatti, e che sicuramente anche a casa avrebbero proseguito in queste pratiche.

I miei interrogativi hanno trovato voce all'interno della supervisione, spazio e tempo di sospensione, luogo in cui ritrovare una distanza equilibrata dall'azione. Analizzando con lucidità affettiva la componente sia emotiva che metodologica, l'intervento riabilitativo poteva essere così ricollocato all'interno di una prospettiva adeguata, in cui sono rese attuabili le direttrici dello spirito critico e della ricerca [1]. Contrapposta alla convulsività del fare [2], la supervisione, luogo elettivo del pensiero e della riflessione, mi ha permesso di cogliere i limiti del mio operato, superandone l'inerzia nel farmi mettere in discussione.

Durante questo percorso ho raccolto materiale prezioso, ho potuto imparare facendo e non solo osservando, riuscendo ad integrare con la pratica quanto appreso durante gli studi teorici. Contenitore in cui emozioni invasive, distruttive e difficilmente assimilabili, vengono accolte, il gruppo si è costituito non solo come riparo ma anche come incubatore in cui avviare concrete possibilità di riflessione su sé stessi, il gruppo e gli altri, trascendendo dal rifugio nell'altrove per riconciliarsi con il qui ed ora.

Caro mi è stato il monito di Amelia Rosselli [3], tenace e profondo nonostante lo straziante imperversare della malattia. Ecco i versi liberi, vibranti

di complessità e completezza, rivolti a questa realtà sempre soggettivamente limitata, che sembra porci la domanda: quando la realtà smette di essere soltanto nostra, divenendo anche degli altri e dagli altri condivisa?

*C'è come un dolore nella stanza, ed
è superato in parte: ma vince il peso
degli oggetti, il loro significare
peso e perdita.*

*C'è come un rosso nell'albero, ma è
L'arancione della base della lampada
comprata in luoghi che non voglio ricordare
perché anch'essi pesano.*

*Come nulla posso sapere della tua fame
precise nel volere
sono le stilizzate fontane
può ben situarsi un rovescio d'un destino
di uomini separati per obliquo rumore.*

Questi versi mi hanno mostrato quanto sia difficile rimuovere gli aspetti più terribili della vita e della malattia, fondamentali, anch'esse, della nostra personalità. Giungere alla definizione di simili istanze implica, infatti, accoglierne la forza annichilente.

Molte sono state le energie profuse, le pagine piene di appunti, le riflessioni avanzate sulle pratiche sperimentate. Serviranno a qualcosa? Saranno capaci di trovare la loro giusta valorizzazione? È stato un viaggio aereo con decollo, volo, turbolenze e atterraggio finale. Mi sono sentita protagonista di ognuno di questi momenti, accompagnata sempre dalla consapevolezza di sapere ciò che per me aveva significato: al di là di tutte le difficoltà, niente ha dato, e mi dà tutt'ora, più valore e conforto del ricordo degli occhi vivaci, divertiti, degli sguardi partecipi e interessati che le persone mi hanno regalato. Lo stare in gruppo ha permesso, a me e agli utenti che vi hanno preso parte, di cogliere detti e non detti, attribuendo ciascuno il proprio significato alla sofferenza. Questa esperienza, definita e regolata secondo tempi e modalità specifiche, mi ha costretta a *ri*-pensarmi come persona, prima, e in quanto professionista, poi.

Se durante il Corso di Laurea non mi fossi avvicinata alle mie parti più deficitarie, durante questa esperienza non sarei stata capace di riconoscere il

loro risuonare con le emozioni delle persone incontrate. Se non avessi toccato il mio dolore, non sarei stata capace di controllare il mio Io più emotivo: la volontà di sentire e sentir-si è condizione imprescindibile per aprirsi ad altri mondi interiori. Di qui, ho sperimentato quanto prendersi cura dell'altro, nella duale bellezza e complessità che comporta, richiede coraggio. Ingrediente del nostro essere professionisti è dunque la responsabilità: per cogliere la soggettività dell'altro, operiamo con rispetto nutrendo i nostri interventi di cautela, poesia, dolcezza. È pertanto non una responsabilità qualunque, ma una responsabilità che è insieme consapevolezza: solo se consapevoli di noi e del nostro ruolo, possiamo metterci dall'altra parte, quella di pazienti e ospiti, per comprenderne emozioni e stati d'animo. La consapevolezza si erge come primo confine tra mondo esterno e interno: sono rimasta cosciente del mio ruolo e di ciò che ero chiamata a fare in quel momento, evitando di auto-centrarmi sui miei bisogni e pretendendomi verso di loro con un ascolto consapevole, di loro e di me. La consapevolezza mi ha aiutato in questa lettura-ascolto, trasformandosi in contemporanea rilettura di me stessa e delle mie fantasie: in quel breve momento ho ascoltato la loro unicità, assaporato la loro storia. Spesso ho colorato le percezioni di un dato momento di passate esperienze, consapevole che più siamo consci dell'esistenza di confini, nostri e altrui, più accettiamo gli altri apprezzandone la presenza. Più volte mi sono sentita come Charlot nel film "Il pellegrino", in cui Charlie Chaplin, inseguito dalla polizia e dai *bandoleros*, non può fare altro che saltellare di qua e di là dalla linea di confine tra Stati Uniti (mondo dell'ordine) e Messico (mondo del caos), nell'impossibilità di fermarsi dall'una e dall'altra parte. Il paese di Charlot diviene la stessa linea di confine, mostrando come il clown si muova su di un territorio che è al contempo ordine e caos, continuo movimento di cui non rimane preda sebbene ne incarni l'ambivalenza. Come lui, ho riconosciuto il mio confine e indirizzato le energie verso una dimensione più utile e proficua: pur avendo dovuto tollerare l'incertezza e la frustrazione di non sapere cosa fare, ascoltandomi ho superato la confusione suscitata dalla reazione degli utenti: ho così analizzato la situazione prima di agire, comprendendo come la consapevolezza passi attraverso la riflessione cercando un punto di equilibrio in cui essere sempre cosciente del mio operato.

Questo luogo di soglia, intesa come confine di contatto in cui lasciare che l'esperienza si verifichi, ha costituito il substrato ottimale al proliferare di relazioni e dinamiche possibili. Una soglia porosa, che permette il contatto e lo scambio, ma che protegge da invasioni esterne, che sa contrarsi e rendersi maggiormente permeabile all'occorrenza. Stare sulla soglia condensa le difficoltà di accedere alla dimensione istintuale di ricerca del contatto e, al contempo, il timore di avvicinarsi, con il conseguente desiderio del ritiro;

questi vissuti si sono intrecciati in una esperienza dialettica caratterizzando il mio vissuto emozionale durante gran parte dell’esperienza. Il confine diviene dunque una sottile linea di demarcazione e un punto di incontro, qualificandosi come, da un lato, limite di separazione e, d’altro lato, come unione tra la persona e ciò che non le appartiene. All’interno di questa operazione vivente, il qui ed ora si fonda sull’osservazione degli eventi di confine, nell’esatto momento in cui avviene l’incontro. Saper abitare questo confine, e in esso riconoscere gli elementi potenziali di contatto, fa sì che ciascuno di noi si impegni pienamente nel rapporto con il mondo esterno e con le risonanze interiori che tale coinvolgimento risveglia.

Da questa prima esperienza sono passati quattro anni: nonostante le ore di volo, così importanti, le mie ali hanno spesso sentito l’esigenza di essere irrobustite. Anche se per pochi istanti, prendersi cura di chi abbiamo davanti con sorrisi e parole non è sempre semplice e durante alcuni interventi ho avvertito la mia impotenza: a volte la difficoltà di operare in situazioni di dolore mi ha svilito, altre ha paralizzato le mie azioni, altre ancora mi ha incoraggiato a ricercare il confronto con colleghi e supervisori. Bisognerebbe, come diceva Kant [4], non imparare dei pensieri ma “pensare dei pensieri”: *ri-pensando* i miei pensieri e riconoscendo i miei errori, ho messo in discussione il mio operato e compreso quanto la mia storia abbia influito sul modo di relazionarmi con l’esterno.

Vivo quest’ultima parte come se stessi guardandomi allo specchio: essermi nutrita di ogni esperienza fatta dietro le vesti del professionista mi restituisce un’immagine che non emana più solo fredda teoria, ma tepore di piacevole coinvolgimento. Dopo aver danzato nella mia incompletezza, ho raggiunto la certezza che la conoscenza non è sufficiente per costruire rapporti di fiducia e rispetto: come operatore sanitario, mi trovo al di sotto del medico e più prossima al paziente, di cui posso cogliere da vicino sentimenti e necessità. Straordinario è l’aver imparato ad identificare il mio ruolo come persona impegnata ad offrirsi nel momento di bisogno e che a sua volta può avvertire necessità di appoggiarsi e ricevere supporto, posso meglio vedere la complessità ed agire in essa sentendomi responsabile. Complessità, ricorda Bert [5], che riguarda il mondo dell’altro, con le sue ipotesi e le sue emozioni, e in quanto complesso varia con il tempo, le relazioni, il contesto: per potervi accedere, devo dunque esplorare me stessa e narrarmi per scoprire quello che mi fa essere la mia storia personale e sociale. Essere riabilitatrice mi ha guidato ad osservare con sguardo critico e a mettermi dall’altra parte per comprendere l’impegno ostinato ad andare oltre per capire e imparare dall’esperienza presente, guardando al futuro. Ora che ho spiccato il salto,

sono pari ad un funambolo: rimango in equilibrio su questa linea per saltare senza mai atterrare, appollaiata per scrutare meglio l'una e l'altra parte.

Bibliografia

- [1] Allegri E. Supervisione e lavoro sociale. Roma; Nis: 1997.
- [2] Busnelli E., Fiorentino. Supervisione professionale nel lavoro sociale. Servizi Sociali 1992; XIX(1). Padova: Fondazione Cancan, Padova; 1992
- [3] Rosselli A. L'opera poetica, Milano: Mondadori; 2012.
- [4] Kant I. La metafisica dei costumi [1797]. Bari-Roma; Editori Laterza; 2016.
- [4] Kant I. Prolegomeni ad ogni futura metafisica [1783]. Milano: Feltrinelli: 1996.
- [5] Bert G. Medicina narrativa. Storie e parole nella relazione di cura, Roma: Il Pensiero Scientifico; 2015.

Per corrispondenza:

francescalara.raisi@gmail.com

RECENSIONI

E. Borgna, La nostalgia ferita. Einaudi, Torino, 2018, pp. 120, € 12,00. ISBN 9788806236786

Ripenso con nostalgia agli anni in cui mi parlarono, per la prima volta, di Eugenio Borgna. Mi trovo per ragioni di studio ad Assisi; all'epoca ero uno studente di medicina che sognava di fare lo psichiatra. "Leggi Borgna", mi dissero, "è un poeta". Ho seguito il consiglio, e da allora non ho più smesso di leggerlo, anche dopo che la mia lunga frequenza ad Assisi è terminata: da molto tempo non torno, e spesso penso al momento in cui forse un giorno tornerò: che cosa troverò di simile o di diverso, cosa sarà cambiato e cosa no? Oggi molte delle persone con cui ho condiviso gli anni della scuola di musicoterapia hanno fatto scelte di vita che le hanno portate lontano: alcuni sono diventati musicisti affermati nel nostro paese o all'estero, altri si dedicano attivamente alla musicoterapia in Francia, in Brasile o altrove. Mi piace pensare che delle tante cose che quell'esperienza mi ha donato, una particolarmente importante è la conoscenza dell'opera di questo grande psichiatra, che nel suo ultimo libro ci accompagna in viaggio nell'arcipelago della nostalgia.

Scopriamo, così, che la nostalgia, come sentimento, come stato d'animo (*Stimmung*) non è univoca:

si articola in uno spettro di colori e variazioni che Borgna ci guida ad esplorare, con una modalità che ricorda un altro suo bellissimo volume: *Malinconia* (1998). E così come quello della malinconia, in particolare della malinconia clinica (cioè della depressione) è uno spettro camaleontico, anche quello della nostalgia è un arcobaleno di colori, piuttosto che una luce bianca o una voce monotona. Non a caso Borgna definisce nostalgia e malinconia "emozioni sorelle", sottolineando come storicamente il concetto di nostalgia sia stato descritto innanzitutto nel contesto della malinconia clinica, e solo in seguito si sia allontanato dai testi di medicina, per approdare al linguaggio corrente. E anche se oggi l'alone semantico della nostalgia si è spostato per lo più al di fuori dell'indagine clinica, è utile ricordare come vi siano forme di depressione incardinate su esperienze di nostalgia: come, ad esempio, nel caso in cui il cambiamento della propria abitazione sfoci in un'esperienza depressiva.

Per tracciare i confini del paesaggio interiore della nostalgia, per tematizzarne i modi di essere, Borgna ricorre a testi in prosa e in versi di alcuni autori che dalle sue precedenti opere sappiamo essere a lui particolarmente cari: Giacomo Leopardi, Georg Trakl,

RSF (ISSN 1129-6437, ISSN 1972-5582), VOL. CXLII, 2018, 3

Copyright © FrancoAngeli

N.B: Copia ad uso personale. È vietata la riproduzione (totale o parziale) dell'opera con qualsiasi mezzo effettuata e la sua messa a disposizione di terzi, sia in forma gratuita sia a pagamento.

Igor Dostoevskij, Rainer Maria Rilke, Guido Gozzano, Marcel Proust, Georges Bernanos; ma anche Sigmund Freud, Etty Hillesum, Maria Zambrano, Karen Blixen, Giorgio Agamben, Giovanni Pascoli, Emily Dickinson e Paul Celan. Alcune di queste letture affondano le radici negli anni della sua infanzia, a cui dedica pagine toccanti, in apertura. Mentre leggiamo, ci sembra quasi di vedere l'autore, da ragazzo, seduto sugli scogli della Liguria, meta di vacanza, mentre legge poesie cullato dalle onde del mare; un'immagine di valore inestimabile per chi almeno una volta nella vita, distolto lo sguardo da una raccolta di versi, abbia incontrato i riflessi del tramonto sul mare. Forse è per questo che il modo di Eugenio Borgna di vivere, raccontare e trasmettere la psichiatria non può prescindere dalla poesia, e dall'idea della follia come "sorella sfortunata della poesia", definizione di Clemens Brentano a cui l'autore ama rifarsi; e forse è anche per questo che la sua prosa assume talvolta una sfumatura decisamente poetica: "Come non dire ora della nostalgia del mare, del silenzio del mare, dell'infinitudine del mare, che misteriosamente riapre il cuore a speranze ignote, e magari impossibili, aiutandoci a vivere, o almeno a sopravvivere? La nostalgia dei luoghi, del mare oggi, delle persone e delle emozioni, con cui lo abbiamo visto in un lontanissimo passato, non si converte quasi nella loro visione, e nella luce che ne

scaturisce?" (pp. 33-34).

La nostalgia ferita è certamente uno dei testi più cristallini di Eugenio Borgna: è consigliabile leggerlo non soltanto per l'argomento che affronta, ma anche come sunto dei temi e della scrittura di questo grande psichiatra; questo libro sembra infatti assumere un significato quasi paradigmatico della sua opera. Ad esempio, il confronto acuto tra nostalgia e rimpianto ricorda quello tra attesa e speranza, o tra solitudine e isolamento, che rimandano ad altrettanti bellissimi libri: *L'attesa e la speranza* (2005) e *La solitudine dell'anima* (2010). Pochi autori nel campo della psichiatria sono stati (e sono tutt'ora) capaci di una riflessione (davvero ad ampio raggio: dalla poesia alla narrativa, dalla filosofia alla psichiatria) in grado di produrre immediati effetti di realtà nella pratica clinica. Nella mia esperienza, questo è ciò che mi ha dato, soprattutto, la lettura di Eugenio Borgna: la possibilità di migliorare il mio lavoro, di essere uno psichiatra più attento. E forse proprio per questo oggi ho nostalgia di quando, ad Assisi, Leo mi ha insegnato che un buon terapeuta lavora pensando al collega che verrà dopo di lui; e di quando Padre Antonio ha affermato, lapidario: "Se non puoi dire bene di un collega, non dire"; ancora, ho nostalgia di quando Paolo mi ha detto, tanto tempo fa: "Leggi Eugenio Borgna: è un poeta".

Giorgio Mattei

P. Tortella, I ragazzi di Villa Giardini: il manicomio dei bambini a Modena. Aliberti, Reggio Emilia, 2018, pp. 141, € 13,00. ISBN 9788893232562

Negli anni, e anzi proprio nei mesi in cui, in tante parti d'Italia, il movimento anti-istituzionale lottava per l'apertura, o meglio per la "liberazione" dei manicomi, anche in una struttura in provincia di Modena, l'Istituto medico psico-pedagogico "Villa Giardini", si compiva una vera e propria battaglia per superare i metodi "educativi" violenti e segreganti che là dominavano.

Questo libro è la testimonianza di Paolo Tortella, che, da neo-diplomato alle scuole magistrali, arrivò nel 1969 in un vero e proprio "manicomio per bambini", in un istituto che ospitava diverse centinaia di "subnormali" con deficit intellettivi o con problemi caratteriali. Era una struttura dove gli adulti (cioè il direttore e il frate-cappellano – due figure davvero disumane – e le decine di vigilatori) applicavano un metodo apertamente violento: il loro unico obiettivo era mantenere l'ordine nelle camerate e nei corridoi, disinteressandosi di ogni obiettivo pedagogico e di ogni intervento terapeutico. Vigeva un sistema di premi e punizioni, di divieti e di vere e proprie vendette, che faceva rassomigliare quell'istituto più che altro a un bagno penale.

Questo libro è soprattutto, la testimonianza di un giovane vigilatore, cioè di un guardiano,

il quale, però, avrebbe iniziato in seguito anche a rivestire il ruolo di maestro, che cercò di scardinare quel sistema disciplinare così spietato. L'autore ricorda in queste pagine i suoi tentativi (talvolta piuttosto ingenui) per cambiare "da dentro" l'istituzione, praticamente da solo, ma anche la consapevolezza, maturata molto presto, della necessità di coinvolgere gli altri fuori, le famiglie, e l'opinione pubblica in generale, su quanto di sconvolgente avvenisse in quel luogo. In questo senso, quel giovane maestro poté, senza dubbio, contare su una attenzione molto forte su un tema come questo, anzitutto da parte della stampa e di rappresentanti del mondo politico. Tortella si trasformò realmente in una "talpa", raccontando a un giornalista de "L'Unità" quanto vedeva ogni giorno dentro "Villa Giardini". Quell'opera di contro-informazione fu essenziale per arrivare al progressivo svuotamento dell'istituto (che avvenne nell'estate del 1971) e a spingere la magistratura iniziò a interessarsi dei "metodi" imposti dal direttore. Al di là delle conseguenze giudiziarie, è soprattutto importante riflettere sul fatto che, nei primi anni Settanta, nel nord dell'Italia esistessero dei centri di custodia, come "Villa Giardini", a cui erano inviati bambini da diverse parti del Paese, e in cui non esistessero garanzie per la stessa incolumità dei ragazzi "in cura", in cui si patisse davvero la fame e dove non fosse realizzata alcuna forma di assistenza

psico-pedagogica. Il racconto di Tortella è anche interessante perché ci fa cogliere, per una volta, il punto di vista non di un medico “impegnato”, ma di un operatore che viveva a stretto contatto con le persone a lui affidate e il cui compito avrebbe dovuto essere soltanto quello di reprimere ogni disturbo al buon andamento dell’istituzione.

Francesco Paoletta

RIVISTA SPERIMENTALE DI FRENIAFRIA*La rivista della salute mentale*

THE ITALIAN JOURNAL OF MENTAL HEALTH

VOL. CXLII

N° 1/2018 • Dissociazione

EDITORIALE	PAG. 5
<hr/>	
Filippo Maria Ferro Verzegnìs 1878-1879	13
German E. Berrios The concept of 'dissociation' in psychiatry	29
Onno van der Hart, Andrew Moskowitz Multiple States of Consciousness, Complexes, Personalities, or Parts of the Personality? An Historical Perspective and Contemporary Proposal on Trauma-Related Dissociation	51
Adriano Schimmenti Five lessons on dissociation	73
Franco Fabbro, Fabio D'Antoni, Cristiano Crescentini Gli stati di coscienza nelle pratiche meditative	93
Kathy Steele La strada si fa camminando. Un quarto di secolo con il fenomeno dissociativo	111
Franca Manoukian, Gino Mazzoli Dissociarsi per associarsi. Dissociazioni come processi di liberazione e scoperta di sé	121
RECENSIONI	141
<hr/>	
ERRATA CORRIGE	148
<hr/>	
NORME REDAZIONALI	149
<hr/>	

N° 2/2018 • Verso la 180

EDITORIALE	PAG. 5
Daniele Pulino Tra aggiornamento e mutamento: le istituzioni psichiatriche italiane prima della riforma	13
Graziano Valent Basaglia e i mutamenti del paradigma psichiatrico. Riflessioni sulla realtà della follia	27
<i>L'esperienza di Gorizia nelle pagine della Rivista Sperimentale di Freniatria</i>	51
F. Basaglia, A. Pirella, A. Slavich, L. Tesi, D. Casagrande Problemi metodologici in tema di psichiatria istituzionale: la situazione comunitaria	53
A. Pirella, D. Casagrande, V. Marzi, S. Quondamatteo, V. Pastore Crisi istituzionale e contraddizioni sociali in psichiatria	63
Alberto Ferraboschi Una psichiatria della comunità e nella comunità. Il "Progetto Organizzativo di un Centro di Igiene Mentale" di Giovanni Jervis	71
Giancarlo Rigon Dalla chiusura delle scuole speciali alla salute mentale dell'età evolutiva	89
Francesco Carnevale "La salute non si vende". La stagione delle lotte per la salute dei lavoratori in Italia, 1961-1978	105
Fabrizio Starace 40 anni di Legge 180: dai principi alle pratiche	121
<hr/> DOCUMENTI <hr/>	
<i>La voce delle Associazioni</i>	135
Ernesto Muggia Le associazioni delle famiglie protagoniste del cambiamento	137
Gisella Trincas Considerazioni critiche sullo stato attuale dei Servizi di Salute Mentale	145
Goffredo Fofi Prima di Basaglia	149
NORME REDAZIONALI	153

N° 3/2018 • Cronicità?

EDITORIALE PAG. 5

Giuseppe Tibaldi 9
 Il contributo dei servizi ai processi di cronicizzazione. Quali ombre del manicomio gravano ancora sulle pratiche della “nostra” psichiatria di comunità?

Paola Carozza 19
 L’approccio multidimensionale al recovery nella grave malattia mentale: oltre la dimensione della cronicità

Jacopo Santambrogio, Antonino Giancontieri, Giuseppe Sabucco, Massimo Clerici, Pietro R. Cavalleri 43
 Rocco: un destino di cronicità?

Paola Schiavi 61
 Cronicità

Lorenzo Burti 97
 When psychotherapy encounters chronicity: challenges and possible remedies

CONTRIBUTI

Shirley Ehrlich, Stefano Gherardi, Monia Betti, Martina Zanotti, Giuliano Ermini, Stefano Gualandi, Damiano Cembali, Alessandro Tampieri 117
 Analisi dei processi cognitivi diagnostici in medicina generale: risultati di uno studio osservazionale

Roberta Casadio, Izabel Cristina Marin, Raffaella Pocobello 149
 Speranza come strumento terapeutico nei percorsi di recovery

TESTIMONIANZE

Francesca Raisi 163
 “La giovane che fa il gruppo”

RECENSIONI PAG. 171

INDICE DELL’ANNATA: VOL. CXLII (2018) PAG. 175

NORME REDAZIONALI PAG. 179

Copyright © FrancoAngeli

N.B: Copia ad uso personale. È vietata la riproduzione (totale o parziale) dell'opera con qualsiasi mezzo effettuata e la sua messa a disposizione di terzi, sia in forma gratuita sia a pagamento.

Norme redazionali

La Rivista Sperimentale di Freniatria pubblica lavori nell'ambito della salute mentale superando le angustie di una logica strettamente disciplinare, privilegiando il dialogo tra i saperi contigui, accumulati dall'interesse per la persona e la società. È quadrimestrale ed ogni fascicolo può ospitare contenuti organizzati in tre sezioni:

1. una parte monografica, che verte sui temi più specifici del campo psichiatrico;
2. lavori sperimentali o di rassegna della letteratura, privilegiando i temi della psichiatria clinica e della interdisciplinarietà della salute mentale;
3. uno spazio editoriale aperto a lettere, recensioni, dibattiti.

L'accettazione dei contributi è legata alla valutazione anonima di almeno due *referee* e necessita inoltre la dichiarazione da parte degli Autori che trattasi di lavoro inedito, non inviato per la pubblicazione altrove e che non sarà successivamente ripubblicato. La Rivista aderisce all'impegno del rispetto dell'anonimità e della *privacy* di pazienti e soggetti di studi di cui si riportano i risultati, nonché ovviamente richiede che vengano rispettati i dettami dell'ultima versione della Dichiarazione di Helsinki per la ricerca medica con persone. Per norme più dettagliate e per tutti i casi dubbi, la Direzione della Rivista aderisce alle indicazioni dell'*International Committee of medical Journal Editors* per gli *Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals*, consultabili al sito www.icmje.org e alla Dichiarazione sull'etica e sulle pratiche scorrette nella pubblicazione dei lavori scientifici, basata sul COPE's Best practice Guidelines for Journals editors e reperibile sul sito dell'editore <http://www.francoangeli.it/riviste/CodiceEtico/Etiche.pdf>

Istruzioni per gli Autori

Gli articoli si ricevono in formato elettronico (.doc, .docx, .rtf), per quanto riguarda le immagini il formato è .jpeg o .tiff, all'indirizzo di posta elettronica della Rivista: info@rivistafreniatria.it.

Gli elaborati, in formato A4, andranno composti con doppia spaziatura ed ampi margini. Le pagine saranno numerate e conterranno:

nella prima pagina: **Titolo** del contributo in italiano ed in inglese, nomi per esteso e cognomi degli Autori, Istituzione di appartenenza, ruolo professionale/accademico, indirizzo, telefono, e-mail dell'Autore a cui va inviata la corrispondenza;

nella seconda pagina: **Riassunto** in italiano, non eccedente le 300 parole, strutturato in: Scopo, Metodi, Risultati e Conclusioni se trattasi di lavori di ricerca. Seguiranno fino ad un massimo di sei Parole Chiave;

la terza pagina conterrà l'**Abstract** in inglese, strutturato in Objective, Methods, Results and Conclusions, per i lavori sperimentali e le **Key Words**.

La **lettera di accompagnamento** del lavoro, oltre a specificarne l'originalità, conterrà l'impegno di cederne alla Rivista il copyright e i diritti in caso di accettazione oltre che a dischiudere ogni eventuale conflitto di interessi degli Autori.

Eventuali **Ringraziamenti** verranno situati alla fine del testo, prima della Bibliografia. **Bibliografia.** Le voci della Bibliografia saranno elencate precedute da numeri arabi tra parentesi quadre, secondo l'ordine di comparsa della citazione nel testo e secondo lo stile di seguito indicato.

Per gli articoli di riviste.

Citare solo i primi sei **Autori**, aggiungere *et al.* Se sono più di sei.

Indicare: **Cognomi** e **iniziali dei Nomi** degli Autori non puntati, separati da virgole e terminati con un punto. Segue: **Titolo del lavoro** (iniziale maiuscola solo per la prima parola), **Titolo della Rivista** per esteso, **Anno di pubblicazione** seguito dal punto e virgola, **Volume** (seguito dal **numero di fascicolo** tra parentesi solo per le riviste che non mantengono una numerazione delle pagine consecutiva per annata) seguito da due punti, pagina iniziale e finale (per la pagina finale, indicare decine e centinaia di pagine solo se differiscono rispetto a quelle iniziali), **codice doi**, *punto* finale.

[1] Bridges K, Goldberg D, Evans B, Sharpe T. Determinants of somatisation in primary care. *Psychological Medicine* 1991; 21: 473-83, DOI: 10.1017/S0033291700020584.

Gli autori devono indicare il codice DOI di tutti gli articoli segnalati nei riferimenti bibliografici. Per ottenere i codici DOI possono utilizzare i seguenti link: <http://search.crossref.org>. *In alternativa possono effettuare una ricerca tramite Google.*

Per capitoli di libri

Indicare: **Autori e Titolo del capitolo** come alla voce precedente. Aggiungere **In** seguito da due punti, poi **Cognome/i** ed **iniziale del Nome/i dei curatori** e, dopo virgola, *ed*. Segue: **Titolo del Libro**, punto, **Luogo di pubblicazione**, due punti, **Casa editrice**, punto e virgola, Anno di pubblicazione, punto, **p.** seguito dal numero delle pagine a cui ci si riferisce, punto.

[2] Edwards J, McGorry PD, Pennell K. Models of early intervention in psychosis: analysis of service approaches. In: Birchwood M, Fowler D, Jackson C, ed. *Early Intervention Psychosis. A guide to Concepts, Evidence and Intervention*. Chichester: Wiley & sons; 2000. p. 281-314.

Per libri con Autore(i) individuale(i)

Cognomi ed iniziali dei nomi, separati da virgole, punto, *Titolo del libro*, punto, *Luogo di pubblicazione*, due punti, *Casa editrice*, punto e virgola, anno, punto.

[3] Pagani R. L'integrazione in psicoterapia. Roma: Carocci; 2000.

Curatore/i

Cognomi ed iniziali dei nomi, separati da virgole eseguiti da *ed.* Poi: *Titolo*, punto, *Luogo di pubblicazione*, due punti, casa editrice, punto e virgola, anno, punto.

[4] Norman IJ, Redfern SJ, ed. Mental health care for elderly people. New York: Churchill Livingstone; 1996.

Per tutti gli altri possibili casi, si prega di riferirsi alle linee guida dell'International Committee of Medical Journal Editors, consultabili al sito web www.icmje.org.

Figure, Grafici e Tabelle, di cui si richiede un uso contenuto, vanno allegati alla fine del lavoro, ciascuno in una pagina separata. Vanno numerati progressivamente in numeri arabi e corredati di necessari titoli e legende. Nel corpo del lavoro va indicato chiaramente dove inserirli.

Per corrispondere con la Redazione

Maria Grazia Pini

Rivista Sperimentale di Freniatria

C/o Biblioteca scientifica C. Livì

Via Amendola, 2 – 42122 Reggio Emilia – Italia

tel: 0522-335280

fax: 0522-335971

Email: info@rivistafreniatria.it

Ulteriori informazioni, modelli ed esempi per le norme redazionali sono reperibili sul sito www.rivistafreniatria.it.

FrancoAngeli/Riviste

tutte le modalità
per sceglierci in digitale



Più di 80 riviste consultabili
in formato digitale su **pc** e **tablet**:

1. in *abbonamento annuale* (come ebook)
2. come *fascicolo singolo*
3. come singoli *articoli* (acquistando un *download credit*)

Più tempestività, più comodità.

Per saperne di più: www.francoangeli.it

Copyright © FrancoAngeli

N.B: Copia ad uso personale. È vietata la riproduzione (totale o parziale) dell'opera con qualsiasi mezzo effettuata e la sua messa a disposizione di terzi, sia in forma gratuita sia a pagamento.