

LA RIABILITAZIONE EQUESTRE IN PSICHIATRIA

Dott. Stefania Cerino

DIPARTIMENTO RIABILITAZIONE EQUESTRE F.I.S.E.



RIABILITAZIONE PSICHIATRICA

Legge 180/78

CHIUSURA MANICOMI

- *“CONTENIMENTO” della follia*
- DIVERSA logica di approccio alla follia

RIABILITAZIONE PSICHIATRICA

- **OBIETTIVI**

*RICOSTITUIRE L'UNITA' PSICHICA E
RELAZIONALE INTERROTTA DALLA
MALATTIA*

*SOSTENERE LA COMUNITA'
NELL'ACCOGLIENZA E NEL
CONTENIMENTO DELLA FOLLIA*

*FACILITARE IL REINSERIMENTO DEL
PAZIENTE NEL SOCIALE*

- **METODI**

*TUTTE LE ATTIVITA' CLINICHE,
FARMACOLOGICHE,
TERAPEUTICHE, OCCUPAZIONALI,
RIABILITATIVE CHE PONGONO IL
PAZIENTE IN CONDIZIONE DI
RISALIRE ALLA LUCE DALLO
SPAZIO BUIO DELLA MALATTIA
RITROVANDO IL PROPRIO RUOLO
E LA PROPRIA IDENTITA'*

RIABILITAZIONE PSICHIATRICA

ESPERIENZA DI FOLLIA
CONFLITTO
PARTI "SANE" /PARTI FOLLI"



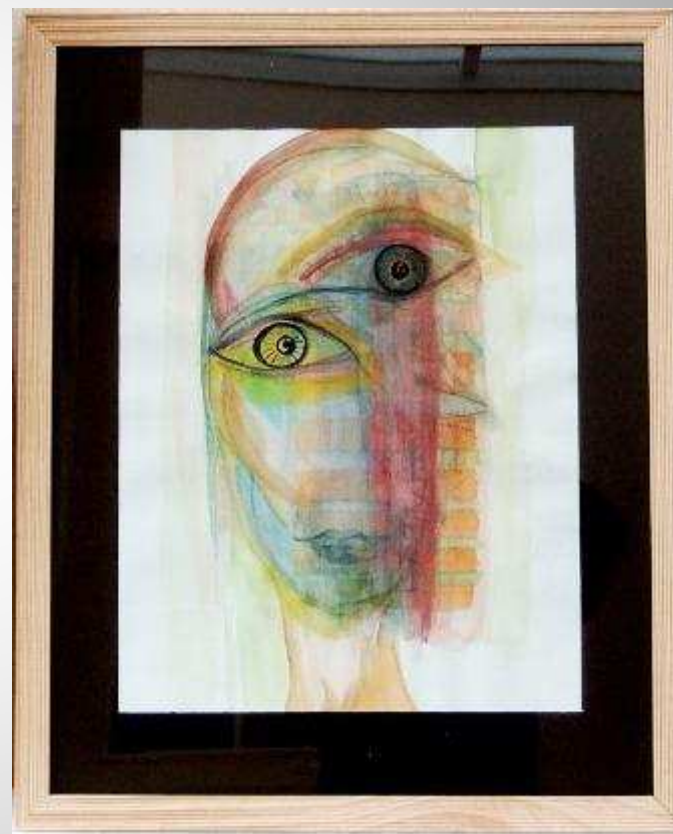
ANGOSCIA INDICIBILE

*Che è parte del drammatico vissuto della
follia*



SCOPO DELLA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA

- *RI/TROVARE UNO SPAZIO SOCIALE ED AFFETTIVO*



RIABILITAZIONE PSICHIATRICA

- IL PAZIENTE HA QUINDI BISOGNO DI UN NUOVO SPAZIO CHE GLI CONSENTA DI CONFRONTARSI CON LE SUE “DISABILITA’ “
- *Difficoltà di relazione con determinate parti del Sé*
- *Difficoltà di relazione con il mondo e gli oggetti esterni*

RIABILITAZIONE PSICHIATRICA

- **INTERVENTI**

- **AMPI**

- **RASSICURANTI**

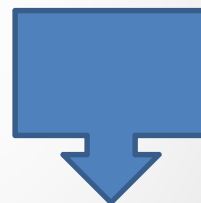
- **COINVOLGENTI**

- *In cui trovare supporti, riferimenti, confronti per la*

- **RICOSTRUZIONE PSICHICA**

RIABILITAZIONE PSICHIATRICA

- BASATA SULLA **RI/COSTRUZIONE** della RELAZIONE EMPATICA con il **SE'** e l' **ALTRO DA SE'**, interrotta dalla malattia
- **SPAZIO DELLA RICOSTRUZIONE**



Spazio "TERAPEUTICO"
Spazio "RIABILITATIVO"

- *Nello Spazio Terapeutico e Riabilitativo il Paziente puo' (Re)incontrare le sue parti malate e differenziarsi da esse, ritrovando la sua*

IDENTITA'

LA MALATTIA E' COMUNQUE UNA PRESENZA "RASSICURANTE"

- Fase di separazione
dalla malattia



- GUARIGIONE
- MIGLIORAMENTO



SALOMON RESNIK

LO SPAZIO TERAPEUTICO DELL'INCONTRO

- ***...IL FONDAMENTO DI OGNI SEPARAZIONE E' IL LUTTO, CIOE' IL SENTIMENTO PENOSO DI ABBANDONARE UNO STATO DI SICUREZZA, UN MODELLO FAMILIARE, PER ENTRARE IN UNO SPAZIO NON CONOSCIUTO"***

RIABILITAZIONE EQUESTRE

- E' il nuovo spazio dove il paziente entra per elaborare il suo lutto ed andare incontro alla **“GUARIGIONE”** ed al **“MIGLIORAMENTO”**



RIABILITAZIONE EQUESTRE



RIABILITAZIONE EQUESTRE

- **E' UNO SPAZIO RIABILITATIVO ATIPICO**
- **LA RELAZIONE CON L'ALTRO E' MEDIATA DALLA PRESENZA DEL CAVALLO**
- **IL CAVALLO CONSENTE LA RI/COSTRUZIONE DI UNA RELAZIONE AFFETTIVA**

RUOLO DEL CAVALLO NELLA RIABILITAZIONE EQUESTRE CON PAZIENTI PSICHIATRICI

- INSERISCE I PAZIENTI IN UN NUOVO CONTESTO ED IN NUOVE DINAMICHE EMOTIVE E SOCIALI
- FACILITA L'INTERAZIONE CON UN AMBIENTE CHE E' DIVERSO DAGLI ABITUALI SPAZI *casa famiglia-ambulatorio-servizi sociali*
- CREA LA NECESSITA' DI COMPRENDERE ED INTERAGIRE CON I CODICI DI COMUNICAZIONE E COMPORTAMENTALI DELL'ANIMALE
- PERMETTE L'APPRENDIMENTO DI ABILITA' NUOVE E NON USUALI



CREAZIONE DI UNA RELAZIONE COMPORTAMENTALE ED EMPATICA

INCONTRO PAZIENTE – CAVALLO



L'INCONTRO PAZIENTE –CAVALLO FA SI CHE

- ***ENERGIE LIBIDICHE***



VISSUTI



***A PARTIRE DAI QUALI SI
STRUTTURA LA RELAZIONE
TERAPEUTICA IN R.E.***



- ELEMENTO FONDANTE DELLA RIABILITAZIONE EQUESTRE CON I PAZIENTI PSICHIATRICI E' LA RELAZIONE EMPATICA CON IL CAVALLO
- IN QUESTO INCONTRO TERAPEUTICO DOVE SI RITROVANO E SI SVILUPPANO LE PARTI INFANTILI DEL PROPRIO SE' RINASCE IL PROCESSO CREATIVO – QUINDI VITALE - CHE SI ATTUA NELL'INCONTRO CON L'ALTRO

- IL CAVALLO DIVENTA COSI' UNO SPAZIO EXTRACORPORALE CHE TRAMITE I MECCANISMI DI IDENTIFICAZIONE PROIETTIVA CONSENTE DI ESPLORARE LO SPAZIO DELL'ALTRO E GRAZIE AL SUO RI/CONOSCIMENTO TORNARE AL PROPRIO SPAZIO CORPOREO, ALLA DEFINIZIONE DEI SUOI CONFINI, ALL'IDIVIDUAZIONE DEL PROPRIO IO E ALLA CONSEGUENTE CAPACITA' DI STABILIRE NUOVE E NON PIU' PERTURBANTI RELAZIONI EMOTIVE

- PER LO PSICOTICO L'ESPERIENZA DEL MONDO ESTERNO E' QUELLO DI UNO SPAZIO APERTO SENZA PROTEZIONI DOVE E' POSSIBILE PERDERSI E DISGREGARSI
- PER DIFENDERSI EGLI ATTUA LA "PROJECTION INTO AN OBJECT", CIOE' LA POSSIBILITA' DI ABITARE UN CORPO "ALTRO" (*M.Klein*)

- **GRAZIE AL CONTATTO CON IL CAVALLO LO PSICOTICO RIACQUISTA IL SENTIMENTO DI POTERE SOTTRATOGLI DALLA “GUARIGIONE” FARMACOLOGICA (*perdita dell’onnipotenza delirante*)**
- **SI ALLONTANA DALLA PROSPETTIVA DEPRESSIVA**
- **INIZIA LA RICOSTRUZIONE DI UN “IO” IN GRADO DI TOLLERARE IL CONTATTO CON L’“ALTRO”**

SETTING TERAPEUTICO IN R.E.

- SI ATTUA UN TRANSFERT PARTICOLARE

PAZIENTE-CAVALLO-TERAPEUTA

FUNZIONE TRANSFERALE DEL CAVALLO

***IN QUESTO PARTICOLARE TRANSFERT IL CAVALLO HA
UNA FUNZIONE "MATERNA" (CONTENIMENTO)***

***COSI' LE ANGOSCE ED I BISOGNI POSSONO ESSERE
ELABORATI PERMETTENDO LA CONOSCENZA E
L'ESPLORAZIONE DI TUTTO CIO' CHE AVVIENE
NELLO SPAZIO INTERPERSONALE***

**RIABILITAZIONE EQUESTRE QUINDI NON COME
SEMPLICE SPAZIO LUDICO, MA COME ESPERIENZA
EMOTIVA PROFONDAMENTE COINVOLGENTE IN CUI I
PAZIENTI PSICOTICI POSSONO TROVARE NUOVI ED
AMPI ORIZZONTI NEL SEGNO DEL RECUPERO E
DELL'INTEGRAZIONE DELLE DISABILITA' LEGATE
ALLA MALATTIA MENTALE**

GRAZIE PER L'ATTENZIONE



Le Psicosi all'esordio: una nuova prospettiva di organizzazione dei servizi

R. Popolo, A. Balbi, P. Paolotti

‘The psychiatrist sees too many end states and deals professionally with too few of the pre-psychotic’

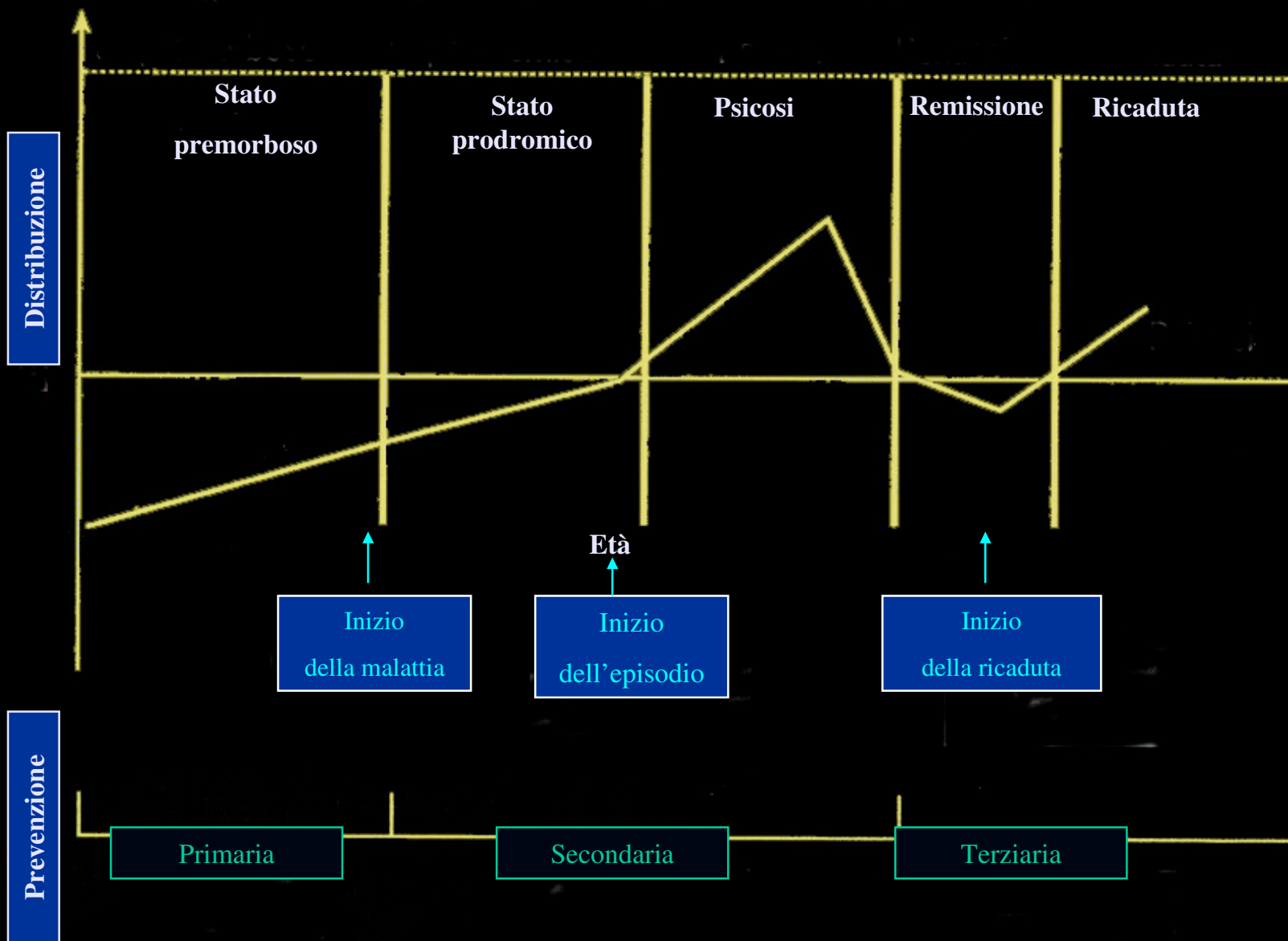
(H.S. Sullivan, 1927)

L’osservazione di un collega fatta alcuni anni fa al letto di un giovane malato ricoverato in SPDC per un episodio psicotico acuto: ‘Siamo bravissimi nei programmi riabilitativi, nei programmi di supporto e di reinserimento sociale, sembra quasi che dobbiamo aspettare che la malattia divenga cronica per poter poi intervenire, dispiegando le più svariate competenze. Ma per gli acuti cosa facciamo che possa veramente influire sul loro futuro?’

Intervenire nelle psicosi all'esordio: perché è utile ?

- La psicosi esiste prima che ce ne accorgiamo
- La valutazione delle fasi di esordio precoce (prodromi) diminuisce il tempo di latenza dall'intervento specializzato
- L'intervento terapeutico sui primi episodi psicotici: "primum" non nuocere !
- Sfida sulla prognosi: se si interviene precocemente, si riduce il danno?





Una evidenza sempre maggiore suggerisce che il ritardo nel fornire un efficace trattamento per pazienti affetti da psicosi ha effetti significativi sull'esito a breve e a lungo termine (Loebel et al., 1992; Johnstone et al., 1986; Wyatt, 1991).

Cominciare in ritardo un trattamento efficace può diminuire le possibilità di un recupero completo.

Ci sono numerose conseguenze che possono sorgere da un ritardato trattamento dei sintomi delle psicosi:

- Un recupero più lento e meno completo
- Prognosi negativa
- Un aumentato rischio di depressione e suicidio
- Un'interferenza con lo sviluppo psicologico e sociale
- Tensioni relazionali, perdita della famiglia e del supporto sociale
- Interruzione nel prendersi cura dei familiari (per quelli con figli)
- Angoscia (sofferenza) e crescenti problemi psicologici all'interno della famiglia
- Interruzione degli studi, lavoro e disoccupazione
- Abuso di sostanze
- Violenza/attività criminale
- Ricovero non necessario
- Perdita di autostima e fiducia in sé stesso
- Aumentato costo di management

Un altro risultato possibile del ritardato inizio del trattamento antipsicotico è la resistenza al trattamento.

- Maggiore il ritardo nel trattamento, maggiori i costi che il Servizio Sanitario e le varie Agenzie Sociali devono sopportare (WIERSMA ET ALII., 1998; MCGORRY & JACKSON, 1999)
- Non intervenire efficacemente nel periodo critico è correlato ad una alta percentuale di ricadute e ad un alto numero di ricoveri in ambienti psichiatrici, noto come fenomeno della “revolving door”.

- **Duration of Untreated Psychosis DUP**

E' il tempo che passa dalla comparsa dei sintomi psicotici alla prima prescrizione di antipsicotici

- **Duration of Untreated Illness DUI**

E' il tempo che passa dal riconoscimento di un disagio individuale e la prima prescrizione di antipsicotici



- In molti casi l'intervallo tra la comparsa di sintomi psicotici ed il trattamento è sorprendentemente lungo, in media la durata della psicosi non trattata (DUP) è due anni nei paesi occidentali (McGORRY & JACKSON, 1999).
- Questo lungo periodo prima del trattamento è fonte di notevole disturbo sia per l'individuo affetto che per i suoi parenti che spesso mettono in atto frustranti ed inefficaci tentativi di autocura. Si calcola che circa il 30% dei giovani che affrontano l'esperienza della prima crisi psicotica va incontro a gravissimi pericoli tra cui tentativi di suicidio o di violenza nei confronti dei familiari (McGORRY & LINCOLN, 1999)

- Le disabilità, sia sociali che personali, si sviluppano prevalentemente durante i primi tre di malattia: il cosiddetto “PERIODO CRITICO”. La perdita di autostima, perdita della scuola o del lavoro, impoverimento sociale, se non trattate precocemente, incidono pesantemente sulla qualità della vita della persona e ne peggiorano grandemente la prognosi (BIRCHWOOD ET ALII, 1998)
- Un trattamento precoce con basse dosi di neurolettici atipici ha migliorato il corso delle psicosi nel lungo periodo (CARBONE ET ALII, 1999; WYATT, 1991)
- I sintomi resistenti ai trattamenti compaiono spesso al termine del periodo critico (Mason, 1995; Harrow, 1995)

- Queste evidenze ci suggeriscono non solo la necessità di trattare precocemente le persone affette ma anche il dovere di intervenire in maniera efficace, propria e organizzata.
- Tutta la filosofia dell'intervento viene a modificarsi. Si deve intervenire sulla persona in difficoltà ma anche sui suoi familiari, coinvolgendoli rapidamente nella valutazione del disturbo, fornendo un immediato supporto sia informativo sia emotivo per permettere loro di far fronte ad eventi sicuramente fonte di angoscia e che spesso suscitano un doloroso senso di impotenza.
- La famiglia può essere, in una corretta dialettica, una notevole fonte di risorse per le persone con disturbi psichici .

Benefici potenziali degli interventi precoci nelle psicosi all'esordio

- Migliore ripresa^{1,2}
- Più pronta e completa remissione dei sintomi^{2,3}
- Migliore atteggiamento verso i trattamenti
- Minor livello di emotività espressa e di vischiosità familiare⁴
- Minore resistenza ai trattamenti

1. Birchwood and Macmillan, 1993

2. McGorry et al, 1995

3. Loebel et al, 1992

4. Stirling et al, 1991

Diversi modi di ridurre il trattamento ritardato:

- Migliorare il *riconoscimento*

educare i primary care providers, aumentare la conoscenza dei primi segnali di psicosi;

educare la comunità;

ridurre lo stigma associato con i disturbi psicotici (questo può dissuadere i pazienti e le loro famiglie dal cercare aiuto).

- *Fornire un accesso facile* ai servizi psichiatrico

risposte rapide;

approccio flessibile.

L' intervento precoce della psicosi

1. Biologico

Periodo antipsychotic-free

Investigazione clinica

Trattare l'angoscia

Terapia anti-psicotica a basso dosaggio e titolazione lenta

Evitare effetti collaterali

Trattare i sintomi in modo efficace

2. Psicologico

Guadagnarsi la fiducia del paziente

Promuovere condiscendenza con farmaci anti-psicotici e altri farmaci

Rassicurare il paziente

Occuparsi di psico-educazione

Considerare il trauma di essere psicotico

Ridurre l'angoscia associata al ricovero e al trattamento

3. Sociale

Coinvolgere la famiglia

Gruppo dei pari

Occupazione e educazione

ESORDIO PSICOTICO: MODELLO DI TRATTAMENTO INTEGRATO DSM ROMA D

- **PREVENZIONE PRIMARIA:** RICERCA NELLE SCUOLE MEDIE

- **PREVENZIONE SECONDARIA**
 - INDIVIDUAZIONE PRECOCE ESORDI PSICOTICI
 - **RIDUZIONE DUP** (DURATION OF UNTREATED PSYCHOSIS)
 - COLLABORAZIONE CON MMGG, AGENZIE DEL TERRITORIO, PARROCCHIE, SCUOLE SUPERIORI
 - ACCOGLIENZA E VALUTAZIONE

- **INTERVENTO INTEGRATO PRECOCE**
 - LINEE GUIDA
 - RIDUZIONE delle DISABILITA'

TRATTAMENTO: BIOLOGICO
PSICOLOGICO
SOCIALE

1) RAPIDA INDIVIDUAZIONE DI GIOVANI CON SINDROMI PSICOTICHE TRA I 18 E I 30 ANNI E FACILITA' DI ACCESSO AI SERVIZI.

- Collaborazione stretta con il servizio materno infantile ed i consultori
- Creazione di una rete con tutte le agenzie che si occupano di giovani in questa fascia di età: scuole, università, parrocchie etc
- Formazione specifica dei medici di medicina generale
- Servizio di consulenza telefonica per i medici di famiglia del territorio
- Distribuzione di una guida che descriva tutte le modalità di contatto con i servizi e le équipes dedicate
- Corsie preferenziali per l'accesso ai servizi, riducendo al minimo i tempi di attesa

2) RAPIDA E CONTINUATIVA PRESA IN CURA

- creazione all'interno di ogni centro di salute mentale di una equipe dedicata composta da: uno psichiatra, uno psicologo, due infermieri e/o due tecnici della riabilitazione e un assistente sociale. Potranno essere utilizzati per specifiche attività specializzandi medici e psicologi che svolgono il loro tirocinio nei servizi, nell'ambito di accordi di collaborazione mirati con l'Università e le Scuole di Formazione in Psicoterapia.
- Le équipes di valutazione, laddove esistenti, segnaleranno immediatamente il caso all'equipe dedicata, che entrerà subito in azione.
- Spdc prenderà contatto entro 48 ore con le équipes territoriali

3) ATTEGGIAMENTO ATTIVO da parte dei membri dello staff: la persona sofferente non sarà attesa nella stanza da visita, ma si cercherà di coinvolgerla lavorando nel suo ambiente, contatti con tutte le figure rappresentative: genitori, amici, parenti, insegnanti, sacerdoti. Questo al fine di evitare qualsiasi intervento di tipo repressivo come i TRATTAMENTO SANITARIO OBBLIGATORIO ed i ricoveri in ambienti psichiatrici che compromettono spesso lo sviluppo di un rapporto di fiducia tra i curanti e le persone affette da disturbi psichici gravi

4) VALUTAZIONE RAPIDA, ATTENTA, E SCIENTIFICAMENTE CORRETTA SIA DELLE CARATTERISTICHE PSICOPATOLOGICHE CHE DEI BISOGNI DEI GIOVANI

- I giovani saranno sottoposti, all'ingresso e a regolari intervalli, ad una completa valutazione costituita da:
 - Valutazione clinica
 - Scale psicopatologiche. BPRS, YMRS, HDRS
 - SCALE DI FUNZIONAMENTO SOCIALE: HONOS e VGF
 - BATTERIA NEUROCOGNITIVA COMPLETA
 - SCALA SULLA QUALITA' DELLA VITA
 - VALUTAZIONE DELLE CONDIZIONI DI VITA E DELLE RISORSE AMBIENTALI
- Nelle situazioni in cui non è disponibile personale addestrato, tali valutazioni saranno effettuate dall'equipe dipartimentale

5) TRATTAMENTO MULTIDISCIPLINARE PSICO-BIO-SOCIALE

- modello case management
- uso di neurolettici atipici a basso dosaggio
- psicoterapia individuale e/o di gruppo mirata alla fase critica
- sostegno di ruolo
- intervento da attuare nell'arco di tre anni

6) COINVOLGIMENTO IMMEDIATO DELLE FAMIGLIE
SIA PER UN SUPPORTO IN UNA SITUAZIONE DI
GRANDE DIFFICOLTA' SIA PER UTILIZZARE AL
MEGLIO LE RISORSE DISPONIBILI

- Familiari coinvolti immediatamente anche nel programma di valutazione
- Definizione di un calendario di incontri con scadenze certe.
- Sostegno al grave senso di smarrimento e alla sofferenza dei familiari utilizzando un organico programma di sedute informative costituito da almeno sei incontri nei primi sei mesi di malattia del congiunto.
- Interventi di terapia sistemica nei casi con specifica indicazione

7) PREVENZIONE DELLE RICADUTE MEDIANTE SPECIFICI PROGRAMMI SIA PER GIOVANI CHE PER I LORO GENITORI

8) RECUPERO PRECOCE DELLE ATTIVITA' PERSONALI COME LA SCUOLA O IL LAVORO AD ORIENTAMENTO PREVENTIVO O MEDIANTE PROGRAMMI RIABILITATIVI PRECOCI E PERSONALIZZATI

- intervento nell'ambiente di vita dei giovani come la scuola o il lavoro per il sostegno del ruolo da parte di personale strutturato o da parte di cooperative del privato sociale
- Rapida definizione di percorsi riabilitativi volti al reale inserimento in attività produttive e che non costituiscano un parcheggio fine a se stesso

9)INTERVENTO SULE AREE DI COMORBILITA' COME L'ABUSO DI SOSTANZE

- protocolli con i sert

10)CREAZIONE DI SPAZI DEDICATI E SEPARATI NEGLI OSPEDALI E NELLE CLINICHE CONVENZIONATE PER LE CRISI

11) LOTTA ALLO STIGMA: COLLABORAZIONE CON ASSOCIAZIONI DI FAMILIARI ED UTENTI PER ATTIVITA' STRUTTURATE.

12) TRATTAMENTI SPECIFICI IN COMUNITA' TERAPEUTICHE E REPERIMENTO DI CASE ALLOGGIO DI VARIA TIPOLOGIA IN STRETTO CONTATTO CON L'AGENZIA REGIONALE SULLA RESIDENZIALITA' DA ISTITUIRE.

Primo episodio psicotico: rilevanza della scelta del tempo e della qualità dell'intervento

I primi episodi tendono a rispondere meglio ai trattamenti, se correttamente intrapresi

In alcuni paesi (U.K.; Australia) il primo intervento avviene a casa del paziente; evitare il più possibile di ricorrere a cure che aumentano l'esperienza traumatica della psicosi all'esordio.

Gli antipsicotici atipici vanno titolati con cura ed a dosi clinicamente efficaci

La terapia cognitiva serve a migliorare la relazione con il soggetto, si occupa dei sintomi principali, aiuta la persona a riprendersi dall'esperienza psicotica

Il sostegno ed intervento sulle famiglie deve essere contemporaneo al lavoro sul paziente

La disabilità

Il concetto di *disability* dell'ultimo documento dell'O.M.S. è un concetto dinamico e relazionale, per il quale la disabilità emerge dal rapporto tra le caratteristiche dell'individuo e la rete relazionale nella quale vive.

In questa ottica per definire una disabilità è necessaria una rilevazione attenta delle reti relazionali del singolo individuo, e non solo un'analisi delle caratteristiche individuali.

Per studiare cause e motivi dell'esclusione è necessario ricostruire il percorso e la storia di vita, integrata dalla conoscenza delle reti, all'interno delle quali tale storia si è svolta.

Per elaborare piani e strategie di reinserimento, che risolvano l'esclusione, è indispensabile conoscere a fondo le reti attuali, per minime e parziali che possano essere, nelle quali è coinvolto il soggetto e le reti formali ed informali del contesto.

L' O.M.S. definisce come finalità del lavoro terapeutico-riabilitativo l'integrazione psicosociale della persona.

Interventi che presuppongono l'allontanamento e/o la separazione dal contesto sociale sono da considerarsi risultato di una cattiva pratica.

E, comunque, qualsiasi intervento che implichi la separazione del paziente dal proprio contesto di vita deve essere provvisorio ed avere come obiettivo il reinserimento nel contesto di appartenenza.

Network analysis o analisi di rete

La *network analysis* o *analisi di rete* ha introdotto il concetto di realtà sociale come rete di relazioni.

Se si assume che ciò che caratterizza l'uomo contemporaneo è l'appartenenza molteplice a più reti sociali, si può anche sostenere che il benessere individuale e sociale, sia il risultato di una complessa ed articolata rete dalla quale l'attore sociale trae risorse attivando scambi con i diversi soggetti.

Il modello della vulnerabilità

- Per Perris l'individuo continuamente interagisce con i fattori ambientali modificandoli, per cui il livello di vulnerabilità varia a seconda dello stato sociale e a seconda del tempo.
- L'esistenza di un processo interattivo è fondamentale nella concezione di Perris che in questo modo sfugge alla trappola dell'ineluttabilità e della costanza dello stato di malato cronico.

Il modello della vulnerabilità

- Il modello di Perris introduce la necessità di una maggiore comprensione della persona intesa come entità complessa, realmente **biopsicosociale** nel senso di composta da elementi biologici, psicologici, relazionali e sociali che interagiscono fra loro in quella situazione, in quel momento, in quel contesto; interazioni che implicano una persona attiva e non che subisce passivamente gli eventi esterni.

- I due modelli, della rete sociale e della vulnerabilità così intesa, rappresentano la cornice concettuale entro cui si deve collocare un lavoro riabilitativo corretto.

- Un progetto terapeutico–riabilitativo potrà essere formulato solo tenendo presenti le cerchie di reti attuali e quelle possibili da coinvolgere.
- Una buona prassi riabilitativa sarà allora una prassi d'intervento sui nodi deboli e problematici della rete attuale.
- Sarà fondata su uno sforzo creativo d'inserimento in nuove cerchie di reti, che possano migliorare la qualità della vita, in un processo evolutivo modulato e tarato sul deficit specifico.
- Sarà un lavoro di mediazione sociale, che accompagni il soggetto in reti nuove, adatte a lui, in cui possa sentirsi accolto e riconosciuto, in un processo d'identificazione che permetta l'individuazione.

*grazie per la
vostra attenzione!!!*

IL PERCORSO RIABILITATIVO EQUESTRE IN PSICHIATRIA



CEUB - Bertinoro, 12 febbraio 2010

Dr. Lubiano Montaguti

AUSL FORLI' – UO Formazione



L'importanza della formazione strutturata nel personale sanitario

- **IL MITO DEL CAVALLO**
- **CAVALCARE PER CURARSI: IL CAVALLO COME ANIMALE SOCIALE E TERAPEUTA**
- **LA SALUTE MENTALE: IL CAVALLO COME TERAPIA**
- **LA FORMAZIONE: ISTRUZIONI PER L'USO**



IL MITO DEL CAVALLO



IL MITO DEL CAVALLO

IL CAVALLO

È UNO SPLENDIDO ANIMALE
RICCO DI SIGNIFICATI SIMBOLICI
LO TROVIAMO INFATTI DA
SEMPRE NEI MITI
LEGATI ALLA MEDICINA



IL MITO DEL CAVALLO: APOLLO

E' l'alba.

Da oriente **Apollo**, dio del sole e della medicina, inizia la sua passeggiata nel cielo su un carro trainato da magnifici cavalli bianchi.

Il suo avvento porta vita e benessere alla terra dopo il buio della notte, come pure salute e gioia dopo la tristezza e il dolore della malattia.

IL MITO DEL CAVALLO: CHIRONE

- E' il centauro **Chirone**, un essere straordinario, meta' uomo e meta` cavallo, a donare all'uomo non solo la pittura, la scultura e la musica, ma anche le prime nozioni di medicina.
- La sua doppia natura sta a significare che per curare l'uomo nella sua complessita` di corpo e spirito, l'intelligenza e la razionalita` si devono accompagnare alla passione ed al sentimento.

IL MITO DEL CAVALLO: PINDARO

Ben nota è la passione di Pindaro per i cavalli, memorabili i suoi Canti dedicati alle corse coi cavalli o su carri trainati da cavalli, celebre la sua lode a Olimpia, ai Giochi panellenici dedicati a Zeus:

« Come l'acqua è il più prezioso di tutti gli elementi, come l'oro ha più valore di ogni altro bene, come il sole splende più brillante di ogni altra stella, così splende Olimpia, mettendo in ombra tutti gli altri giochi »



VOLO PINDARICO

- una digressione su argomenti sempre meno inerente all'originale oggetto del discorso
- un brusco salto tra argomenti che sembrano avere poco o nulla in comune ma che hanno una connessione logica, poetica, creativa, simbolica.



CAVALCARE PER CURARSI
IL CAVALLO
COME ANIMALE SOCIALE E TERAPEUTA

CAVALCARE PER CURARSI

- NELL'IMMAGINARIO COLLETTIVO IL CAVALLO È GENERALMENTE ASSOCIATO AD IMMAGINI DI FORZA, DI LIBERTÀ, DI VELOCITÀ; ALLA NATURA CON I SUOI SCHEMI E RITMI RASSICURANTI;
- È UN ANIMALE CHE È SEMPRE STATO A FIANCO DELL'UOMO NELLA SUA STORIA MILLENARIA: COMPAGNO DI LAVORO, DI BATTAGLIA, DI CACCIA, MEZZO DI TRASPORTO, DI DIVERTIMENTO E SPORT.

CAVALCARE PER CURARSI: IPPOCRATE

- L'utilizzo del cavallo a fini terapeutici risale a molti secoli orsono
- 3.000 anni a.c. i **MAESTRI ITTITI** facevano un uso generale della disciplina equestre in pedagogia
- La prima vera utilizzazione del cavallo a scopo terapeutico viene attribuita ad **IPPOCRATE DI COO** che tra il quinto e quarto secolo avanti Cristo pare la consigliasse ai suoi pazienti per la cura dell'insonnia nel suo *"Libro delle diete"*
- **ASCEPIADE DI PRUSIA** (124-40 a.c.) *"Il moto a cavallo"* per l'epilessia e le paralisi.
- **SCIENZA ARABA**: descrizione dei benefici legati all'attività equestre.

CAVALCARE PER CURARSI: MERCURIALE

- **GIROLAMO MERCURIALE 1569**
nel "De Arte Gymnastica"
riferisce che l' equitazione non esercita solo il corpo ma anche i sensi e quindi la mente.
- **“Il cavallo: animale sociale e terapeuta“**

LA RIABILITAZIONE EQUESTRE

- L'effetto terapeutico della moderna **RIABILITAZIONE EQUESTRE** si basa sul particolare rapporto dialettico che si instaura tra il soggetto ed il cavallo, fondato su un linguaggio prettamente motorio, ricco di sensazioni piacevoli e rassicuranti, le **“carezze”** estremamente coinvolgenti sotto il profilo emotivo, fisico, affettivo.



IL DILEMMA

- A che punto posso considerarmi “guarito”?
- A che punto sono ritornato “normale”?



LA SALUTE MENTALE: IL CAVALLO COME TERAPIA

LA SALUTE MENTALE

- La salute è una condizione di cui si ha un'esperienza quasi inconsapevole: sembra coincidere con il fluire stesso della vita. La malattia, come agente che interferisce con questo fluire, sembra svelarla come condizione perduta.
- Proprio per questa ragione dare una definizione di salute non risulta semplice.
- Ci si può accontentare di dire, seguendo il senso comune, che la salute è la condizione di assenza di malattia: malattia che si disvela nel negare la salute.

QUALE NORMALITA'?

- In campo psichico, allora, la salute mentale dovrebbe corrispondere all'assenza di sofferenza e di comportamenti anomali.
- Ma introducendo il termine di anormalità e l'idea di confronto stiamo in realtà cambiando la domanda: non più cos'è la salute, ma cos'è la normalità.

QUALE SALUTE?

- I criteri di normalità sono utili ai fini operativi della clinica: è inevitabile avere una precisa idea di normalità quando si prospetta un lavoro terapeutico.
- Ma definire cos'è la normalità non coincide con il dire cos'è la salute, proprio perché la necessità di stabilire dei parametri ci allontana dalla possibilità di avere un approccio concettuale



QUALE BENESSERE? FISICO, PSICHICO E SOCIALE

La medicina moderna orienta sempre più i suoi sforzi verso un'azione che non sia soltanto curativa, ma anche preventiva delle malattie.

L'OMS ha definito la salute come

"stato di completo benessere fisico, psichico e sociale"
e lo ha stabilito come obiettivo da perseguire per ogni individuo.

QUALE MEDICINA?

- Ma in campo psichiatrico, molto spesso, la cura e la difesa della salute mentale sono state interpretate come necessità di mantenimento dell'ordine sociale: concetto, quindi, più legato al benessere della società che a quello del singolo individuo.
- **MEDICINA DIFENSIVA** della società
MEDICINA OFFENSIVA dell'individuo

QUALE PSICHIATRIA?

- In origine il malato di mente, come il malato di colera o di peste, sembra minare la salute complessiva della società e a partire da questo se ne reclama l'allontanamento, l'internamento: la salute è una questione che non riguarda l'individuo ma la comunità nel suo insieme; l'individuo, come parte malata, va allontanato nella salvaguardia del benessere generale.
- Il folle ha da sempre suscitato l'interesse di chi si è occupato dell'uomo, sia in veste di medico che di filosofo.

IPPOCRATE

- Ippocrate nel V secolo a.C. considerava la follia una malattia del cervello, contrariamente alla comune credenza che il folle non fosse altro che un indemoniato.
- Già Ippocrate, quindi, poneva le basi del dibattito che si svilupperà nei secoli successivi sull'origine esogena od endogena della malattia mentale.

IL PROBLEMA SALUTE-MALATTIA

- Il problema salute-malattia assume, nella sfera della salute mentale, un significato diverso da quello che ha nelle altre specialità mediche, venendo a convergere elementi di natura molto diversa: biologici, sociali, esistenziali.
- Al di là delle differenze e delle conseguenze terapeutiche che ne derivano, il dato da rilevare è che finalmente l'individuo viene posto al centro dell'interesse; soprattutto sul versante psicoanalitico il problema viene affrontato in una chiave interpretativa che separa l'idea di **malattia** da quella di **colpa** (e quindi quella di **terapia** da quella di **espiazione -reclusione**).

IL CAVALLO COME TERAPIA

- Nella psichiatria si è andato sempre più affermando il concetto della salute mentale come condizione da salvaguardare e da recuperare: *la malattia non come destino da accettare, ma come contingenza da superare.*
- Questo è l'ambito nel quale la riabilitazione equestre - così come il laboratorio teatrale - o altre metodologie medico/psichiatriche diventano parte integrante del percorso di prevenzione e di cura della salute mentale.



LA FORMAZIONE: ISTRUZIONI PER L'USO

R.E. INDICAZIONI CLINICHE

- Le indicazioni cliniche della riabilitazione equestre possono essere utilizzate in campi della medicina anche molto diversi tra loro:
 - **campo neurologico**
 - **campo psichiatrico**
 - **campo ortopedico-traumatologico**
- Esistono anche delle controindicazioni alla riabilitazione equestre che vanno valutate nel singolo caso, sia come patologia associata, sia come grado o livello della malattia principale.

R.E. indicazioni sociali

- La riabilitazione equestre seppur mirata a rimediare in qualche modo a deficit settoriali deve assolutamente tener conto degli aspetti sociali senza perder di vista quelli che sono gli obiettivi principali di un iter riabilitativo e cioè:
 - la cura delle necessità fisiologiche principali,
 - il raggiungimento della maggiore autonomia possibile,
 - l'inserimento o reinserimento in un sano contesto di vita sociale, fatto di lavoro, di sport e attività ricreative, di relazioni sociali e affettive attività ricreative

R.E. ISTRUZIONI PER L'USO

- A) La riabilitazione equestre non va mai considerata come una tecnica terapeutica alternativa a quelle tradizionali, ma come una metodica definita, programmata ed inserita all'interno di un più ampio progetto riabilitativo personalizzato.
- B) E' sempre necessario il coinvolgimento attivo della famiglia del disabile, delle reti sociali primarie.
- C) La scelta del tipo di cavallo da utilizzare deve tener conto di particolari requisiti attitudinali e morfologici, nonché di un adeguata preparazione iniziale e di un continuo aggiornamento successivo.

R.E. ISTRUZIONI PER L'USO

D) Il programma riabilitativo deve essere preparato, monitorizzato e periodicamente verificato in rapporto agli obiettivi prefissati, con un approccio multidisciplinare che prevede figure specialistiche eterogenee con esperienza e competenze, se pur in misura diversa, sia nel campo della riabilitazione che in quello della equitazione:

medici specialisti, terapeuti della riabilitazione, istruttori di equitazione, operatori socio-sanitari, volontari specificatamente preparati, veterinari.



L'importanza della formazione strutturata nel personale sanitario

- Tutti questi operatori vanno formate al fine ottenere le massime competenze sia dal punto di vista clinico che da quello tecnico-equestre.

L'importanza della formazione strutturata nel personale sanitario

- Un percorso riabilitativo nel settore equestre consente ai pazienti:
 - di diminuire le giornate di ricovero
 - di poter diminuire la terapia farmacologica
 - ma soprattutto di poter acquisire competenze utilizzabili per un miglior inserimento sociale e familiare e nella migliore delle ipotesi anche per un futuro inserimento lavorativo.



PROGRAMMI DI FORMAZIONE

- Percorsi di studio articolati secondo i parametri internazionali per le diverse figure professionali nell'ottica dell'integrazione sociale, del reinserimento lavorativo e del miglioramento oggettivo della malattia, con conseguente diminuzione dei giorni di ricovero e minore necessità di assistenza globale al paziente

FINALITÀ DELLA FORMAZIONE

- a) formare personale altamente specializzato dal punto di vista tecnico equestre-riabilitativo con specifiche competenze per la riabilitazione equestre nel settore psichiatrico;
- b) formare nello specifico settore della R.E. gli operatori dei servizi di salute mentale (infermieri, tecnici della riabilitazione psichiatrica, assistenti sociali, psicomotricisti, terapeuti occupazionali,...
- c) formare personale specializzato nella gestione etica del cavallo impiegato in attività equestri con particolare attenzione all'equitazione naturale ed all'approccio etologico per la salvaguardia dello stato di benessere del cavallo.

Alcune proposte formative

- MASTER universitario in Riabilitazione Equestre
Università Torino – SUISM – Centro del Cavallo
- Corso in R.E. in psichiatria. Approccio tecnico e clinico
Gruppo Fipes – Etika (per psichiatri e tecnici della
riabilitazione psichiatrica)
- Corso in Etologia comportamentale ed horsemanship
nella pratica veterinaria (per veterinari)

UN “FARMACO VIVENTE”

- **La riabilitazione equestre – nelle sue diverse forme – ha ampi campi di applicazione tra le tecniche riabilitative psico-fisiche.**
- **Rispetto alle metodologie più “tradizionali” ha una marcia in più: il fatto cioè che lo strumento terapeutico vero e proprio sia costituito da un essere vivente, il cavallo.**

UNA RELAZIONE SIMBOLICA, FISICA E AFFETTIVA

- **Il soggetto disabile sia fisico che psichico riesce a stabilire con facilità una RELAZIONE AFFETTIVA con il cavallo; il cavallo diventa un mezzo per comprendere e trasmettere al mondo esterno le proprie emozioni**
- **Il cavallo diventa un mezzo di ESPRESSIONE CORPOREA, capace di far vivere esperienze nello spazio e nel tempo a chi queste esperienze non è in grado di gestirle e viverle autonomamente.**
- **La relazione, simbolica e non, con l'animale permette un contatto più profondo con i propri confini corporei e fa in modo che si riesca a stabilire una distanza – che nelle patologie psichiatriche è essenziale - tra il Sé e l'altro da Sé.**



IL MOTTO DELLA R.E.

**Cavalcare
trasforma**

il *vorrei* in *posso*

IL PERCORSO RIABILITATIVO EQUESTRE IN PSICHIATRIA



GRAZIE PER L'ATTENZIONE

terzocentro@iol.it



www.terzocentro.it

Scuola di Psicoterapia Cognitiva

APC - SPC, Roma

Cognizione e Metacognizione nella

Schizofrenia

Raffaele Popolo

Terzo Centro di Psicoterapia Cognitiva, Via Ravenna 9/c, 00161 Roma

Di cosa parliamo...

- Le funzioni cognitive
- Le funzioni metacognitive
- Esiste un collegamento tra funzioni cognitive e metacognitive?
- Discussione



John M Kane, Thomas H Mc Glashan
TREATMENT OF SCHIZOPHRENIA
The Lancet (1995) 346: 820-825

...La maggior parte dei pazienti migliora con i trattamenti farmacologici ma si dibatte con deficit persistenti in domini come attenzione, concentrazione, memoria a breve termine, motivazione, capacità di pianificazione e di decisione, capacità di provare piacere, capacità empatica, capacità di mantenere comportamenti finalizzati...

...Questi pazienti spesso mostrano disabilità croniche nella cura di se, relazioni sociali, lavoro. Sono di solito disoccupati, socialmente isolati, e dipendenti dalle famiglie e dai servizi pubblici....

How Should *DSM-V* Criteria for Schizophrenia Include Cognitive Impairment?

Richard S. E. Keefe^{1,2} and Wayne S. Fenton³

Key words: schizophrenia/cognition/diagnosis

²Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, Duke University Medical Center, Box 3270, Durham, NC 27710;

³Division of Adult Translational Research, National Institute of Mental Health

Introduction

Neurocognitive impairment is considered a core component of schizophrenia and is increasingly under investigation as a potential treatment target. On average, cognitive impairment is severe to moderately severe compared with healthy controls, and almost all patients with schizophrenia demonstrate cognitive decrements compared with their expected level if they had not developed the illness. Compared with patients with affective disorders, cognitive impairment in schizophrenia appears earlier, is more severe, and tends to be more independent of clinical symptoms. While the *Di-*

Funzioni cognitive e psicosi

- I deficit cognitivi potrebbero rappresentare l'elemento fisiopatologico centrale del disturbo schizofrenico poiché appaiono precocemente nel suo decorso (Hoff A.L. et al., 1992; Bilder R.M. et al., 1992; Saykin A.J. et al., 1994; Nuechterlein K.H. et al., 1995; Centis et al., 1997; Mohamed S. et al., 1999) e non possono essere interamente attribuiti alla cronicità, ai farmaci o ai sintomi positivi.
- Molti studi dimostrano l'associazione tra i deficit ed esiti peggiori in campo sociale e lavorativo (Green M.F., 1996).

Disfunzioni cognitive nella schizofrenia

- Deficit neuropsicologico generalizzato e diffuso
- Deficit neuropsicologici specifici
 - Apprendimento verbale e memoria
 - Velocità del processamento informazione (verbal fluency)
 - Working memory
 - Ragionamento e problem solving
 - Attenzione e vigilanza
 - Apprendimento visivo e memoria
 - Apprendimento sociale
- Deficit indipendenti dai sintomi psicotici

Criteria operativi di misurazione dei deficit cognitivi nel paziente schizofrenico in un contesto psichiatrico pubblico

Operative criteria for the measurement of schizophrenic patient cognitive deficits within a public operated psychiatric environment

ADRIANA BORRIELLO, ALESSANDRO DIONISI, CLAUDIO IANNUCCI, ANDREA BALBI

Dal Protocollo alle Linee Guida all'Intervento Riabilitativo.

Una esperienza del Gruppo di Valutazione e Riabilitazione Cognitiva del Dipartimento Salute Mentale - ASL Roma D

RIASSUNTO. **Introduzione.** Nella psichiatria pubblica, l'integrazione dei modelli di cura nei soggetti psicotici rende importante definire e valorizzare anche il contributo diagnostico e riabilitativo della neuropsicologia e delle sue tecniche derivate. **Metodo.** Nell'articolo sono descritte le procedure e gli algoritmi del Protocollo e delle Linee Guida su pazienti schizofrenici affetti da importanti deficit neurocognitivi, messe a punto nel DSM della Asl Roma D. Si illustra l'esperienza e la produzione del Gruppo di lavoro che ha visto il suo mandato ampliarsi nel tempo, via via che si sono accresciute conoscenze specifiche e protocolli diagnostici riguardo i deficit cognitivi dell'utenza psicotica. **Risultati.** Dalla definizione di un Protocollo diagnostico si giunge a quella di Linee Guida dipartimentali, contenenti una maggior integrazione con la rimanente attività psichiatrica e psicologica del DSM. **Conclusioni.** Un ulteriore sviluppo del mandato istituzionale ha visto il Gruppo impegnato nel fondare una attività riabilitativa neuropsicologica a favore dei soggetti psicotici in carico.

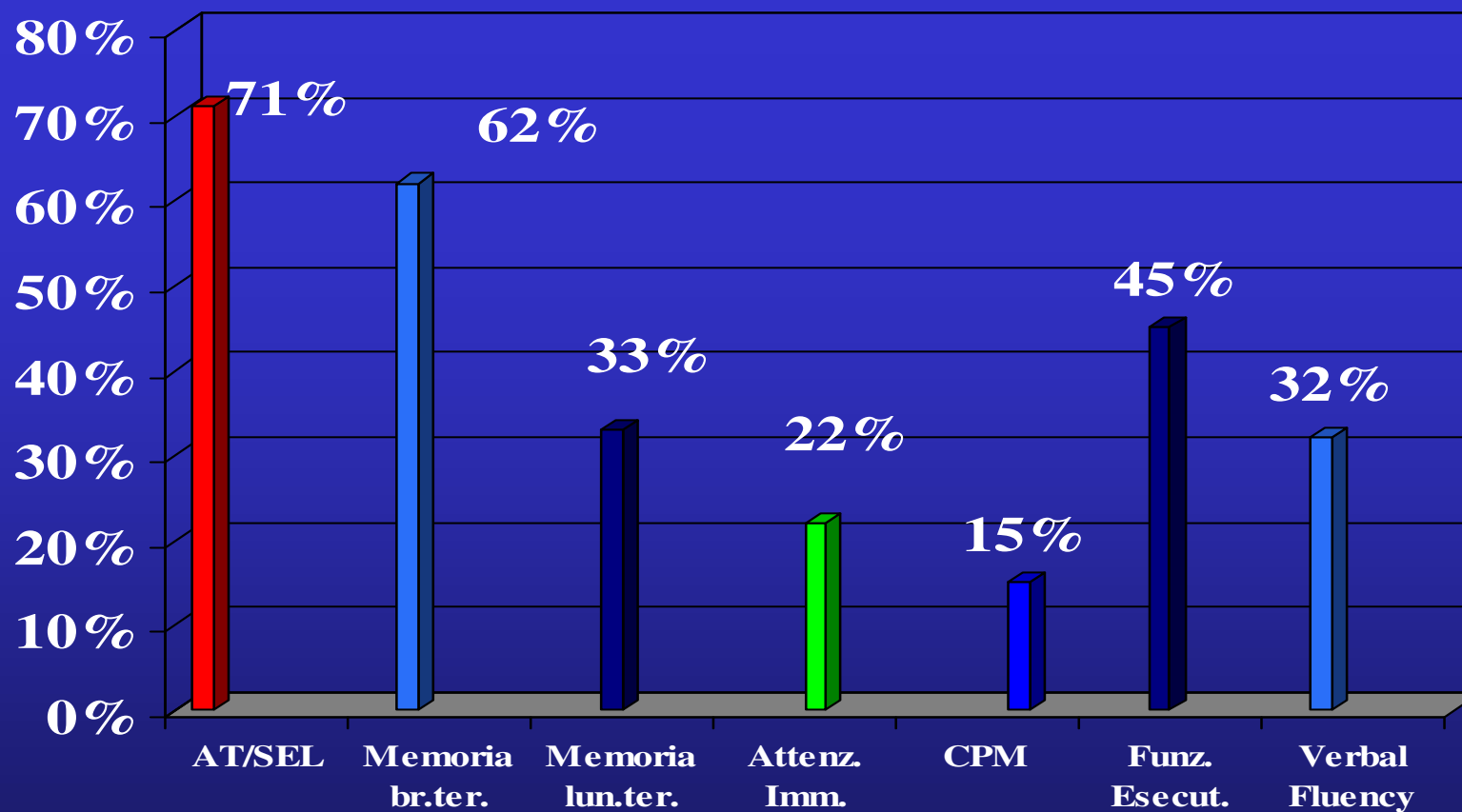
Protocollo sequenziale somministrato

(Gruppo di valutazione funzioni cognitive DSM RM/E, resp. A. Borriello)

- ATTENZIONE IMMEDIATA: **Digit Span avanti e indietro**
- ATTENZIONE SELETTIVA: **Matrici Attentive di Spinnler**
- ATTENZIONE DIVISA E SOSTENUTA: **Test di Stroop**
- ATTENZIONE TRAKING MENTALE: **Trail Making Test A+B**
- MEMORIA A BREVE TERMINE E A LUNGO TERMINE:
Lista delle 15 Parole di REY
- LINGUAGGIO: **F.A.S. (FLUENZA VERBALE FONEMICA)**
- ABILITA' LOGICO-OPERATIVE: **Matrici Progressive di Raven 1947**
- FLESSIBILITA COGNITIVA, PROBLEM SOLVING:
Wisconsin Card Sorting Test

Protocollo '99

Analisi dei Deficit Cognitivi su 85 pazienti



ORIGINAL ARTICLE

**Cognitive function, social functioning and quality of life
in first-episode psychosis: A 1-year longitudinal study**

RAFFAELE POPOLO¹, GIANCARLO VINCI² & ANDREA BALBI²

¹*Terzo Centro di Psicoterapia Cognitiva, Associazione di Psicologia Cognitiva (APC), via Ravenna 9/c, 00161, Rome, Italy,*

²*Roma/D Early Intervention in Psychosis Network, Rome, Italy*

Abstract

Objective. The majority of patients with schizophrenia have cognitive deficits early in the disease. We evaluated the relationship between cognitive function, social functioning and quality of life in patients with first-episode psychosis. *Methods.* This was a longitudinal study in 15 patients aged 18–30 years who had recently experienced a first psychotic episode and were treated with the atypical antipsychotic aripiprazole, cognitive-behavioural therapy, psycho-educational sessions, family supportive sessions and social interventions. Patients were evaluated at baseline and after 1 year. Cognitive assessment included attention, memory, language skills and problem solving. Social functioning, quality of life, and psychopathological evaluation were performed with validated tools. *Results.* At baseline, patients had a severe impairment of social functioning and a low quality of life, while a specific pattern of cognitive functions was not identified. After 1-year, we observed a significant improvement in social functioning and quality of life, without a significant decrease in cognitive function. *Conclusion.* Contrary to previous findings, we found that social functioning and quality of life are related, but independent of cognitive impairment. The use of antipsychotic agents that do not interfere with cognitive function plus psychological assistance is a valuable treatment approach in patients with first-episode schizophrenia.

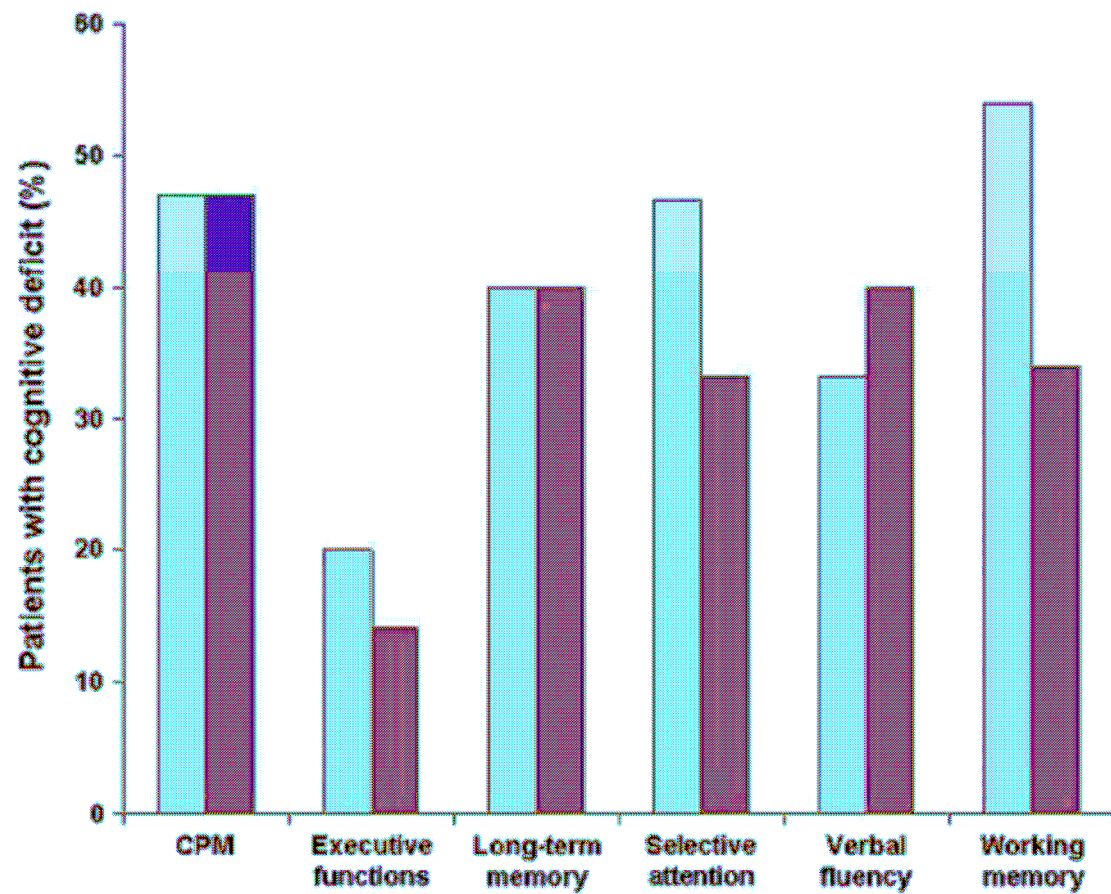


Figure 1. Percentage of patients with deficits in different cognitive function domains at baseline and 1 year. CPM, coloured progressive matrices.

Per riassumere

- I pazienti all'esordio sembrano presentare una minore compromissione delle funzioni cognitive rispetto a pazienti "cronici" (Addington & Addington, 2001). In particolare, le funzioni esecutive (WCST) sembrano essere preservate in diversi pazienti.
- All'inizio, circa metà dei pazienti hanno qualche deficit di memoria, attenzione e abilità logiche.
- La fluenza verbale è associata con maggiore incidenza di peggioramento e minore incidenza di miglioramento nel corso dello studio.
- Le funzioni esecutive sono le funzioni cognitive più stabili e sono correlate con la capacità di avere un ruolo attivo nella società.

“Un adeguato funzionamento nel mondo reale può avvenire anche in presenza di scarse capacità cognitive se la persona è in grado di avere consapevolezza delle proprie abilità.”

(Stratta, Bustini, Daneluzzo, Rossi, 2008)

Vivere la vita umana comporta necessariamente la capacità di ragionare attribuendo a sé ed agli altri stati mentali come

- Intenzioni
- Desideri
- Credenze

L'incapacità di riconoscere gli stati mentali e ragionare su di essi è dannosa per la vita del soggetto, contribuendo a generare sintomi e problemi interpersonali

(Frith, 1992; Dimaggio & Semerari, 2003; Bateman & Fonagy 2004)

Metacognizione

Per funzioni metacognitive ci riferiamo alle abilità che ci consentono di comprendere i fenomeni mentali e di operare su di essi per risolvere compiti e per padroneggiare stati problematici fonte di sofferenza soggettiva.

(Carcione e Falcone, 1999; Semerari et al. 2003; Carcione e Semerari, 2006)

Metacognizione nella schizofrenia

Diversi studi sono stati condotti con l'obiettivo di valutare il ruolo della metacognizione nella schizofrenia; questo a partire dalla considerazione che le disfunzioni metacognitive rappresentano un fattore generale di vulnerabilità per il disturbo psicologico.

I pazienti schizofrenici mostrano severe difficoltà nella mentalizzazione.

(Brune, 2005; Harrington e coll., 2005; Frith, 1992; Perris e Skagerlind, 1994; Lysaker, Carcione, Dimaggio et al. 2005; Lysaker, Dimaggio, Buck, Carcione & Nicolò, 2007)

Diversi sintomi della schizofrenia implicano un **fallimento dell'abilità a formulare inferenze plausibili sulle motivazioni altrui e sull'origine dei propri stati interni** (Frith, 1992).

Pazienti con schizofrenia hanno **difficoltà a definire le intenzioni degli altri** (Brune, 2005; Harrington et al, 2005) **e a comprendere che gli altri hanno pensieri e sentimenti non correlati a loro** (Nicolò & Nobile, 2003).

Un maggior livello di gravità sembra essere collegato con fallimenti nelle prove di Teoria della Mente, in modo particolare nel caso di deliri di persecuzione (Randall, Corcoran, Day & Bentall, 2003; Harrington et al., 2005) e sintomi negativi (Pickup & Frith, 2001).

“Theory of Mind” in Schizophrenia: A Review of the Literature

Martin Brüne

Send reprint requests to Dr. Martin Brüne, Center for Psychiatry and Psychotherapy, University of Bochum, Alexandrinenstr. 1–3, D-44791 Bochum, Germany; e-mail: Martin.Bruene@ruhr-uni-bochum.de.

The term *theory of mind* (ToM) refers to the capacity to infer one's own and other persons' mental states. A substantial body of research has highlighted the evolution of ToM in nonhuman primates, its emergence during human ontogeny, and impaired ToM in a variety of neuropsychiatric disorders, including schizophrenia. There is good empirical evidence that ToM is specifically impaired in schizophrenia and that many psychotic symptoms—for instance, delusions of alien control and persecution, the presence of thought and language disorganization, and other behavioral symptoms—may best be understood in light of a disturbed capacity in patients to relate their own intentions to executing behavior, and to monitor others' intentions. However, it is still under debate how an impaired ToM in schizophrenia is associated with other aspects of cognition, how the impairment fluctuates with acuity or chronicity of the schizophrenic disorder, and how this affects the patients' use of language and social behavior. In addition to these potential research areas, future studies may also address whether patients could benefit from cognitive training in this domain.

Keywords: Theory of mind/brain evolution/schizophrenia/linguistics/behavior/social competence

There may, however, be costs to having a highly developed ToM (Brüne 2001). In humans, for instance, ToM is apparently permanently “online,” such that other persons and sometimes even nonliving objects are continuously “screened” for their putative intentions. Thus, human ToM is inherently linked to the risk of making false conjectures about other people's intentions, for instance, by inferring “too much” or simply by overrating one's personal affectedness in a given social interaction. It is therefore crucial that every person who imputes mental states to others be able to crosscheck his or her inference against reality—that is, to interpret signals from the social environment supporting or refuting his or her assumption. Extract the *relevant* meaning from speech depends upon an intact ToM. To effectively use and interpret language, one usually has to go beyond the literal meaning of words and utterances on the basis of contextual information (Sperber and Wilson 1986, 2002). However, functional or structural disruption of the neural mechanisms underlying ToM may give rise to various types of psychopathology, including schizophrenia (Frith 1992; Brüne 2001).

In fact, impaired ToM has been described in a variety of neuropsychiatric disorders. The most extensive ToM studies have been carried out in autistic spectrum disorders (e.g., Baron-Cohen et al. 1985; Baron-Cohen 1995), in adult patients with frontal lobe damage (e.g., Rowe et al. 2001; Stuss et al. 2001), and in schizophrenia (overviews in Corcoran 2000; Brüne 2003a). Only recently has ToM research been extended to patients with frontotemporal dementia, Alzheimer's dementia or other dement-

“Theory of Mind” in Schizophrenia: A Review of the Literature

Martin Brüne

Send reprint requests to Dr. Martin Brüne, Center for
Psychiatry and Psychotherapy, University of Bochum

There may, however, be costs to having a highly devel-
oped ToM (Brüne 2001). In humans, for instance, ToM is
apparently permanently “online,” such that other persons

orders, including schizophrenia. There is good empirical evidence that ToM is specifically impaired in schizophrenia and that many psychotic symptoms—for instance, delusions of alien control and persecution, the presence of thought and language disorganization, and other behavioral symptoms—may best be understood in light of a disturbed capacity in patients to relate their own intentions to executing behavior, and to monitor others’ intentions. However, it is

is associated with other aspects of cognition, how the impairment fluctuates with acuity or chronicity of the schizophrenic disorder, and how this affects the patients’ use of language and social behavior. In addition to these potential research areas, future studies may also address whether patients could benefit from cognitive training in this domain.

Keywords: Theory of mind/brain evolution/
schizophrenia/linguistics/behavior/social competence

ogy, including schizophrenia (Frith 1992; Brüne 2001).

In fact, impaired ToM has been described in a variety of neuropsychiatric disorders. The most extensive ToM studies have been carried out in autistic spectrum disorders (e.g., Baron-Cohen et al. 1985; Baron-Cohen 1995), in adult patients with frontal lobe damage (e.g., Rowe et al. 2001; Stuss et al. 2001), and in schizophrenia (overviews in Corcoran 2000; Brüne 2003a). Only recently has ToM research been extended to patients with frontotemporal dementia, Alzheimer’s dementia or other dement-

Theory of mind in schizophrenia: A critical review

Leigh Harrington

Victoria University of Wellington, New Zealand

Richard J. Siegert

University of Otago, Wellington, New Zealand

John McClure

Victoria University of Wellington, New Zealand

Introduction. Frith's (1992) neuropsychological theory of schizophrenia posits a number of fundamental cognitive impairments underpinning the characteristic symptoms of this disorder. One of these is an impairment in the ability to correctly interpret and predict the mental states of other people, so-called theory of mind (ToM). There is already a substantial body of evidence that ToM is impaired in people with schizophrenia. Our aim was to critically review this literature.

Method. A narrative review of the research literature was completed. Electronic searches of both Medline and PsycInfo were conducted to locate relevant articles. The bibliographies of relevant articles were scrutinised and in some cases researchers were contacted directly.

Results. A total of 30 studies that all examined some aspect of ToM in people with schizophrenia were located. These were summarised and key issues on this topic were identified.

Conclusions. There is considerable evidence that ToM is impaired in people with schizophrenia. However, this is perhaps the only unequivocal finding on the topic to date. Issues that demand further clarification include: Is the deficit a state or a trait? How to measure ToM in schizophrenia research, and whether certain symptoms or groups of symptoms are associated with the ToM deficit. These issues are considered and the evidence evaluated. Some priorities for future research are suggested.

Theory of mind in schizophrenia: A critical review

Leigh Harrington

Victoria University of Wellington, New Zealand

Richard J. Siegert

University of Otago, Wellington, New Zealand

John McClure

Victoria University of Wellington, New Zealand

Introduction. Frith's (1992) neuropsychological theory of schizophrenia posits a number of fundamental cognitive impairments underpinning the characteristic symptoms of this disorder. One of these is an impairment in the ability to correctly interpret and predict the mental states of other people, so-called theory of mind (ToM). There is already a substantial body of evidence that ToM is impaired in people with schizophrenia. Our aim was to critically review this literature.

Method. A narrative review of the research literature was completed. Electronic searches of both Medline and PsycInfo were conducted to locate relevant articles. The bibliographies of relevant articles were scrutinised and in some cases

Conclusions. There is considerable evidence that ToM is impaired in people with schizophrenia. However, this is perhaps the only unequivocal finding on the topic to date. Issues that demand further clarification include: Is the deficit a state or a trait? How to measure ToM in schizophrenia research, and whether certain symptoms or groups of symptoms are associated with the ToM deficit. These

issues are considered and the evidence evaluated. Some promises for future research are suggested.

ORIGINAL PAPER

Yumiko Inoue · Kazuo Yamada · Masami Hirano · Manabu Shinohara ·
Toshio Tamaoki · Hironobu Iguchi · Yuji Tonooka · Shigenobu Kanba

Impairment of theory of mind in patients in remission following first episode of schizophrenia

■ **Abstract** The aim of this study was to investigate theory of mind (ToM) ability in patients in remission after the first episode of schizophrenia. A ToM task which contained four pictures was given to 30 patients with schizophrenia in remission and 30 matched healthy controls. Patients with schizophrenia in remission showed statistically significant impairment in the ToM tasks. ToM impairment was not correlated with psychiatric symptoms. Thus, ToM deficit in schizophrenia may be a trait marker.

Metacognizione

- idee e credenze in base alle quali vengono interpretati e valutati i contenuti e i processi mentali (Wells & Purdon 1999).
- Le funzioni metacognitive sono abilità che ci consentono di comprendere i fenomeni mentali e di operare su di essi per risolvere compiti e per padroneggiare stati problematici fonte di sofferenza soggettiva. (Carcione et al., 1997)

Metacognizione

Credenze meta-conoscitive disfunzionali sembrano essere implicate nella predisposizione, sviluppo e mantenimento delle allucinazioni (credenze negative di non controllabilità e pericolo, fiducia conoscitiva e credenze negative superstizione inclusa, punizione e responsabilità).

Strumenti utilizzati nelle ricerche per misurare la metacognizione

- Meta-Cognition Questionnaire (MCQ; Cartwright-Hatton & Wells, 1997)
- Thought Control Questionnaire (TCQ; Wells & Davies, 1994)
- Anxious Thoughts Inventory (AnTI; Wells, 1994)
- Meta-Cognition about Health Anxiety (MCHA; Bouman & Meijer, 1999)
- Meta-Memory Questionnaire (MMQ; Troyer & Rich, 2001)
- Meta-Worry Questionnaire (MWQ; Wells, 2005)

Strumenti utilizzati nelle ricerche per misurare la metacognizione

- Meta-Cognition Questionnaire (MCQ; Cartwright-Hatton & Wells, 1997)

L'MCQ è composto da 65 item che indagano le convinzioni dell'individuo circa le proprie rimuginazioni, gli atteggiamenti e i processi associati all'elaborazione cognitiva. L'analisi fattoriale ha rivelato i seguenti costrutti: credenze positive sulle preoccupazioni, convinzioni riguardanti la controllabilità, efficienza metacognitiva, convinzioni generali negative, auto-consapevolezza.

- Thought Control Questionnaire (TCQ; Wells & Davies, 1994).

Il TCQ misura la tendenza dell'individuo ad usare alcune strategie metacognitive per controllare pensieri fonte di sofferenza soggettiva. Le strategie investigate fanno riferimento a: la distrazione, il controllo sociale, la preoccupazione, la punizione e la rivalutazione.

MCQ: es. di domande

Metacognition questionnaire

Ideato da Sam Cartwright e Adrian Wells

Questo questionario riguarda le credenze che le persone hanno circa i loro pensieri. Di seguito vengono elencati un certo numero di credenze che gli individui solitamente esprimono. Legga attentamente ogni affermazione e dimostri quanto in generale si trova d'accordo con essa, cerchiando il numero appropriato riportato a fianco. Risponda per cortesia a tutte le affermazioni, non esistono risposte giuste o sbagliate.

Sesso _____ Età _____

	<i>Non sono d'accordo</i>	<i>Sono in parte d'accordo</i>	<i>Sono abbastanza d'accordo</i>	<i>Sono completamente d'accordo</i>
1. Rimuginare mi aiuta a evitare problemi nel futuro.	1	2	3	4
2. Il fatto di rimuginare è per me dannoso.	1	2	3	4
3. Faccio fatica a capire se ho fatto davvero qualcosa o se ho solo immaginato di farlo.	1	2	3	4
4. Mi soffermo molto sui miei pensieri.	1	2	3	4
5. Rischio di ammalarmi a causa delle mie rimuginazioni.	1	2	3	4

MCQ: i fattori

* Domande con punteggio invertito.

1 = Credenze positive sulle preoccupazioni

2 = Convinzioni riguardanti la controllabilità

3 = Efficienza metacognitiva

4 = Convinzioni generali negative (incluse responsabilità e superstizione)

5 = Autocoscienza

Per riassumere

- I pazienti psicotici con allucinazioni uditive tendevano a mostrare alti livelli di convinzioni metacognitive disfunzionali, punteggi più alti nelle idee positive sulla preoccupazione, idee negative sulla non controllabilità e sul pericolo, sull'efficienza cognitiva e sulle idee negative comprese superstizione, punizione e responsabilità.

(Morrison & Weels, 2003; Cangas et al., 2005; Lobban et al., 2002)

- I pazienti con diagnosi di disturbo psicotico e quelli a rischio ottenevano un punteggio più alto nelle convinzioni metacognitive rispetto ai non pazienti. Pazienti psicotici mostravano delle convinzioni metacognitive positive maggiori rispetto ai pazienti a rischio.

(Morrison et al., 2007)

Autoriflessività	Comprensione della Mente Altrui	Mastery
REQUISITI BASICI		REQUISITI BASICI
MONITORAGGIO	MONITORAGGIO	STRATEGIE DI I LIVELLO
<i>Identificazione cognitiva</i>	<i>Identificazione cognitiva</i>	STRATEGIE DI II LIVELLO
<i>Identificazioni emotiva</i>	<i>Identificazioni emotiva</i>	STRATEGIE DI III LIVELLO
<i>Relazione tra variabili</i>	<i>Relazione tra variabili</i>	
DIFFERENZIAZIONE	DECENTRAMENTO	
INTEGRAZIONE		

Semerari A. et. Al. (2003). How to evaluate metacognitive functioning in psychotherapy? The Metacognition Assessment Scale and its applications. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 10, 238-261.

Carcione A. et al. (2008) An intensive case analysis of client metacognition in a good outcome psychotherapy: Lisa's case. *Psychotherapy Research*, in press

Allucinazioni

Ipotizziamo che le allucinazioni uditive possano essere associate a disfunzioni di:

- la capacità di percepire sé stesso come una persona con una vita mentale autonoma e aver accesso a importanti informazioni sui propri stati mentali (malfunzionamento dei requisiti basici)
- La capacità di distinguere tra le proprie rappresentazioni interne e la realtà esterna (malfunzionamento della differenziazione)

Vulnerable self, poor understanding of others' mind, threat anticipation and cognitive biases trigger delusional experience in schizophrenia: a theoretical model.

Giampaolo Salvatore, Paul H. Lysaker, Michele Procacci, Antonino Carcione, Giuseppe Nicolò, Raffaele Popolo & Giancarlo Dimaggio

Abstract

Persecutory delusions represent the most common form of delusions found in schizophrenia. Models of the etiology of these delusions based solely upon Theory of Mind, cognitive biases or the anticipation of threat do not provide convincing reasons for why these delusions develop in an individual as they in part neglect the role emotional and interpersonal variables play in triggering these delusions in the acute phase of schizophrenia. In this work we propose that persecutory delusion are triggered during stressful inter-subjective transactions by a combination of factors including: a) an alteration in empathetic perspective-taking and in the pragmatic understanding of others' minds; b) a perception/representation of the self as vulnerable and inadequate and of the other as dominant and threatening; and c) a hyper-functioning of the safety system when faced with perceived threat. We moreover hypothesize that delusion explains others' intentions simply and heuristically, thus reducing the unbearable sense of confusion persons with schizophrenia experience while interacting with others. We lastly suggest questions for future research.

(Submitted)

Delirio paranoideo

Ipotizziamo che il delirio paranoideo possa essere associato a disfunzioni di:

- mancata lettura dei segnali comunicativi dell'altro (comunicazione verbale, segnali convenzionali, segnali espressivo-mimici connessi con emozioni, ecc.) (disfunzione nella simulazione)
- selezione rigida della stessa rappresentazione al fine di semplificare la comprensione dei fenomeni (malfunzionamento della differenziazione)
- mancata comprensione della mente dell'altro e degli eventi in corso (malfunzionamento del decentramento)

Deficits in mindreading in stressful contexts and their relationships to social withdrawal in schizophrenia

Giampaolo Salvatore, MD
Giancarlo Dimaggio, MD
Raffaele Popolo, MD
Paul H. Lysaker, PhD

Patients with schizophrenia are commonly observed to socially withdraw and also to have difficulty forming representations of what other people feel, think, and intend. Yet it is unclear whether these two dysfunctions are related to one another. To address this issue, the authors offer two case analyses and hypothesize that difficulties knowing the thoughts and feelings of others are correlated with unpleasant emotional arousal, are more intense during certain interpersonal interactions, and can generate social withdrawal. (Bulletin of the Menninger Clinic, 72[3], 189-207)

Ritiro sociale

Ipotizziamo che il ritiro sociale possa essere associato a disfunzioni di:

- capacità di produrre rappresentazioni efficaci di ciò che gli altri sentono, pensano ed intendono; compiere operazioni cognitive euristiche sul funzionamento mentale degli altri, abbandonando la propria prospettiva soggettiva (malfunzionamento del decentramento-differenziazione)
- il malfunzionamento metacognitivo è correlato ad emozioni spiacevoli ed è più grave nel corso di determinate relazioni interpersonali: l'unica strategia di coping è il ritiro dalla situazione problematica (malfunzionamento mastery)

Per riassumere

I sintomi psicotici sono associati ad un fallimento delle funzioni metacognitive.

Nei **fenomeni allucinatori** è presente il fallimento delle sottofunzioni metacognitive autoriflessive **Requisiti Basici** e **Differenziazione**.

Nel **delirio**, è presente una compromissione della sottofunzione autoriflessiva **Differenziazione** e del **Decentramento**.

Il **ritiro sociale** segue il fallimento delle strategie di **Mastery**; questo per una difficoltà nella comprensione della mente altrui nelle relazioni (**Decentramento** e **Differenziazione**).

Per riassumere

- Il ruolo dei malfunzionamenti metacognitivi appare evidente nella pratica clinica con i pazienti psicotici.
- Mentre il legame tra disfunzioni metacognitive e maggiore severità della psicopatologia emerge chiaramente, meno chiara è l'associazione tra metacognizione, altre capacità neurocognitive e specifici sintomi.

Per riassumere

- Associazione tra metacognizione e altre capacità neurocognitive come attenzione, memoria e intelligenza (Brune, 2003).
- Metacognizione e neurocognizione possono essere correlate, ma le performance ai test neurocognitivi non spiegano pienamente le disfunzioni metacognitive (Roncone et al., 2002).



ELSEVIER

Available online at www.sciencedirect.com

ScienceDirect

Schizophrenia Research xx (2007) xxx–xxx

SCHIZOPHRENIA
RESEARCH

www.elsevier.com/locate/schres

Metacognition within narratives of schizophrenia: Associations with multiple domains of neurocognition

Paul H. Lysaker^{a,*}, Giancarlo Dimaggio^b, Kelly D. Buck^c,
Antonino Carcione^b, Giuseppe Nicolò^b

^a *Roudebush VA Medical Center and the, Indiana University School of Medicine, Indianapolis Indiana*

^b *Terzo Centro di Psicoterapia Cognitiva, Associazione di Psicologia Cognitiva, Rome Italy*

^c *Roudebush VA Medical Center, Indiana*

Received 12 October 2006; received in revised form 16 February 2007; accepted 20 February 2007

ORIGINAL ARTICLE

Acta Psychiatrica Scand 2005; 112: 64–71

ACTA PSYCHIATRICA
SCANDINAVICA

Metacognition in Schizophrenia *Associations With Multiple Assessments of Executive Function*

Paul H. Lysaker, PhD,*†, Debbie M. Warman, PhD,‡, Giancarlo Dimaggio, MD,§,
Michele Procacci, MD,§, Valerie A. LaRocco, MA,‡, Laura K. Clark, MA,‡, Craig A. Dike, MA,‡,
and Giuseppe Nicolò, MD§

amidst narratives of self and
schizophrenia: associations with
, symptoms, insight and

G. Johannesen JK, Nicolò G,
tion amidst narratives of self and
s with neurocognition, symptoms,

71. © 2005 Blackwell Munksgaard.

**P. H. Lysaker¹, A. Carcione²,
G. Dimaggio², J. K. Johannesen³,
G. Nicolò², M. Procacci²,
A. Semerari²**

¹Roudebush VA Medical Center and the Psychiatry Department, Indiana University School of Medicine, Indianapolis, IN, ²Terzo Centro di Psicoterapia Cognitiva, Associazione di Psicologia Cognitiva, Rome, Italy and ³Department of Psychology, Indiana University Purdue University at Indianapolis, IN, USA

Key words: schizophrenia; metacognition; theory of mind; neurocognition; insight; psychosocial function; symptoms

Paul Lysaker PhD, Day Hospital 116H, 1481 West 10th Street, Roudebush VA Medical Center, Indianapolis, IN 46202, USA.

E-mail: plysaker@iupui.edu

Accepted for publication December 20, 2004

ry tasks of metacognition appear to be associated with symptoms, functioning, and neurocognition in schizophrenia. We sought to replicate these results in a study of metacognition within personal narratives of self and illness.

Method: Narratives of 61 men with schizophrenia were rated using the Metacognition Assessment Scale and correlated with concurrent assessment of symptoms, quality of life, neurocognition and insight.

Results: Controlling for age and education, understanding of one's own mind was linked with better neurocognition across multiple domains, and lesser emotional withdrawal. Greater understanding of other's mind was linked with better verbal memory and less emotional withdrawal. Greater metacognition in the context of purposeful problem solving was associated with better verbal memory, insight and social function, and less emotional withdrawal and paranoia.

Conclusion: Deficits in metacognition within the narratives of persons with schizophrenia are linked with symptoms, quality of life, neurocognition and poorer awareness of illness.

Riflessioni sui risultati

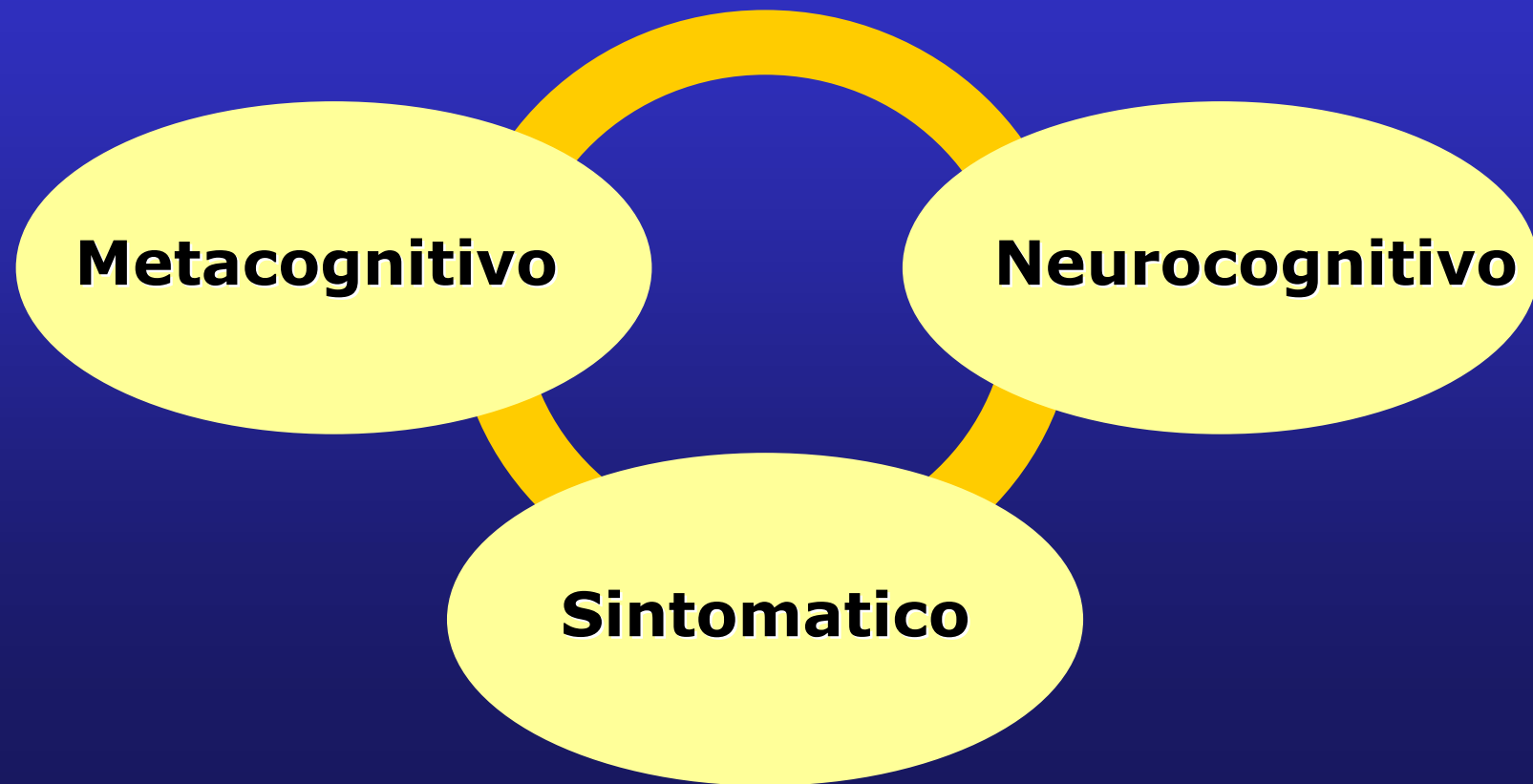
- **La memoria sembra essere positivamente correlata con la funzione metacognitiva dell'autoriflessività e comprensione della mente altrui.**
 - I deficit cognitivi apparirebbero indici predittivi dell'esito del trattamento, inteso anche come il miglioramento del funzionamento metacognitivo.
- **Vi è assenza di correlazione tra le funzioni esecutive misurate attraverso la WCST e le funzioni metacognitive.**
 - Pertanto la compromissione del funzionamento prefrontale, tipico nella schizofrenia, non ha alcun effetto sul profilo metacognitivo dei pazienti e si può stabilire che tali due funzioni siano totalmente distinte e indipendenti.
- **Gli item relativi alla sintomatologia (PANSS) sono correlati negativamente con il funzionamento metacognitivo**
 - I sintomi danneggiano la metacognizione e, viceversa, un buon funzionamento metacognitivo migliora i sintomi cognitivi

Riflessioni sui risultati

- Indubbia la correlazione tra neurocognizione e metacognizione
- Il miglioramento o peggioramento metacognitivo si riflette su quello neurocognitivo e viceversa
- L'attività progettuale e di articolazione visuo-motoria ha effetti sulla cognizione

Riflessioni sui risultati

I dati testimoniano la correlazione
tra diversi ambiti



Conclusioni

- Le relazioni tra capacità funzionali - intesa come diminuito coinvolgimento e significativa ridotta interazione in ambito sociale, lavorativo e relazionale - e cognitive, sono aspetti da considerare nella pratica clinica.
- La riduzione delle capacità funzionali può essere già presente nei soggetti a rischio di ammalarsi di schizofrenia e all'esordio del disturbo stesso.
- E' stata evidenziata un'associazione tra ridotte capacità funzionali ed alterazioni delle funzioni cognitive di tipo esecutivo.

Conclusioni

- Il riconoscimento del tipo di malfunzionamento cognitivo nella schizofrenia può indirizzare il progetto di intervento psicosociale. I deficit cognitivi sono sempre più visti come obiettivi potenziali del trattamento psicosociale e riabilitativo (costruire un contesto supportivo, identificare gli obiettivi e le aspirazioni del paziente, coinvolgere i familiari, sottolineare il reinserimento sociale, scolastico e lavorativo nella vita di comunità).

(Spaulding et al.; Whitehorn et al.)

Conclusioni

- Un ruolo progressivamente più rilevante hanno assunto negli ultimi anni le strategie di riabilitazione cognitiva che si sono dimostrate di significativa utilità, in pazienti schizofrenici in trattamento, nel migliorare non solo le funzioni cognitive ma anche le competenze sociali e il funzionamento personale.

Real-World Cognitive—and Metacognitive—Dysfunction in Schizophrenia: A New Approach for Measuring (and Remediating) More “Right Stuff”

Danny Koren^{1,2,3}, Larry J. Seidman²,
Morris Goldsmith³, and Phillip D. Harvey⁴

cognitive problems in real-life situations. In contrast to most common neuropsychological tests, there is no offi-

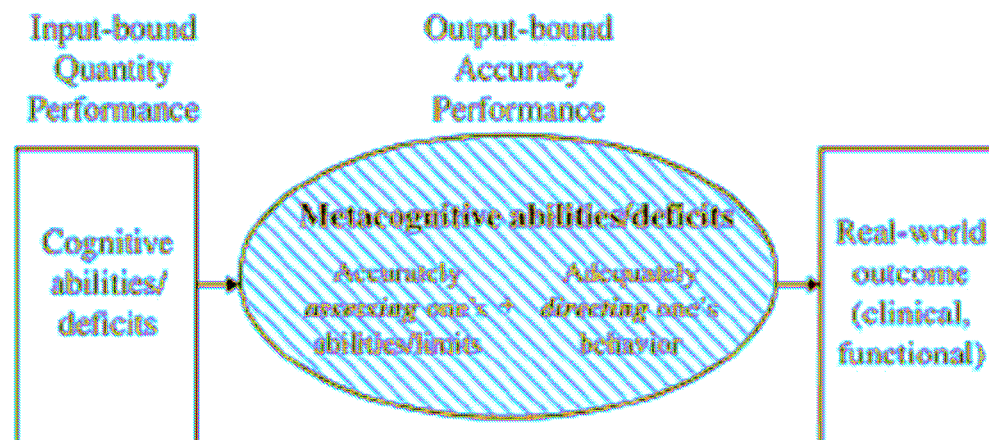
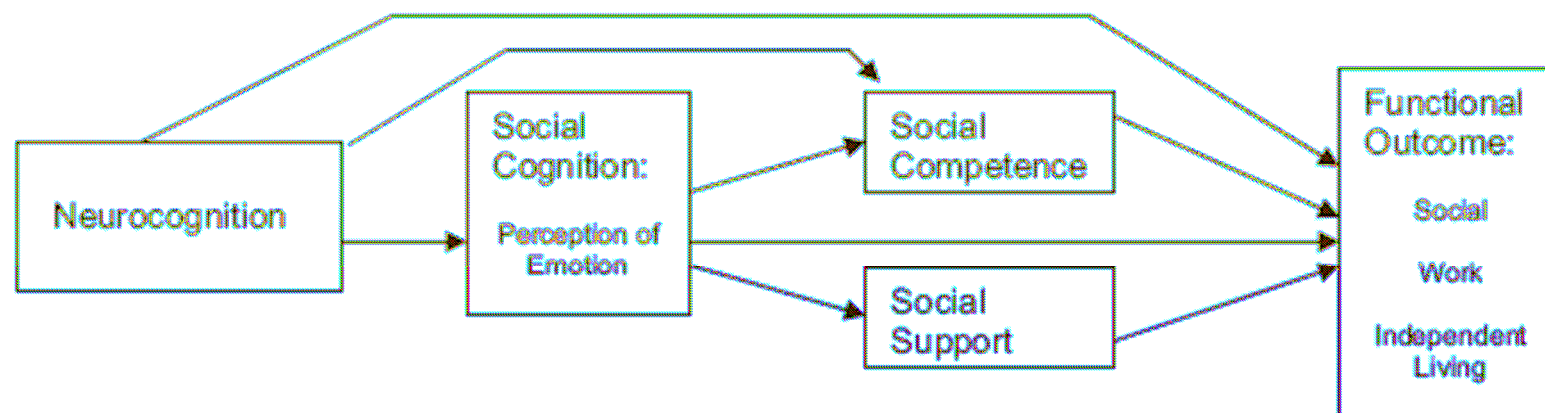


Fig. 1. Metacognitive Abilities Underlying Free-Response Output-Bound Accuracy Performance as Neglected Mediators Between Cognitive Performance and Real-World Performance.

Biosocial pathways to functional outcome in schizophrenia

John Brekke^{a,*}, Diane D. Kay^a, Kimmy S. Lee^b, Michael F. Green^c



Il malfunzionamento della *metacognizione* potrebbe rappresentare l'ostacolo unico alla completa remissione nella schizofrenia, indipendentemente dalle abilità neurocognitive considerate come ulteriore limite per il funzionamento psicosociale
(Green, 1995; Lysaker et al., 2005)

Conclusioni

“Oltre agli interventi destinati a diminuire i sintomi, a fornire un sostegno generale, ad aiutare nell’abbandono delle convinzioni maladattive, a gestire meglio la sua malattia e a riuscire in ruoli psicosociali specifici (es. lavoro o relazioni familiari), sarebbe una scommessa straordinaria cercare anche un modo per aiutare un individuo affetto da schizofrenia a rinforzare la sua capacità di metacognizione”.

(Lysaker & Buck, 2008)

*grazie per la
vostra attenzione!!!*



III CENTRO DI PSICOTERAPIA COGNITIVA

**Via Ravenna 9/c
ROMA**

www.terzocentro.it



Regione Lazio



AZIENDA USL RM F

Dipartimento di Salute Mentale
Direttore Dr. Daniele Sadun

IL PROGETTO PINDARO **Progetto di Eccellenza nella Riabilitazione Equestre in Psichiatria**

Dr. Stefano Seripa Dir. I° Liv. Psichiatra ASL RMF - CSM Ladispoli

Centro Universitario di Bertinoro (FC) 12 Febbraio 2010

Nell'attuale panorama della psichiatria risulta sempre più evidente la necessità di interventi precoci, di attività preventive mirate a giovani psicotici, agli esordi o comunque in fase non avanzata di malattia. Diventa inoltre cruciale, in senso prognostico, l'adozione di progetti che in maniera specifica siano mirati non solo ad interventi sulla disabilità, ma anche al reinserimento sociale e lavorativo, fondamentali strumenti di autonomia e libertà individuale. La ricerca clinica in psichiatria ha ripetutamente sottolineato l'importanza di interventi terapeutici precoci: la durata delle fasi d'esordio non trattate (DUP= duration of untreated psychosis) è stata correlata negativamente alla prognosi dei pazienti. Inoltre, si è evidenziato come forse ancor più che l'azione sulla sintomatologia positiva (deliri, allucinazioni, allentamento dei nessi associativi) la possibilità di intervento sulle disfunzionalità cognitive risulterebbe maggiormente rilevante ai fini di una effettiva guarigione o, almeno, ottimizzazione della qualità di vita e prognosi. Tra i disturbi cognitivi, particolare attenzione è stata rivolta alla memoria di lavoro ed alle capacità attentive ma soprattutto alla cognizione sociale e alla funzionalità meta-cognitiva: la capacità cioè di cogliere in senso adeguato e pronto il significato emotivo e relazionale di un contesto sociale e la capacità di effettuare ragionamenti sul pensiero dell'altro da sé.

Negli ultimi 20-30 anni l'Ippoterapia ha ampiamente dimostrato la sua efficacia in svariate patologie neuropsichiatriche, soprattutto dell'età evolutiva. Numerose sono inoltre le esperienze in settori particolari, quali ad esempio le patologie psichiatriche dell'adulto. Tali interventi, variamente definiti come "equine facilitated psychotherapy" (EFP), Riabilitazione Equestre Psichiatrica (REP), o Terapia per Mezzo del Cavallo (TMC) in Psichiatria, rappresentano uno strumento di notevole rilievo in questo ambito. Sfruttando le peculiari caratteristiche del rapporto tra cavallo e umano, all'interno di percorsi specifici di intervento relativi alle diverse aree del disfunzionamento (cognitivo, affettivo, motorio) tali interventi si sono dimostrati in grado di determinare un marcato miglioramento del livello di autonomia e benessere.

Nonostante tali evidenze tuttavia in campo strettamente psichiatrico la RE appare particolarmente carente sul piano dei dati "evidence based", o almeno di studi metodologicamente orientati in senso scientifico, e quindi quasi assenti sono studi pubblicati su riviste di alto impatto e più in generale sui modelli teorici di riferimento e correlati format operativi. Inoltre, anche se la RE ha già ottenuto alcuni importanti attestazioni normative in termini di riconoscimento del suo ruolo sanitario (Corte Costituzionale sent. N° 12 del 2004; 12° Commissione – Igiene e Sanità – 18/06/08) manca ancora quel riconoscimento che di fatto la introdurrebbe a pieno titolo nelle

routinarie attività terapeutico-riabilitative dei Servizi Sanitari: l'inserimento nei LEA (livelli essenziali di assistenza). Questo rende necessario oggi fare un passo in avanti in termini di rigorosità metodologica ed operativa per tutti quegli operatori che hanno interesse alla crescita professionale nel settore della RE in generale e della psichiatria in particolare.

. In linea molto generale possiamo comunque affermare che sul piano teorico l'effetto terapeutico della RE in psichiatria si baserebbe fundamentalmente su tre elementi distinti anche se altamente integrati tra loro:

- 1- aspetti sociali, relazionali, fattuali ed organizzativi
- 2- valenze simboliche della relazione
- 3- rapporto dialettico, comunicativo e relazionale tra cavallo e paziente

Il cavallo è un animale estremamente sensibile al dialogo tonico e non verbale, facilmente condizionabile, ma non è un oggetto inerte o passivo: possiede una spiccata e variegata personalità e la sua docilità è funzionale ad una corretta relazione comunicativa ed affettiva con il cavaliere, non rappresentando quindi una mera esecuzione fredda di compiti. Inoltre il movimento, il tipo di andatura, gli stimoli posturali e fasici che l'andar a cavallo impone al paziente (simulatore di passo) possiedono una spiccata azione di induzione al coordinamento motorio.

Gli aspetti simbolici amplificano il significato della relazione con l'animale: il suo movimento ritmico, ondulatorio, in qualche modo riporta al significato materno, di coccole ed accudimento. Ma al contempo l'animale con la sua energia, forza, velocità, possanza, riporta ad una figura più di tipo maschile, paterno.

Nella nostra ipotesi di lavoro, da una prospettiva cognitivista, la relazione comunicativa potrebbe rappresentare un elemento particolarmente significativo negli interventi di Riabilitazione Equestre in Psichiatria (REP). Il dialogo tra animale e paziente si basa fundamentalmente sulla costruzione di un linguaggio comune di tipo non verbale, motorio, gestuale, ricco di aspetti ed elementi sensoriali piacevoli e coinvolgenti da un punto di vista emotivo. E' inoltre una relazione di tipo fortemente simmetrico: non vi è cioè la tendenza alla ineluttabilità ed antropocentrismo del rapporto con animali d'affezione comuni ma deve invece essere costruita giorno per giorno, tramite la conoscenza reciproca, la fiducia, la condivisione. Necessita soprattutto del riuscire a pensare al cavallo in termini differenziali da noi: come essere pensante "non predatore", e quindi con priorità di bisogni, attribuzioni di significato e modalità di rapporto con l'ambiente, i conspecifici e gli umani differenti in quanto "predatori", più che per appartenenza di specie. Tale processo interverrebbe proprio su di un'area cognitiva specificatamente alterata, come detto in precedenza, nei disturbi dello spettro schizofrenico (metacognizione), consentendo quindi, almeno sul piano teorico, un lavoro riabilitativo specifico. E' poi noto come i pazienti psichiatrici abbiano una aspettativa di vita media inferiore di quasi un decennio rispetto alla popolazione generale, soprattutto in relazione al marcato aumento di rischio per fenomeni cardiovascolari, diabete, dismetabolismi, patologie respiratorie, obesità, etc.; qualunque intervento che comporti quindi, in maniera diretta e/o indiretta un positivo effetto sulle abitudini di vita (alimentazione, attività fisica, contatto con la natura, etc.) può rappresentare un modo per ridurre i rischi sanitari generali. Infine, non dobbiamo trascurare la necessità che l'"andare a cavallo" comporta in termini organizzativi e sociali, permettendo un intervento su molteplici aree interessate in genere da valenze riabilitative: autonomia ed autocoscienza, attenzione e memoria, bilanciamento tra pulsioni e controllo, autostima e senso del limite, capacità di programmazione, socialità e condivisione, etc..

Nel disegnare questo progetto di intervento abbiamo centrato la nostra attenzione sui seguenti obiettivi:

- rendere disponibile nel nostro territorio un intervento riabilitativo innovativo, che intervenisse come strumento aggiuntivo e non sovrapposto a quelli già in essere nella nostra struttura dipartimentale;

- confermare ed estendere le evidenze di efficacia della Riabilitazione Equestre nell'intervenire positivamente su più aree del disfunzionamento di soggetti giovani affetti da forme severe di disturbo psichiatrico, ivi comprese le alterazioni relative alla percezione della propria corporeità, del coordinamento motorio e della capacità di decodifica psicosensoriale, ma soprattutto della funzionalità meta cognitiva;

- ottenere dati attendibili sul piano scientifico a supporto della capacità di ridurre i costi assistenziali, sia in acuto (ricoveri ospedalieri e/o in Case di Cura Convenzionate) che nel lungo periodo (miglioramento della prognosi, della adattabilità sociale, riduzione della probabilità di assistenza pensionistica, etc.);

- sfruttare, (e quindi) valorizzare per l'insieme degli scopi sopra riportati le professionalità sanitarie ed artigianali proprie del contesto territoriale di riferimento;

- fare continua attenzione a criteri di appropriatezza e replicabilità, sia in senso clinico che organizzativo.

Il progetto si è potuto realizzare grazie al sostegno economico della **Fondazione CARICIV (Presidente Avv. Cacciaglia)** tramite i fondi del **Bando2008**, a quello organizzativo della Direzione della ASL e del **Dipartimento di Salute Mentale (Dir. Dr. D. Sadun)**. Altrettanto importante è stato il supporto dei Responsabili dei due CSM interessati (Dr.sse Celozzi e Falavolti) e la collaborazione e disponibilità del Responsabile del Centro Ippico sede del progetto Sig. Massimo Morra ("Natura e Cavallo", Tolfa). Per questo progetto abbiamo selezionato pazienti secondo i seguenti criteri:

- giovani, ambo sessi, in carico ai CSM, non impegnati in altri interventi riabilitativi per rifiuto, inadeguatezza dei protocolli del CD o con pregressi insuccessi in tali interventi;
- diagnosi dello Spettro Schizofrenico (ma anche esordi e/o quadri prodromici) con storia di malattia relativamente breve;
- assenza di concomitanti diagnosi di abuso di sostanze, ritardo mentale, epilessia, fobie specifiche per animali, altezza, assenza di patologie neurologiche ed ortopediche di rilievo;
- fase clinica non di acuzie ma con persistenza di importante livello di disabilità sociale e relazionale;

Per i pazienti arruolati è stata approntata una cartella clinica nella quale sono stati raccolti tutti i dati anamnestici rilevanti, le terapie in atto e gli obiettivi personalizzati nell'ambito delle finalità generali del progetto. Sono stati poi sottoposti ad una batteria psicometrica, da ripetersi a fine studio: BPRS, PANSS ad 8 Item (Remission Test), VGF, TCQ, Metacognition Questionnaire, Q-Les-Q. Nello scegliere i test da utilizzare abbiamo tenuto conto della necessità di strumenti agili, universalmente utilizzati nella letteratura specialistica e con versioni italiane validate, in grado di fornire misure quantitative e qualitative in termini psicopatologici generali (BPRS e PANSS), aspetti meta-cognitivi (TCQ e Metacognition Questionnaire) ma anche di dare indicazioni sulla qualità di vita ed il livello generale di funzionamento dei pazienti (VGF e Q-Les-Q). Abbiamo pertanto arruolato 6 pazienti (4 del Distretto F1 e 2 del F2) dei quali 2 affetti da Disturbo Schizoaffettivo, 3 da Disturbo Schizofrenico ed uno con un quadro sintomatologico definibile in termini prodromici. Di seguito riportiamo una tabella con alcune specifiche cliniche dei pazienti arruolati.

Paziente	Sesso	Età	Urgenze (24 mesi)	Ricoveri (24 mesi)	Problemi
1	M	27	Si	-	Marcato ritiro sociale; bassa autostima.
2	F	31	Si	1 (TSV)	Scarsa integrazione sociale; non autonomia lavorativa; bassa autostima.
3	F	28	Si	2 (TSV, CdC)	Scarso rapporto tra capacità personali (teoriche) e reale inserimento sociolavorativo.
4	M	41	Si	3 (2TSO, 1TSV)	Marcato ritiro sociale; rilevante discrasia tra livello culturale e grado di inserimento sociale e lavorativo; frequenti episodi acuti da perdita di "adherence".
5	M	34	No	-	Marcata dipendenza delle figure genitoriali; assente autonomia socio-lavorativa
6 (prodr)	M	21	Si	-	Marcato ritiro sociale; polifobie; non autonomia; incapacità sociale.

Il progetto ha avuto inizio, dopo la fase di selezione dei pazienti, con alcuni incontri finalizzati alla verifica della loro disponibilità ed interesse che ha occupato un arco temporale di circa tre mesi. Sono state fatte anche alcune giornate di approccio conoscitivo all'ambiente prima dell'inizio effettivo delle attività. In questi incontri sono stati mostrati video di attività equestri, esposti temi connessi all'etologia equina, alla vita del maneggio ed alla gestione in senso generale del cavallo. Sono stati inoltre esposti in dettaglio gli scopi del progetto, le metodologie ed è stato raccolto il consenso al trattamento. Le attività si sono svolte alla mattina, per un arco di circa 3 ore ad incontro, un incontro a settimana (28 incontri totali). Ad una prima fase comune di accudimento degli animali (30-40 min) nel corso della quale venivano fornite anche informazioni di mascalcia, veterinaria, selleria, etc., facevano seguito le attività in campo:

- 1) lezioni di equitazione in campo, a regime caratterizzate da tre riprese di circa 20 minuti ognuna. In sella, a ripresa, 2 pazienti ed 1 operatore seguiti dal Tecnico di Equitazione a sua volta supportato da 1 operatore specializzato (Psichiatra o Psicologo)
- 2) attività di gestione a terra del cavallo, con 1 paziente in tondino assieme ad un operatore o Tecnico specializzato ed 1 altro paziente in osservazione esterna (circa 20 minuti, divisi in riprese da 10 minuti a paziente)
- 3) osservazione attiva di quanto al punto 1) con 2 pazienti ed 1 operatore

La scelta di questa modalità di lavoro è stata funzionale alla necessità di contrastare la tendenza alla perdita di capacità attentive, già interessate negativamente dalla patologia psichica ma anche dall'uso delle terapie psicofarmacologiche. L'alternanza di momenti altamente differenziati ogni 20 minuti circa si è rivelata in grado di ottimizzare due necessità ipoteticamente antitetiche: una durata temporale idonea alla acquisizione tecnica e la tendenza al rapido decadimento delle capacità attentive. Queste fasi tecnico/addestrative (soprattutto la 2 e la 3) sono state continuamente sfruttate come contesti rispetto alle quali sollecitare nei pazienti valutazioni e considerazioni interpretativo/cognitive nei confronti del cavallo, dei suoi comportamenti ma anche delle relazioni umano/equino.

Terminata la fase addestrativa, veniva effettuato il governo finale alla mano del cavallo. In questa fase, oltre a ribadire e consolidare gli elementi emersi nel corso della giornata, venivano fornite ulteriori informazioni generali come nella fase di grooming iniziale. Inoltre, dopo le prime settimane di lavoro sono state introdotte delle riprese video, a volte analizzate assieme alla fine della giornata come ulteriore momento di confronto e valutazione, ma anche di acquisizione di maggiore autoconsapevolezza. Altro elemento introdotto nel corso del tempo è stato quello della "inversione dei ruoli": in alcune occasioni, sempre con la presenza e sotto le indicazioni del Tecnico FISE, ai pazienti è stato assegnato il compito di mettersi nei panni dell'Istruttore e quindi "curando" la tecnica equestre di altri pazienti e/o operatori presenti in quel momento in campo per le lezioni.

Nel nostro modello di intervento abbiamo utilizzato per le attività a terra esercizi ispirati a vari metodi correlati ai moderni concetti di equitazione dolce/etologica. E' auspicabile, al fine di redigere un modello operativo che sia replicabile e tale da consentire studi anche di tipo multicentrico, che si adottino "stili/metodi" di comunicazione e di equitazione, basati su criteri di non coercitività, comprensione etologica, comunicazione, e quindi ottica meta-cognitiva, integrati nei percorsi ludico-addestrativi e negli aspetti più strettamente tecnici delle attività equestri. Non dobbiamo in questo senso dimenticare o sottovalutare alcune esperienze nazionali, sia recenti che tradizionali, le quali, pur forse peccando sul piano della formalizzazione, ben corrispondono ai criteri sopramenzionati.

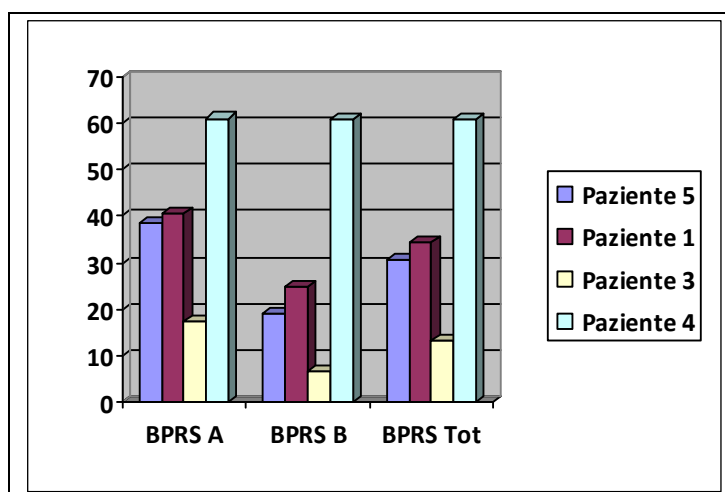
Il Progetto è di fatto terminato da circa due mesi e possiamo pertanto esporre alcuni dei principali risultati conseguiti. Nella tabella di seguito riportata spicca immediatamente il dato relativo all'annullamento delle giornate di ricovero, sia in acuto in SPDC che in Casa di Cura Convenzionata. Occorre precisare che nei 24 mesi antecedenti, ben il 60% dei pazienti arruolati (non considerando quello in fase prodromica, ovviamente) aveva avuto bisogno di ricovero, con una media (per il gruppo nel suo insieme) di 40 gg di ricovero in SPDC/anno e 20 gg di ricovero in CdC Convenzionata/anno. Considerando che la convenzione con la Regione Lazio paga i ricoveri in CdC circa € 120,00 a giornata e che un ricovero in SPDC ha un costo di almeno € 280,00 a giornata, il risparmio annuo è stato (per la sola voce "ricoveri") di oltre € 13.000,00. Senza considerare la riduzione di costi legata al venir meno degli accessi in urgenza ai CSM, il miglioramento della qualità di vita di pazienti e CareGiver, e la ricaduta positiva sui costi assistenziali generali anche futuri legata ai risultati clinici conseguiti.

Da sottolineare poi come dei due drop-out registrati, uno sia in realtà paradosso dato che l'allontanarsi dall'attività è stato voluto dai familiari in ragione di un tale livello di miglioramento sintomatologico e quindi nel funzionamento lavorativo da aver consentito un completo utilizzo del paziente come forza lavoro nell'impresa commerciale di famiglia e quindi un rifiuto degli stessi familiari a consentire al paziente il proseguimento delle attività.

Paz.	Urgenze	Ricoveri	Drop-out	Risultati Raggiunti/Problemi riscontrati
1	No	No	No	Rilevante miglioramento nella capacità relazionale. Aumento del livello di integrazione socio-lavorativa.
2	Si	No	Si	Scarsa capacità di superare un senso di inferiorità in termini comparativi al resto del gruppo.
3	No	No	No	Marcato incremento della progettualità personale e della capacità lavorativa. <u>Ipotesi di inserimento lavorativo in ambito equestre (Assistente di Maneggio).</u>
4	No	No	No	Netto aumento del livello di compliance ai trattamenti, con comparsa di rilevanti aspetti di consapevolezza critica. Parallelo miglioramento delle capacità di relazione e del livello di congruità progettuale lavorativa. <u>Progetto iniziale di inserimento lavorativo (Guida Turistica)</u>
5	No	No	No	Marcata riduzione della dipendenza. <u>Avviato inserimento lavorativo in ambito equestre (Artiere).</u>
6 (prodr)	No	No	No/Si	Miglioramento dell'autonomia, della capacità personali e lavorative e parallelo "drop-out" parziale indotto dai familiari.

Interessanti sono anche i risultati dei test di valutazione psicometrica. Trattandosi di un gruppo numericamente limitato e considerando la presenza di due drop-out, è stato possibile ovviamente effettuare solo uno studio di tipo descrittivo. Inoltre, la struttura fattoriale di alcuni test (TCQ ed MCQ) rendono assai complessa la loro valutazione, soprattutto in un gruppo numericamente limitato. In linea generale possiamo dire che nella screenatura di questi test abbiamo potuto rilevare la possibilità di un bias rilevante: la scarsa capacità di analisi introspettiva e di auto descrizione può facilmente portare in alcuni pazienti il risultato paradosso di un peggioramento dei punteggi in alcuni fattori, nonostante una percezione soggettiva ed oggettiva di marcato

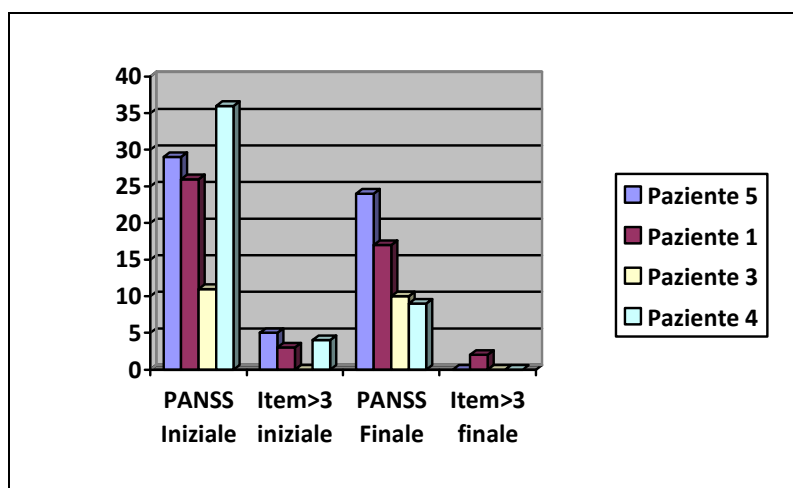
miglioramento complessivo. Nei grafici a seguire riportiamo invece i risultati delle variazioni della BPRS (Tab. 1) nei suoi valori parziali e totali, espressi in termini di variazioni percentuali (Finale vs Iniziale), di facile lettura ed immediata interpretazione.



Tab. 1 – I valori sono espressi in termini di variazione % tra inizio e fine studio

Da notare come siano tutte variazioni positive, e cioè i valori finali sono risultati minori di quelli di ingresso, ad indicare un'azione terapeutica documentata per tutti i pazienti. Interessante è anche il fatto che tali variazioni (quasi tutte superiori al 20%) sono emerse a carico di pazienti in realtà non in fase di acuzie. L'intervento progettuale è apparso quindi in grado di determinare anche un'azione di tipo terapeutico, con marcato riflesso positivo su dati di tipo psicopatologico generale nonostante ci si trovasse in una situazione clinicamente stabile. Da notare come l'azione sulla sintomatologia produttiva (allucinazioni, deliri, agitazione, etc – BPRS A) sia proporzionalmente maggiore di quanto emerso a carico della componente autistico-negativa (coartazione affettiva, disturbi cognitivi, etc. – BPRS B), in maniera tanto più evidente quanto minore è il livello di gravità psicopatologica generale, nin linea con quanto ampiamente documentato in letteratura: nocciolo duro della patologia schizofrenica sarebbe proprio la componente negativa e non le manifestazioni acute, eclatanti, più sensibili ai trattamenti terapeutici.

Anche i risultati delle variazioni della PANSS appaiono in linea con quanto sopra riportato (Tab. 2). Giova ricordare come la BPRS effettui una misura di tipo sostanzialmente quantitativa del malessere psicopatologico, mentre la PANSS (almeno nella forma di "remission test", ad 8 item) risulti efficace soprattutto come strumento di valutazione della entrata in remissione del paziente: la assenza di punteggi superiori a 3 a tutti gli 8 item della scala corrisponde alla entrata in remissione.



Tab. 2 – Valori della PANSS

Osserviamo come al termine dello studio ben 3 pazienti su 4 si trovino in condizioni di remissione sintomatologica, e questo in un tempo relativamente breve e su di un gruppo di pazienti altamente problematico, come documentato dai valori iniziali di BPRS e dal frequente ricorso ad ospedalizzazioni o comunque interventi residenziali negli anni antecedenti la loro inclusione nello studio. Questo risultato, affiancato al ricorso successivo a progetti di inserimento lavorativo supporterebbe una visione prognosticamente favorevole per questi pazienti, nonostante la severità dei disturbi presentati.

Più complessa la valutazione dei risultati espressi dai test metacognitivi e inerenti la qualità di vita: due pazienti hanno mostrato miglioramenti significativi soprattutto nei sottofattori 1 e 4 della TCQ ed 1, 2 e 5 della MCQ, uno risultati stabile, mentre l'ultimo un peggioramento (negli stessi sottofattori). L'item analisi di questo test ha comunque mostrato una evidente acquisizione di consapevolezza critica: il baseline appariva infatti irrealistico, con siglature estremizzate, mentre quello finale evidenziava una rilevante acquisizione di lettura interna, di capacità critica ed autocritica. Anche per tale ragione abbiamo pensato di introdurre la TAS 20 (Toronto Alexithymia Scale, versione a 20 item), proprio per valutare la eventuale modificazione di capacità di autolettura emozionale e quindi funzionare come "correttore di senso" per i punteggi dei due test metacognitivi. Altra modifica al protocollo sarà quella della sostituzione della Q-Les-Q con il test SF 36, sempre di valutazione di qualità di vita. Queste ultime due scelte sono state effettuate per poter rendere confrontabili i dati del nostro studio con quelli del lavoro (simile anche se non del tutto sovrapponibile) partito da alcuni mesi presso il Centro Internazionale del Cavallo (Druento-TO) in collaborazione con il DSM di Torino. Anche il loro protocollo testo logico è stato in parte modificato per la stessa ragione. Sempre sul piano testologico inoltre i prossimi studi vedranno una tempistica diversa nella siglatura dei test. Ai tempi iniziale e finale si aggiungerà (per i soli test di etero somministrazione, BPRS, PANSS e VGF) una siglatura di metà percorso.

E' ovvio che questi costituiscono dati iniziali, non definitivi né conclusivi, ma che necessitano di conferme attraverso studi più estensivi e, possibilmente, controllati. Cioè verificando l'efficacia differenziale tra questa ed altre modalità/contesti di intervento riabilitativo/terapeutico. In questa prospettiva, di assoluto rilievo è il fatto che la Federazione Italiana Sport Equestri (FISE) abbia adottato questo modello di intervento (con piccole differenze nel protocollo operativo e testo logico) per un progetto a livello nazionale che coinvolgerà Centri Ippici affiliati FISE nel corso del 2010. Tale progetto, **Progetto PINDARO** è stato approvato da parte del Direttivo della FISE ed ha in corso la fase di reclutamento dei Centri. Questi dovranno essere Centri Ippici FISE con sezione CRE e dovranno attenersi ad una metodologia di lavoro precisa al fine di poter congruamente utilizzare i dati ottenuti in termini cumulativi. Di seguito riportiamo uno schema delle modalità operative e della struttura degli interventi in campo.

CENTRI

Centri FISE con sezione di RE autorizzata. Presenza di figure professionali articolate, atte a configurare un lavoro di equipe. Alcune delle figure (es. Psichiatra) non è necessario che siano effettivamente collaboratori stabili del Centro, ma lo devono essere per quanto attiene al progetto specifico. Data anche la tipologia di pazienti, risulta quindi indispensabile che sussista una collaborazione stabile e/o convenzionamento e/o protocollo di intesa tra il Centro Ippico e le strutture invianti (preferibilmente il Dipartimento di Salute Mentale di competenza).

PAZIENTI

Giovani (preferibilmente sotto i 35 anni) ambosessi affetti da patologia Schizofrenica o Schizoaffettiva, compresi esordi (Disturbo Schizofreniforme) ed eventuali fasi prodromiche. Fase clinica non di acuzie e non cronica. Preferenza a soggetti che abbiano rifiutato, non siano adatti o

abbiano fallito nei protocolli riabilitativi standard del DSM. Tutti i pazienti dovranno firmare un consenso informato al trattamento (dati e clinico). Tutti dovranno possedere patente A/R. Di particolare valore ai fini del peso scientifico complessivo dello studio è il fatto che i servizi inviati individuino anche, per almeno 1/3 dei pazienti reclutati, soggetti “clone” di quelli in studio: cioè pazienti con dati demografici, sociali, diagnostici e di gravità assolutamente sovrapponibili a quelli di un altro paziente inviato ai percorsi di RE, ma incluso in altre forme progettuali. Questi dovranno essere valutati con la stessa batteria testologica ed i relativi dati inviati anch'essi ma con lettera finale del codice C (controllo) e non S (studio).

VALUTAZIONE

Tutti i Centri arruolati verranno forniti di una cartella clinica cartacea in cui saranno riportate le informazioni da avere ed i test da compilare. E' necessario che questi siano siglati (quelli di etero valutazione) dai medici referenti sui casi (stesso medico nelle varie valutazioni sul paziente) in tutti i momenti valutativi, e facendo strettamente riferimento ai criteri come definito dai manuali di siglatura dei test (che verranno anch'essi forniti assieme alla cartella clinica). Trattandosi di dati sensibili, dovranno essere gestiti secondo la normativa vigente ed in accordo con la ASL inviante. Ogni Centro avrà assegnato un codice numerico identificativo ed ogni paziente avrà un suo codice. In questa maniera la trasmissione dati periodica (tramite foglio elettronico anch'esso fornito ai Centri e quindi alla ASL di riferimento) avverrà in modo assolutamente anonimo.

MODELLO DI INTERVENTO

Pur comprendendo le notevoli differenze organizzative ed operative che possono esistere tra vari Centri Ippici, al fine di poter avere dati realmente paragonabili ed omogenei è necessario che lo stile ed il modello di intervento sia simile in tutti i centri. Le linee essenziali dell'intervento sono le seguenti:

- gruppo di 6 pazienti (possibile più di un gruppo; possibili gruppi meno numerosi ma non meno di 4 pazienti a gruppo);
- ampio spazio alle attività di governo alla mano, con utilizzo del contesto non solo per informazioni sugli aspetti pratici (pulizia, finimenti, etc.) ma anche e soprattutto per nozioni di etologia e comportamento equino. Si deve necessariamente cercare di sfruttare ogni momento per stimolare il paziente ad una identificazione comportamentale del cavallo sulla base delle nozioni apprese.
- attività a terra: ogni giorno (a parte la fase iniziale, le prime settimane di approccio) almeno 10-15 minuti di lavoro a terra con il cavallo finalizzato, come il punto precedente, non solo alla acquisizioni di competenze sulle varie modalità di lavoro, anche e soprattutto sulla comunicazione-relazione con il cavallo.
- attività in sella: corso di equitazione “classico” ma con obiettivo di performance correlato ad una crescita il più possibile omogenea del gruppo e non a specifici obiettivi equestri prefissati. Le lezioni dovranno essere divise in due o tre riprese al giorno di durata variabile dai 15 ai 30 minuti ognuna.
- Utile videoregistrazione delle sedute e confronto con i pazienti sulle stesse.
- Fasi pre e/o post incontro di lettura testi, visione filmati e confronto sulle attività.
- Marcata attenzione alle specifiche aree di interesse dei pazienti per eventuale successiva programmazione (da parte degli inviati) di percorsi individuali di formazione e/o inserimento lavorativo eventuali.

Nell'ambito dell'oramai prossimo evento di RomaCavalli contiamo di effettuare una giornata di “start-up” esecutivo del progetto.

Bibliografia essenziale di riferimento

- Ba G.: “Strumenti e Tecniche di Riabilitazione Psichiatrica e Psicosociale”. Ed. Franco Angeli (2003).
- Frascarelli M., Citterio N.D.: “Trattato di Riabilitazione Equestre”. Ed. Phoenix (2001).
- Lieberman R.P.: “La Riabilitazione Psichiatrica”. Ed. Raffaello Cortina (1997).
- Popolo R., Balbi A., Vinci G. (a cura di): “Early Psychosis: dalla Valutazione al Trattamento”. Ed. Alpes (2007).
- Edwards J., McGorry P.D. (a cura di Meneghelli e Cocchi): “Intervento Precoce nelle Psicosi”. Ed. Centro Scientifico (2004).
- Miller R.M. (a cura di Cappello S.): “I Misteri del Cavallo”. Ed. Luca Pensa (2008).

Per contatti e/o ulteriori informazioni:

Dr. Stefano Seripa

ASL RMF – CSM Ladispoli

Via Lazio, 50

00055 Ladispoli (RM)

06 96669979

347 3665360

stefano.seripa@libero.it

Il percorso riabilitativo integrato del paziente psichiatrico

**Franca Angelini
Bertinoro, 12-02-2010**

Percorsi riabilitativi del SSM di Forlì

- Centro Diurno, con l'attività teatrale
- percorsi di reinserimento lavorativo in collaborazione con gli Enti Locali e la rete del privato sociale (borse lavoro, percorsi professionalizzanti, progetti di inclusione tramite inserimento professionale in tirocinio e accompagnamento al lavoro, videoterapia, ecc.)

- Ricerche ed esperienze dimostrano che la riabilitazione psichiatrica, non solo può consentire alla persona di recuperare un ruolo produttivo, ma allenta anche il carico familiare, previene le ricadute, riduce l'uso dei farmaci e il ricorso all'ospedalizzazione.
- Deve costituire pertanto una componente fondamentale della cultura dei servizi, che contribuisce a ridefinire la loro *mission* in termini di promozione dei processi di guarigione, e non solo di riduzione delle recidive o dei sintomi.

- La riabilitazione in psichiatria è, con la prevenzione e la cura, il terzo pilastro delle operazioni sanitarie secondo la legge di riforma del 1978.
- Il concetto di riabilitazione nasce dalla constatazione che un evento morboso non si esaurisce nel ciclo danno - terapia - guarigione o morte, ma talora porta a una menomazione o a una disabilità che rischiano di trasformarsi in handicap, cioè in uno svantaggio esistenziale permanente.
- Il termine, nell'accezione dell'OMS, comprende un complesso di interventi medici, psicologici, pedagogico-sociali, volti a reintegrare una persona con deficit neuropsichici in una situazione in cui possa fare migliore uso delle proprie capacità residue, in un contesto sociale il più normale possibile.

- Per Wing e Morris la riabilitazione psichiatrica è “il processo per identificare, prevenire, ridurre le cause della disabilitazione e nel contempo aiutare l'individuo a sviluppare le proprie doti e capacità, acquisendo fiducia e stima di sé attraverso un'esperienza di successo nei ruoli sociali”.

Il concetto centrale è quello della valorizzazione del paziente come persona integrata in un contesto sociale, quello del suo riconoscimento come interlocutore fondamentale nella formulazione e realizzazione del progetto riabilitativo.

- Per Anthony e Liberman (1986) "il fine è di assicurare alla persone con disabilità psichica la possibilità di utilizzare le risorse fisiche, emozionali, sociali ed intellettuali necessarie per vivere, apprendere e lavorare con il minimo supporto assistenziale".
- Strauss sostiene che la riabilitazione psichiatrica non può essere intesa riduttivamente come un aiuto protesico ai pazienti cronici per compensare i loro deficit ma è un importante metodo di trattamento che ha lo scopo di attivare processi di cambiamento interno e di recupero globale della salute. E' un approccio terapeutico che ha per obiettivo il cambiamento e dispone di precise tecnologie.

- Per Spivak la riabilitazione è opposizione alla stabilizzazione e l'intervento riabilitativo mira al conseguimento del massimo livello possibile di autonomia e capacità di espressione dell'individuo.
- Per Benigni et al. riabilitare un paziente psichiatrico significa incentivare e dare supporto ai bisogni e alle motivazioni della persona, in relazione all'uso sociale del corpo e della mente, attraverso interventi specifici ed integrati condotti sull'individuo e il suo ambiente, puntando ad un processo armonico di crescita e non ad una ipertrofia compensatoria delle abilità residue o ad una assunzione caricaturale di altre inutili abilità. Il punto focale è la qualità di vita del paziente.

- Se ci si pone l'obiettivo di contrastare la difettualità, la marginalità e lo stigma nei malati, diviene centrale la necessità di strutturare progetti che siano mirati non solo alla disabilità in senso lato, ma anche alle specifiche disfunzionalità cognitive.
- Oggi la riabilitazione dispone di un suo corpus teorico e metodologico, tende a distinguere le attività risocializzanti da quelle più propriamente riabilitative e sono state sviluppate e validate tecniche specifiche.

- Ha preso avvio una nuova fase che tende ad applicare, così come in tutti gli altri settori della Medicina, metodiche basate sulle prove di evidenza (Evidence Based Medicine).
- Si è imposta la necessità di misurare gli esiti degli interventi attraverso scale di valutazione, che indaghino sia gli aspetti clinici sia gli aspetti del funzionamento complessivo.

- E' stata focalizzata l'attenzione sui sintomi cognitivi, ossia sui problemi di attenzione, memoria, concentrazione e funzioni esecutive
- Tali sintomi, che sono considerati oggi l'elemento nucleare della schizofrenia, sono presenti sin dall'inizio del disturbo e spesso anche prima dell'esordio e, soprattutto, sono fortemente correlati all'esito a lungo termine del paziente.

- Sono state sviluppate modalità di cura specifiche del deficit cognitivo e il modello di intervento cognitivo-comportamentale si è affermato come una delle più valide alternative nel trattamento dei pazienti gravi.
- E' stato dimostrato che le modificazioni prodotte dal trattamento cognitivo apportano cambiamenti delle connessioni neurali superiori a quelli determinati dalla terapia farmacologica

(Roth e Fonagy, 1977, Psicoterapie e prove di efficacia).

- La riabilitazione non punta l'accento sulla patologia, ma su ciò che rimane di sano dell'individuo. Focalizza cioè gli interventi sulle aree sane che il paziente ha mantenuto, quelle non del tutto compromesse dalla malattia, tenendo conto che gli obiettivi prefissati per ogni paziente devono sempre essere realistici e calibrati sulle effettive potenzialità e abilità.
- Il concetto di riabilitazione è fondato sul presupposto che, nonostante il disagio psichico, la sofferenza e le disabilità indotte dalla malattia, il malato mentale possa riacquisire e sviluppare capacità perdute e recuperare quindi ruoli adeguati nel proprio ambito familiare e sociale, che gli consentano di integrarsi nel modo migliore possibile nella vita di comunità.

- L'obiettivo condiviso da parte degli operatori è quello di ottenere la risocializzazione del paziente, nel senso più ampio e positivo del termine.
- Scopo finale, ambizioso e più che legittimo, è abbattere il pregiudizio con il quale, da sempre, chi soffre di tali disturbi è costretto a lottare.

- In questa fase di crisi del sistema sanitario legata alla carenza di risorse economiche, l'impegno nell'ambito della riabilitazione e del reinserimento socio-lavorativo è una necessità se vogliamo ridurre la spesa derivante dalle conseguenze della cronicità.
- E in questo senso gli indicatori principali di funzionamento dei programmi devono essere considerati la riduzione del ricorso all'ospedalizzazione e all'inserimento in strutture per tempi prolungati.

La riabilitazione deve essere quanto più possibile:

- precoce: è tanto più proficua, quanto tutte le operazioni dedicate al malato hanno tempi ravvicinati.
- mirata: per intervenire nelle aree in cui il deficit ha maggiore incidenza
- integrata: all'interno di un progetto condiviso, punto d'incontro e di confronto delle diverse professionalità, per coniugare i programmi sanitari (finalizzati a sviluppare tutte le risorse potenziali dell'individuo), con gli interventi sociali (orientati a rendere disponibili le risorse e le potenzialità ambientali), allo scopo di consentire il reinserimento nei diversi cicli della vita sociale e il miglioramento della qualità di vita, tenendo conto dell'individuo come persona globale nel suo ambiente naturale.

- Requisito di base per un progetto riabilitativo è una valida relazione paziente-equipe curante, che consente di entrare nella storia del malato con discrezione progressiva e delicata.
- Solo così si favorisce un'alleanza terapeutica, che è l'antidoto alla caduta della compliance del paziente.

- La riabilitazione deve anche agire sul contesto esterno, con interventi volti alla riduzione dello stigma, ossia del pregiudizio che rende difficile percorsi realmente evolutivi per il paziente.
- In altri termini, la riduzione delle disabilità è necessaria ma non sufficiente, se non si abbattano gli equivalenti delle barriere architettoniche dei disabili fisici.

- Le attività di riabilitazione richiedono una presa in carico clinica globale della persona da parte di un'equipe multidisciplinare, mediante la predisposizione di un progetto riabilitativo che individui e definisca per ciascun paziente gli obiettivi, tenendo conto dei suoi bisogni e desideri, nonché dei suoi deficit e delle abilità residue.

Il processo riabilitativo si articola in diverse fasi:

- la fase della formulazione del progetto, che viene effettuata da tutti i membri dell'equipe in base alla professionalità e competenza di ciascuno
- la pianificazione nella quale il paziente e l'equipe insieme elaborano il progetto riabilitativo
- l'attuazione che comporta la messa in atto delle attività previste dal progetto riabilitativo e il lavoro congiunto del paziente e dell'operatore per il conseguimento degli obiettivi prefissati.
- A questo segue la verifica degli obiettivi che sono stati raggiunti e, se il risultato è positivo, si procede con la formulazione di nuovi traguardi da raggiungere insieme.

- E' oggi possibile passare da esperienze isolate a percorsi riproducibili e verificabili, strutturando protocolli riabilitativi ben definiti e di breve durata e valutare e confrontare i risultati.

- Soltanto l'équipe, nel suo insieme, può affrontare la contraddittorietà dei bisogni del paziente psicotico (in particolare i bisogni di dipendenza e i bisogni di controllo), fornendo risposte diverse, tra loro complementari, che una sola persona non è in grado di dare contemporaneamente, risposte che devono essere legate da un solido filo di armonia e coerenza.
- L'integrazione dei terapeuti diventa così strumento per favorire una integrazione interiore del paziente stesso ed è fondamentale che venga mantenuta nonostante il paziente la sottoponga a verifiche ed attacchi.

I membri di un'équipe che mostrano solidarietà reciproca da un lato forniscono allo psicotico garanzie su cui fondare la fiducia, dall'altro vengono da lui sentiti come pericolosi perché non controllabili. E il paziente può riacquistare tale controllo solo facendoli litigare. Tentativo che ha successo in misura direttamente proporzionale al sussistere, anche nei terapeuti, di un nucleo narcisistico.

- Solo quando ogni operatore (chi dà i farmaci, chi fornisce aiuto psicologico, chi si occupa dell'assistenza e della riabilitazione) raggiunge la convinzione che il suo ruolo è pari a quello degli altri e che la sua priorità non è assoluta, ma determinata nei vari momenti dalle esigenze del paziente, diventa possibile offrire allo psicotico un modello di identificazione per l'accettazione del proprio limite e il riconoscimento del valore della collaborazione degli altri, anziché stimolare in lui un'ulteriore sfida onnipotente.

- Necessità di una comunicazione costante tra i vari membri dell'équipe, che sappia accogliere e valutare i diversi elementi e fenomeni, sia del paziente che degli operatori, facilitando il superamento delle inevitabili difficoltà che un lavoro in gruppo comporta.
- Il rischio è che nella pratica clinica tale integrazione si risolva in una sovrapposizione di interventi, contemporanei o successivi, con il mantenimento di una gerarchia di valore fondata sulla formazione culturale e professionale degli operatori.

- Una reale integrazione del progetto terapeutico nelle sue varie articolazioni può fondarsi soltanto su una solida integrazione dell'équipe. E tale condizione viene raggiunta costituendo un linguaggio comune che nasca dal riconoscimento dei bisogni specifici dello psicotico e dall'ascolto attento degli insegnamenti che al riguardo il paziente stesso ci dà (Zapparoli 1994).

- Il punto di partenza è quindi costituito dal corretto rilevamento degli specifici bisogni dello psicotico, inteso nella sua unitarietà e non scisso in componenti biologiche, psicologiche, sociali.
- Tale rilevamento va effettuato in base alle evidenze cliniche che emergono dalla storia del paziente, dalle sue precedenti esperienze di vita (comprese quelle terapeutiche), dal rapporto attuale con le persone significative del suo ambiente e con gli operatori che di lui si occupano.
- E' necessario quindi organizzare un setting di osservazione per raccogliere i dati fenomenici e relazionali offerti dal paziente e dal contesto familiare, dati che, a differenza di quanto avviene nella patologia meno grave, appaiono spesso divergenti, contraddittori.

- E' facile che gli operatori, non soltanto per la differente formazione culturale e professionale, ma per una diversa reazione emotiva, si attestino su opinioni differenti.
- Raggiungere una comune chiave di lettura dei comportamenti e delle manifestazioni psicopatologiche del paziente implica tempi di attesa e, talvolta, attriti tra i vari componenti dell'équipe.
- Ma soltanto così si possono evitare interventi automatici, parziali; soltanto così avviene il "passaggio dal "mio" al "nostro" paziente" (Zapparoli, 1994), cioè a quella presa in carico collettiva indispensabile per mantenere una continuità nello svolgimento del programma terapeutico-riabilitativo.

- Effettuata la focalizzazione degli specifici bisogni del paziente, sulla base di una corretta diagnosi funzionale, si presenta il non facile compito di garantire al paziente l'accettazione dei suoi bisogni, perché si instauri fiducia nei confronti degli operatori.
- Questo cozza talora contro il pregiudizio ideologico del carattere “emancipativo” che in genere viene assegnato al trattamento, prescindendo dall'entità del deficit strutturale e dalla fase in cui il paziente si trova.
- Compito dell'équipe è invece difendere il paziente da aspettative irrealistiche, da spinte verso l'autonomia premature o velleitarie, spinte provenienti dall'ambiente familiare o che il paziente stesso si pone, con cui non si deve colludere.

- Bisogna tener conto delle difficoltà dello psicotico nei confronti dell'attività lavorativa, difficoltà che non possono essere intese ed affrontate semplicemente in termini di abilità da recuperare o a cui educare.
- Il significato specifico del lavoro come forma di emancipazione entra in conflitto con il bisogno di mantenere una situazione di dipendenza, bisogno che è necessario salvaguardare, in termini più o meno ampi, secondo l'entità delle carenze strutturali.

- Per alcuni pazienti l'unica attività possibile è il delirio e la proposta di una pensione deve essere considerata come un mezzo per mantenere tale produzione lavorativa.
- Altri, con un Io residuale più funzionante, non sopportano un impegno continuativo e remunerato, mentre sono in grado di svolgere in maniera apprezzabile compiti a carattere saltuario e gratuito, che li mettono al riparo da aspettative esagerate.

- Altri ancora diventano lavoratori part-time, con un tempo occupato da attività reali ed un tempo che rimane appannaggio della produzione psicotica.
- Altri infine, quelli per cui è possibile un'ulteriore evoluzione nel senso dell'emancipazione, riescono a conquistare uno spazio più ampio nell'ambito lavorativo, ma sempre confrontandosi con i limiti imposti dal nucleo deficitario.

- E' perciò indispensabile dare al termine lavoro, comunemente inteso come "attività umana diretta alla produzione di un bene", il significato più ampio di "impiego di energie volto ad uno scopo determinato" (Dizionario Garzanti, 1987).

- Qualunque progetto riabilitativo orientato al recupero del funzionamento in un ruolo sociale, per essere realmente "personalizzato", deve quindi venire modulato secondo bisogni e limiti di ogni singolo paziente, con la consapevolezza che solo assicurando la continuità di un supporto esterno attraverso la relazione assistenziale, si potrà correttamente valutare quali potenzialità esistano e in quale misura si possano sviluppare.

- Solo quando è in grado di sperimentare sufficiente fiducia nei confronti dell'équipe terapeutica lo psicotico può arrivare a stabilire un'alleanza che gli permette di capitalizzare l'aiuto fornito, aiuto "giusto" in quanto fondato sul riconoscimento di specifici bisogni, attento a gradualità e limiti, rispettoso di obiettivi apparentemente contraddittori che trovano conciliazione in un programma articolato d'intervento.

- Il passaggio dalla condizione di subire la terapia a quella di diventarne attivamente partecipe e stabilire una collaborazione è quindi reso possibile dallo strutturarsi di un contesto rappresenti per il paziente un sistema di sicurezza.
- Per questo scopo è indispensabile l'estensione dell'intervento alla famiglia.

- I genitori dello schizofrenico nutrono di solito aspettative sproporzionate alle oggettive capacità del paziente e, contro ogni evidenza, nonostante le crisi psicotiche, tendono a mantenere elevato il livello di tali aspettative. Un programma terapeutico improntato al rispetto del deficit non viene quindi facilmente condiviso.
- Diventa necessario elaborare le resistenze, evitare che il paziente si senta al centro di richieste contrapposte, avverta una divergenza lacerante tra persone che, a titolo diverso, si occupano di lui.
- In particolare è di estrema importanza il contributo dei familiari, che per quanto talora appaiano distruttivi, sono una preziosa fonte di informazione e indispensabili collaboratori.

- La costruzione del programma terapeutico si fonda dunque sull'analisi della costellazione di fattori biologici, psicologici sociali e culturali sia del singolo individuo, sia del gruppo familiare di appartenenza, delle risorse di cui dispone l'équipe curante e delle risorse dell'ambiente di riferimento.

La riabilitazione equestre dà la possibilità di lavorare

- con i pazienti gravi
- in un contesto ad elevata partecipazione emotiva
- su molti aspetti della loro disabilità
- graduando e differenziando gli interventi in modo mirato e personalizzato

“non vi è alcun paziente
che sia tanto ammalato
da non poter cambiare qualcosa”.

(Perris 1970)

PERCORSO RIABILITATIVO INTEGRATO DEL PAZIENTE PSICHIATRICO

(Franca Angelini, responsabile CSM di Forlì - Bertinoro, 12 febbraio 2010)

Una delle motivazioni che mi ha portato ad accogliere con entusiasmo la proposta di lasciare la psichiatria ospedaliera, dopo 15 anni di lavoro in SPDC, e di occuparmi del Centro di Salute Mentale è stato il desiderio di dare un contributo al potenziamento e alla differenziazione dell'offerta di percorsi riabilitativi che la psichiatria forlivese può fornire ai pazienti gravi.

La nostra Unità Operativa è sempre stata, infatti, piuttosto forte e attenta nel garantire buoni programmi di trattamento farmacologico e un buon livello di assistenza sul territorio, ma è un po' più debole sull'offerta di percorsi riabilitativi.

Abbiamo alcune buone esperienze, come quelle del Centro Diurno, con l'attività teatrale, che è un po' la nostra punta di diamante in un'ottica di "prodotti di qualità". Quest'attività è in fase di ulteriore crescita, uscendo dal chiuso di una struttura psichiatrica per occupare luoghi della città condivisi con altri gruppi teatrali e permettere così ai pazienti di conquistare nuovi spazi di cittadinanza e d'integrazione.

Abbiamo discrete esperienze sul piano della collaborazione con gli Enti Locali e la rete del privato sociale nel campo dei percorsi di reinserimento lavorativo (borse lavoro, percorsi professionalizzanti, progetti di inclusione tramite inserimento professionale in tirocinio e accompagnamento al lavoro, video terapia, ecc.). Sono però ancora troppo pochi i pazienti che hanno accesso a queste opportunità ed è necessario e possibile fare ancora dei passi perché una cultura di tipo più riabilitativo e meno assistenziale si affermi nel servizio.

C'è ancora bisogno di combattere la tendenza a ricorrere alla riabilitazione solo quando altri interventi non hanno sortito risultati.

Cura e riabilitazione hanno lo stesso fine: cambiare la struttura del rapporto individuo ambiente. Se, in senso stretto, cura significa intervento sul mondo interno del paziente, ogni modificazione di questo interno potrà comportare una modifica anche delle relazioni, del comportamento e del rapporto con la realtà. Analogamente ogni intervento sul mondo esterno che abbia uno scopo riabilitativo, è in grado di modificare il mondo interno dell'individuo: di fatto è necessario agire contestualmente e sincronicamente su entrambe le sfere.

Ricerche ed esperienze dimostrano che la riabilitazione psichiatrica, non solo può consentire alla persona di recuperare un ruolo produttivo, ma allenta anche il carico familiare, previene le ricadute, riduce l'uso dei farmaci e il ricorso all'ospedalizzazione, deve costituire pertanto una componente fondamentale della cultura dei servizi, che contribuisce a ridefinire la loro *mission* in termini di promozione dei processi di guarigione, e non solo di riduzione delle recidive o dei sintomi.

La riabilitazione in psichiatria è, con la prevenzione e la cura, il terzo pilastro delle operazioni sanitarie secondo la legge di riforma del 1978.

Il concetto di riabilitazione nasce dalla constatazione che un evento morboso non si esaurisce nel ciclo danno - terapia - guarigione o morte, ma talora porta a una menomazione o a una disabilità che rischiano di trasformarsi in handicap, cioè in uno svantaggio esistenziale permanente.

Il termine, nell'accezione dell'OMS, comprende un complesso di interventi medici, psicologici, pedagogico-sociali, volti a reintegrare una persona con deficit neuropsichici in una situazione in cui possa fare migliore uso delle proprie capacità residue, in un contesto sociale il più normale possibile.

La riabilitazione in psichiatria ha una storia relativamente recente, che negli ultimi anni ha però conosciuto importanti trasformazioni. Attraverso numerose difficoltà, dovute alla diversità degli orientamenti e dei modelli, e talvolta alla scelta di un approccio empirico e spontaneistico, ha proseguito il suo cammino lungo un filo conduttore che le ha permesso di acquisire la dignità di intervento specifico per una presa in carico globale della persona e del suo disagio.

La riabilitazione è nata con il processo di deistituzionalizzazione e con la necessità di reinserire i pazienti in ambito familiare e sociale. Negli anni, però, da un lato le nuove acquisizioni scientifiche nell'ambito delle neuroscienze – compresa l'introduzione dei nuovi antipsicotici che presentano minori rischi di "etichettatura del paziente" e che non hanno solo funzioni contenitive –, dall'altro la nascita di modelli riabilitativi più mirati e validati, l'hanno allontanata sempre più da un insieme di interventi aspecifici e non strutturati. Si è verificata, per dirla con il titolo di un noto libro di Benedetto Saraceno del 1995, "La fine dell'intrattenimento".

Per Wing e Morris la riabilitazione psichiatrica è "il processo per identificare, prevenire, ridurre le cause della disabilità e nel contempo aiutare l'individuo a sviluppare le proprie doti e capacità, acquisendo fiducia e stima di sé attraverso un'esperienza di successo nei ruoli sociali". Il concetto centrale è quello della valorizzazione del paziente come persona integrata in un contesto sociale, quello del suo riconoscimento come interlocutore fondamentale nella formulazione e concretizzazione del progetto riabilitativo. Non è possibile alcun progetto che non implichi il principio dell'alleanza terapeutica, intesa nel campo riabilitativo come costruzione insieme al paziente di una condizione di coinvolgimento e collaborazione per un progetto comune.

Per Anthony e Liberman (1986) "il fine è di assicurare alla persone con disabilità psichica la possibilità di utilizzare le risorse fisiche, emozionali, sociali ed intellettuali necessarie per vivere, apprendere e lavorare con il minimo supporto assistenziale".

Strauss sostiene che la riabilitazione psichiatrica non può essere intesa riduttivamente come un aiuto protesico ai pazienti cronici per compensare i loro deficit ma è un importante metodo di trattamento che ha lo scopo di attivare processi di cambiamento interno e di recupero globale della salute. E' un approccio terapeutico che ha per obiettivo il cambiamento e dispone di precise tecnologie.

Per Spivak la riabilitazione è opposizione alla stabilizzazione e l'intervento riabilitativo mira al conseguimento del massimo livello possibile di autonomia e capacità di espressione dell'individuo.

Per Benigni et al. riabilitare un paziente psichiatrico significa incentivare e dare supporto ai bisogni e motivazioni della persona, in relazione all'uso sociale del corpo e della mente, attraverso interventi specifici ed integrati condotti sull'individuo e il suo ambiente, puntando ad un processo armonico di crescita e non ad una ipertrofia compensatoria delle abilità residue o ad una assunzione caricaturale di altre inutili abilità. Il punto focale è la qualità di vita del paziente.

Se ci si pone l'obiettivo di contrastare la difettualità, la marginalità e lo stigma nei malati, diviene centrale la necessità di strutturare progetti che siano mirati non solo alla disabilità in senso lato, ma anche alle specifiche disfunzionalità cognitive.

Oggi la riabilitazione dispone di un suo corpus teorico e metodologico, tende a distinguere le attività risocializzanti da quelle più propriamente riabilitative e sono state sviluppate e validate tecniche specifiche.

Ha preso avvio una nuova fase che tende ad applicare, così come in tutti gli altri settori della Medicina, metodiche basate sulle prove di evidenza (Evidence Based Medicine). Si è imposta la necessità di misurare gli esiti degli interventi attraverso scale di valutazione, che indagano sia gli aspetti clinici sia gli aspetti del funzionamento complessivo. Negli ultimi anni la riabilitazione ha focalizzato la sua attenzione sui sintomi cognitivi, ossia sui problemi di attenzione, memoria, concentrazione e funzioni esecutive: tali sintomi, che sono considerati oggi l'elemento nucleare della schizofrenia, sono presenti sin dall'inizio del disturbo e spesso anche prima dell'esordio e, soprattutto, sono fortemente correlati all'esito a lungo termine del paziente. Si è imposta perciò la convinzione che gli insuccessi dei trattamenti possano dipendere dai deficit cognitivi a monte. Per queste ragioni, come dicevo, si sono sviluppate modalità di cura specifiche del deficit cognitivo e il

modello di intervento cognitivo-comportamentale si è affermato come una delle più valide alternative nel trattamento dei pazienti gravi.

E' stato dimostrato che le modificazioni prodotte dal trattamento cognitivo apportano cambiamenti delle connessioni neurali superiori a quelli determinati dalla terapia farmacologica (Roth e Fonagy, 1977, Psicoterapie e prove di efficacia).

La riabilitazione non punta l'accento sulla patologia, ma su ciò che rimane di sano dell'individuo. Focalizza cioè gli interventi sulle aree sane che il paziente ha mantenuto, quelle non del tutto compromesse dalla malattia, tenendo conto che gli obiettivi prefissati per ogni paziente devono sempre essere realistici e calibrati sulle effettive potenzialità e abilità. Il concetto di riabilitazione è fondato sul presupposto che, nonostante il disagio psichico, la sofferenza e le disabilità indotte dalla malattia, il malato mentale possa riacquisire e sviluppare capacità perdute e recuperare quindi ruoli adeguati nel proprio ambito familiare e sociale, che gli consentano di integrarsi nel modo migliore possibile nella vita di comunità.

L'obiettivo condiviso da parte degli operatori è quello di ottenere la risocializzazione del paziente, nel senso più ampio e positivo del termine. Scopo finale, ambizioso e più che legittimo, è abbattere il pregiudizio con il quale, da sempre, chi soffre di tali disturbi è costretto a lottare.

Inoltre, in questa fase di crisi del sistema sanitario legata alla carenza di risorse economiche, l'impegno nell'ambito della riabilitazione e del reinserimento socio-lavorativo è una necessità non eludibile se vogliamo ridurre la spesa derivante dalle conseguenze della cronicità. E in questo senso gli indicatori principali di funzionamento dei programmi devono essere considerati la riduzione del ricorso all'ospedalizzazione e all'inserimento in strutture per tempi prolungati.

La riabilitazione non va considerata come un "terzo tempo" delle attività di diagnosi e cura, come una riparazione alla fine o dopo un lungo tragitto di malattia. Essa deve essere quanto più possibile:

- precoce: è tanto più proficua, quanto tutte le operazioni dedicate al malato hanno tempi ravvicinati. Quando, cioè, alla diagnosi e al trattamento fa seguito il tempestivo intervento sui deficit emergenti;
- mirata: per intervenire nelle aree in cui il deficit ha maggiore incidenza
- integrata: all'interno di un progetto condiviso, che costituisce il punto d'incontro e di confronto delle diverse professionalità, in modo da coniugare i programmi sanitari (finalizzati a sviluppare tutte le risorse potenziali dell'individuo), con gli interventi sociali (orientati a rendere disponibili le risorse e le potenzialità ambientali), allo scopo di consentire il reinserimento

nei diversi cicli della vita sociale e il miglioramento della qualità di vita, uno scopo che tiene conto dell'individuo come persona globale nel suo ambiente naturale.

Requisito di base per un progetto riabilitativo è una valida relazione paziente-equipe curante, che consente di entrare nella storia del malato con discrezione progressiva e delicata. Solo così si favorisce un'alleanza terapeutica, che è l'antidoto alla caduta della compliance del paziente.

Inoltre, per raggiungere lo scopo del suo operare, la riabilitazione deve anche agire sul contesto esterno, con interventi volti alla riduzione dello stigma, ossia del pregiudizio che rende difficile percorsi realmente evolutivi per il paziente. In altri termini, la riduzione delle disabilità è necessaria ma non sufficiente, se non si abbattano gli equivalenti delle barriere architettoniche dei disabili fisici.

Le attività di riabilitazione richiedono perciò una presa in carico clinica globale della persona da parte di una équipe multidisciplinare, mediante la predisposizione di un Progetto Riabilitativo che individui e definisca per ciascun paziente gli obiettivi desiderati, tenendo conto dei suoi bisogni e desideri, dei suoi deficit e delle abilità residue.

Il processo riabilitativo si articola in diverse fasi: la fase della formulazione del progetto, che viene effettuata da tutti i membri dell'équipe in base alla professionalità e competenza di ciascuno; la pianificazione nella quale il paziente e l'équipe insieme elaborano il progetto riabilitativo; l'attuazione che comporta la messa in atto delle attività previste dal progetto riabilitativo e il lavoro congiunto del paziente e dell'operatore per il conseguimento degli obiettivi prefissati. A questo segue una verifica degli obiettivi che sono stati raggiunti e se il risultato è positivo, si procede con la formulazione di nuovi traguardi da raggiungere insieme.

E' oggi possibile passare da esperienze isolate a percorsi riproducibili e verificabili, strutturando protocolli riabilitativi ben definiti e di breve durata e valutare e confrontare i risultati.

Soltanto l'équipe, nel suo insieme, può affrontare la contraddittorietà dei bisogni del paziente psicotico (in particolare i bisogni di dipendenza e bisogni di controllo), fornendo risposte diverse, tra loro complementari, che una sola persona non è in grado di dare contemporaneamente, risposte che devono essere legate da un solido filo di armonia e coerenza. L'integrazione dei terapeuti diventa così strumento per favorire una integrazione interiore del paziente stesso ed è fondamentale che venga mantenuta.

Costantemente il paziente la sottopone a verifiche ed attacchi. I membri di un'équipe che mostrano solidarietà reciproca da un lato forniscono infatti allo

psicotico garanzie su cui fondare la fiducia, dall'altro vengono da lui sentiti come pericolosi perché non controllabili. E il paziente può riacquistare tale controllo solo facendoli litigare. Tentativo che ha successo in misura direttamente proporzionale al sussistere, anche nei terapeuti, di un nucleo narcisistico. Solo quando ogni operatore (chi dà i farmaci, chi fornisce aiuto psicologico, chi si occupa dell'assistenza e della riabilitazione) raggiunge la convinzione che il suo ruolo è pari a quello degli altri e che la sua priorità non è assoluta, ma determinata nei vari momenti dalle esigenze del paziente, diventa possibile offrire allo psicotico un modello di identificazione riguardo l'accettazione del proprio limite e il riconoscimento del valore della collaborazione degli altri, anziché stimolare in lui un'ulteriore sfida onnipotente. Da ciò emerge chiaramente la necessità di una comunicazione costante tra i vari membri dell'équipe, che sappia accogliere e valutare i diversi elementi e fenomeni, sia del paziente che degli operatori, facilitando il superamento delle inevitabili difficoltà che un lavoro in gruppo comporta.

Il rischio è che nella pratica clinica tale integrazione si risolva in una sovrapposizione di interventi, contemporanei o successivi, con il mantenimento di una gerarchia di valore fondata sulla formazione culturale e professionale degli operatori. Una reale integrazione del progetto terapeutico nelle sue varie articolazioni può fondarsi soltanto su una solida integrazione dell'équipe. E tale condizione viene raggiunta costituendo un linguaggio comune che nasca dal riconoscimento dei bisogni specifici dello psicotico e dall'ascolto attento degli insegnamenti che al riguardo il paziente stesso ci dà (Zapparoli 1994).

Secondo la scelta metodologica del modello integrato il punto di partenza è quindi costituito dal corretto rilevamento degli specifici bisogni dello psicotico, inteso nella sua unitarietà e non scisso in componenti biologiche, psicologiche, sociali. Tale rilevamento va effettuato in base alle evidenze cliniche che emergono dalla storia del paziente, dalle sue precedenti esperienze di vita (comprese quelle terapeutiche), dal rapporto attuale con le persone significative del suo ambiente e con gli operatori che di lui si occupano.

E' necessario quindi organizzare un setting di osservazione per raccogliere i dati fenomenici e relazionali offerti dal paziente e dal contesto familiare, dati che, a differenza di quanto avviene nella patologia meno grave, appaiono spesso divergenti, contraddittori.

Anche gli operatori, non soltanto per la differente formazione culturale e professionale, ma per una diversa reazione emotiva, è facile esprimano opinioni differenti. Ad esempio, di fronte ad un paziente con manifestazioni aggressive un'infermiere può avvertire paura ed un'altro, sentendolo "come un bambino impaurito", prova tenerezza. Evidente come ne conseguano proposte terapeutiche antitetiche. Maternage o fermezza?

Raggiungere una comune chiave di lettura dei comportamenti e delle manifestazioni psicopatologiche del paziente implica tempi di attesa e, talvolta, attriti tra i vari componenti dell'équipe. Ma soltanto così si possono evitare interventi automatici, parziali; soltanto così avviene il "passaggio dal "mio" al "nostro" paziente" (Zapparoli, 1994), cioè a quella presa in carico collettiva indispensabile per mantenere una continuità nello svolgimento del programma terapeutico-riabilitativo.

Una volta effettuata, sulla base di una corretta diagnosi funzionale, la focalizzazione degli specifici bisogni del paziente, si presenta il non facile compito di garantire al paziente l'accettazione dei suoi bisogni, perché si instauri fiducia nei confronti degli operatori. Questo cozza talora contro il pregiudizio ideologico del carattere per definizione "emancipativo" che spesso viene riconosciuto al trattamento, prescindendo dall'entità del deficit strutturale e dalla fase in cui il paziente si trova. Compito dell'équipe è invece difendere il paziente da aspettative irrealistiche, da spinte verso l'autonomia premature o velleitarie, spinte provenienti dall'ambiente familiare o che il paziente stesso si pone, spinte con cui non si deve colludere.

Sono ben note, ad esempio, le difficoltà dello psicotico nei confronti dell'attività lavorativa, difficoltà che non possono essere intese ed affrontate semplicemente in termini di abilità da recuperare o a cui educare. Esiste un significato specifico del lavoro come forma di emancipazione che entra in conflitto con il bisogno di mantenere una situazione di dipendenza. Bisogna che è necessario salvaguardare, in termini più o meno ampi, secondo l'entità delle carenze strutturali.

Per alcuni pazienti l'unica attività possibile è il delirio e la proposta di una pensione deve essere avanzata come mezzo per mantenere tale produzione lavorativa.

Altri, con un Io residuale più funzionante, non sopportano un impegno continuativo e remunerato, mentre sono in grado di svolgere in maniera apprezzabile compiti che, per il loro carattere saltuario e gratuito, li pongono al riparo da aspettative esagerate. Altri ancora diventano lavoratori part-time, con un tempo occupato da attività reali ed un tempo che rimane appannaggio della produzione psicotica.

Altri infine, quelli per cui è possibile un'ulteriore evoluzione nel senso dell'emancipazione, riescono a conquistare uno spazio più ampio nell'ambito lavorativo. Ma sempre confrontandosi con i limiti imposti dal nucleo deficitario.

Qualunque progetto riabilitativo orientato al recupero del funzionamento in un ruolo sociale, per essere realmente "personalizzato", deve quindi venire modulato secondo bisogni e limiti di ogni singolo paziente, con la consapevolezza che solo assicurando la continuità di un supporto esterno attraverso la relazione assistenziale, si potrà correttamente valutare quali potenzialità esistano e in quale misura si possano sviluppare. E' inoltre indispensabile dare al termine lavoro, comunemente inteso come "attività umana diretta alla produzione di un bene", il significato più ampio di "impiego di energie volto ad uno scopo determinato"

(Dizionario Garzanti, 1987). In questa seconda accezione tale scopo può configurarsi anche come occupazione fantastica, sia essa delirante o illusionale, senza precludere la possibilità di una reale attività lavorativa che permetta il reinserimento, magari parziale, all'interno di un contesto produttivo. Solo così potremo acquisire quella fiducia del paziente necessaria per superare le sue resistenze al cambiamento.

Solo quando è in grado di sperimentare sufficiente fiducia nei confronti dell'équipe terapeutica lo psicotico può arrivare a stabilire un'alleanza che gli permette di capitalizzare l'aiuto fornito. Aiuto "giusto" in quanto fondato sul riconoscimento di specifici bisogni, attento a gradualità e limiti, rispettoso di obiettivi apparentemente contraddittori che trovano conciliazione in un programma articolato d'intervento.

Il passaggio dalla condizione di subire la terapia a quella di diventarne attivamente partecipe, stabilire una collaborazione è quindi reso possibile dallo strutturarsi di un contesto che si configuri per il paziente come sistema di sicurezza. Per questo scopo è indispensabile l'estensione dell'intervento alla famiglia. I genitori dello schizofrenico nutrono di solito aspettative sproporzionate alle oggettive capacità del paziente e, contro ogni evidenza, nonostante le crisi psicotiche, tendono a mantenere elevato il livello di tali aspettative. Un programma terapeutico improntato al rispetto del deficit non viene quindi facilmente condiviso. Diventa necessario elaborare le resistenze, evitare che il paziente si senta al centro di richieste contrapposte, avverta una divergenza lacerante tra persone che, a titolo diverso, si occupano di lui. E' di estrema importanza il contributo dei familiari, per quanto talora appaiano distruttivi, in quanto preziosa fonte di informazione e indispensabili collaboratori.

La costruzione del programma terapeutico si fonda dunque sull'analisi della costellazione di fattori biologici, psicologici sociali e culturali sia del singolo individuo, sia del gruppo familiare di appartenenza, delle risorse di cui dispone l'équipe curante e delle risorse dell'ambiente di riferimento.

Quando Stefano e Donatella mi hanno proposto di interessarmi al progetto di riabilitazione equestre che stavano sviluppando, l'occasione mi è sembrata particolarmente feconda.

Pur con poche competenze in campo riabilitativo, ma facendo tesoro dell'esperienza maturata in tanti anni di interazione e confronto con le psicosi gravi, ho intravisto in questo tipo di attività la possibilità di lavorare con i pazienti gravi, in un contesto ad elevata partecipazione emotiva e quindi con una teorica maggiore potenza ed efficacia, su molti aspetti della loro disabilità, graduando e differenziando gli interventi in modo mirato e personalizzato: dal lavoro sulle competenze trasversali a quello sulle abilità specifiche, dal lavoro con l'individuo a quello col gruppo e nel gruppo, dalla partecipazione del paziente come semplice osservatore a quella più

attiva e, perché no, ambiziosamente mirata a un'attività sportiva di tipo competitivo, o a un inserimento lavorativo nel mondo ippico.

Mi piace concludere con l'affermazione ormai antica di Perris che negli anni '70 diceva che "non vi è alcun paziente che sia tanto ammalato da non poter cambiare qualcosa".