

Quaderni di Parma

Dipartimento Assistenziale Integrato Salute Mentale Dipendenze Patologiche
Ausl di Parma

Quaderno n.7-2022

OPEN DIALOGUE

Un approccio innovativo per gli esordi psicotici

Quaderno dedicato a Giovanni Caselli, un maestro saggio e temerario, e a tutti gli studenti perché siano motivati animatori di una nuova concezione della cura orientata alla recovery nell'ambito di progetto di vita fondato sulla responsabilità e la speranza e sempre sostenuta dall'impegno nello studio, nella ricerca e nell'innovazione.

Presentazione

Il Dipartimento Assistenziale Integrato Salute Mentale Dipendenze Patologiche dell'Ausl di Parma ha sempre coltivato le collaborazioni con tutte le associazioni, scuole, università e movimenti che operano a diverso titolo nell'ambito della salute mentale.

Questo incontro con sguardi e posizioni diverse è molto importante per il miglioramento della qualità che si avvale degli strumenti del governo clinico, la valutazione dei processi e degli esiti, della soddisfazione degli utenti e delle famiglie, la costante attenzione alla formazione e supervisione di tutti i professionisti. Sono essenziali anche la didattica, la ricerca e la comunicazione dei risultati raggiunti sia nelle sedi scientifiche ma anche all'opinione pubblica. Una visione critica accompagna l'operatività quotidiana e questo crea una tensione e una propensione al cambiamento che consente di approfondire i problemi e di fornire stimoli e indicazioni alla comunità, alle famiglie e al contempo permette di perfezionare le pratiche e sperimentare soluzioni innovative. Questo approccio si avvale dell'apporto di tanti singoli contributi e, al fine di evitarne la dispersione, si è ritenuto di raccogliergli in un nuovo formato al quale abbiamo dato il nome di "Quaderni di Parma": "Quaderni" per richiamare l'agilità e l'informalità del materiale frutto del lavoro e "di Parma" per sottolineare come i singoli temi siano parte della cultura e dell'elaborazione di un territorio ricco grazie ad una consolidata tradizione etica e tecnica, espressione di un ampio movimento per la salute mentale, il rispetto e l'accoglienza delle diversità rappresentato dai valori di Mario Tommasini e Franco Basaglia. L'obiettivo è quello di mettere a disposizione materiale per studi, riflessioni e dibattiti che possano stimolare la cultura, il dialogo, la ricerca e il lavoro dei professionisti.

Mi fa molto piacere che il settimo Quaderno sia dedicato al tema del dialogo aperto "open dialogue" che di origine finlandese rappresenta ormai a livello internazionale, un approccio innovativo in salute mentale. Questo è di grande interesse nel nostro Paese dove le prassi professionali sono molto cambiate dopo la legge 180 del 1978, il superamento degli Ospedali Psichiatrici e più recentemente anche di quelli Giudiziari. La creazione di un sistema di salute mentale di/nella comunità richiede diversi strumenti: progetti personalizzati, Budget di salute, automutuoaiuto al fare assieme, attività con le famiglie, azioni volte all'inclusione sociale, lavorativa, abitativa. Un approccio che si è sviluppato nel nostro territorio e in altre pubblicazioni (Quaderno di Parma n. 2, reperibile sul sito) abbiamo chiamato "Saura", un acronimo per indicare. S: Speranza, A: Autorevolezza, U: Unicità, R: Risorse, A: Autonomie. Si tratta degli elementi fondamentali dell'intervento, dove la Speranza è anche accompagnata dalla saggezza, sicurezza e della possibilità di una svolta. L'autorevolezza personale e professionale fonda l'affidabilità come base della fiducia costruita nell'unicità e specificità della situazione nella quale si rilevano risorse individuali e di contesto e i bisogni per la maggiore autonomia possibile.

Il Quaderno contiene gli atti di un seminario tenuto a Parma il 28 e 29 ottobre 2016 con la presenza di Jaakko Seikkula, cui si deve il "Dialogo Aperto" cui va il più vivo ringraziamento che si estende a tutti i relatori e partecipanti al seminario.

Un particolare pensiero va ai curatori Mauro Belluardo, Guido Conti, Giorgia Faroldi, Chiara Imperato, Daniela Serioli e Dzenita Voltattorni e al Istituto di Psicoterapia Sistemica Integrata, al suo direttore scientifico Mirco Moroni, ad Anto Restori senza i quali questa pubblicazione non sarebbe stata possibile.

Pietro Pellegrini

Direttore Dipartimento Assistenziale Integrato Salute Mentale Dipendenze Patologiche dell'Ausl di Parma



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma
Str. del Quartiere, 2/A 43100 Parma

idipsi 
ISTITUTO DI PSICOTERAPIA
SISTEMICA INTEGRATA

OPEN DIALOGUE

Un approccio innovativo per gli esordi psicotici

28-29 ottobre 2016, Auditorium Gruppo COLSER AuroraDomus, Parma



Con il patrocinio di


COINETICA


SOCIETÀ ITALIANA DI RICERCA
E TERAPIA SISTEMICA (SIRTS)

A cura di

*Mauro Belluardo
Guido Conti
Giorgia Faroldi
Chiara Imperato
Daniela Seriola
Dzenita Voltattorni*

Relatori e Moderatori

Anahi Alzapiedi

Direttore ff Programma di Psicologia Clinica di Comunità Ausl Parma

Emanuela Leuci

Dirigente Medico Psichiatra DAI SMDP Ausl Parma

Gabriele Moi

Dirigente Psicologo DAI SMDP Ausl Parma

Carlo Marchesi

*Professore di Psichiatria, Dipartimento di Neuroscienze, Università di Parma
Direttore U.O.C. SPOI, Ausl Parma*

Mirco Moroni

*Direttore scientifico Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Sistemica Integrata.
Psicologo Psicoterapeuta*

Pietro Pellegrini

Dirigente DAI SMDP Ausl Parma

Antonio Restori

*Dirigente Psicologo Psicoterapeuta, Responsabile del Centro di Consulenza e
Terapia della Famiglia DAI SMDP Ausl Parma*

Jaakko Seikkula

*Professore di Psicoterapia all'Università di Jyväskylä. Psicologo Clinico e terapeuta
familiare*

Antonella Squarcia

Dirigente Medico DAI SMDP Ausl Parma

Fabio Vanni

Dirigente Psicologo Psicoterapeuta, referente Programma Adolescenza Ausl Parma

INDICE

Apertura del workshop	4
<i>Mirco Moroni, Pietro Pellegrini</i>	
Introduzione	9
<i>Antonio Restori</i>	
Esordi psicotici. Uno sguardo sul nostro territorio	29
<i>Emanuela Leuci, Sabrina Adorni, Antonella Squarcia, Carlo Marchesi, Anahi Alzapiedi</i>	
Il modello dell'Open Dialogue	39
<i>Jaakko Seikkula</i>	
"Tavola Rotonda". L'Open Dialogue in Italia	52
<i>Giuseppe Salamina, Verena Di Marco, Roberta Montecchi, Jimmy Ciliberto, Fausto Mazzi, Paolo Migone, Nina Salvi, Chiara Tarantini, Raffaella Pocobello</i>	
Conclusioni	57
<i>Fabio Vanni, Mirco Moroni, Pietro Pellegrini, Gabriele Moi, Chiara Tarantini</i>	

OPEN DIALOGUE

Un approccio innovativo per gli esordi psicotici

APERTURA DEL WORKSHOP

M. Moroni

Benvenuti a tutti, grazie di questa vostra presenza, grazie al Dr. Seikkula e a tutti quelli che ci ospitano oggi. Vorrei partire da due considerazioni, due citazioni. Bion diceva che il disagio mentale è l'incapacità di una mente di soffrire il dolore psichico e l'incertezza. Questa corrisponde, in casi gravi, all'incapacità di pensare, poiché *“non c'è pensiero senza sofferenza”*. Ma che cos'è una mente? Per i Sistemici la mente non abita nell'intrapsichico, ma nell'interpersonale, essendo quindi una mente estesa. Da questo punto di vista la sofferenza mentale è quella di una mente estesa. Il disagio mentale è la sofferenza di una società, di un gruppo, di una famiglia, di una diade, di un individuo che non riescono a soffrire il dolore psichico. A tal proposito, l'autore Trovit fa questa ipotesi: *“la mente interpersonale, a partire da una diade, è continuamente impegnata con dei processi di regolazione emotiva, chiamata espansione diadica di coscienza”*. Naturalmente nel mondo sistemico noi non diciamo che c'è un'espansione solamente diadica, ma piuttosto un'espansione di coscienza alla “n”, e si tratta di un processo di co-creazione di significati. L'autore quindi continua: *“il cambiamento è un processo continuo e interattivo di formazione, inizialmente di significati disordinati e disorganizzati, che non sono mai fissati e pienamente formati, ma che esistono solo nel processo, all'interno di un grande movimento; il cambiamento avviene quando si comunicano e condividono degli stati di coscienza, quando cioè gli stati di coscienza del singolo riescono ad aprirsi al processo disordinato e imprevedibile della formazione di un nuovo significato, mentre aumentano la coerenza e la complessità di ciascun soggetto. Più aggiungiamo la complessità a un sistema, più aumentano i livelli di ordine e questo è il cuore di questo approccio, dell'open dialogue”*. Perché più aumenta la complessità di una mente estesa, più si consolidano dei livelli superiori di coerenza e di ordine nei soggetti che la condividono. Questo ha enormi implicazioni, come diceva prima Pietro Pellegrini, sull'organizzazione dei Servizi, poiché questo è un tema che riguarda la politica... che oggi, è veramente un po' assente, perché quelle che erano state le funzioni di *“advocacy”* che erano state sempre dentro alle menti visionarie della politica che ha chiuso i manicomi, oggi stenta a esistere. Se questa mente estesa non è prima di tutto una mente istituzionale, risulta difficile lavorare e quindi l'auspicio è che aumenti la complessità, che non si semplifichi nulla, anche a livello di comprensione e visione politica dei sistemi.

Buon lavoro a tutti!

P. Pellegrini

Buongiorno e benvenuti a Parma.

Ringrazio la Coop. Colser-AuroraDomus per l'ospitalità, i colleghi di IDIPSI e in particolare il prof. Jaakko Seikkula per avere accettato il nostro invito.

Confrontarsi con colleghi così autorevoli è per noi molto utile in quanto ci dà l'occasione di rappresentare, riflettere e rivedere con altri occhi, le nostre pratiche, i nostri modelli operativi e le loro premesse. Sono ormai diversi anni che stiamo lavorando per la prevenzione, la diagnosi e l'intervento precoce nelle psicosi, in particolare sul corretto inquadramento diagnostico dell'esordio e sul suo trattamento.

In questo ci è stata molto utile la psicopatologia: lo studio dei Sintomi di Base di Huber e Gross da oltre 25 anni parte della formazione di quella che mi piace definire la scuola di Parma, la quale si colloca nel quadro della psicopatologia fenomenologica di Borgna e Maggini, con i quali abbiamo aperto la rassegna 2016. Un approccio, a partire dal vissuto e dal mondo interno della persona che soffre, dal suo essere nel tempo e nel mondo, che può derivare dall'incontro e dal camminare insieme, una possibile donazione di senso la quale diviene esperienza condivisa magari non sempre esplicitata a livello verbale, ma sottilmente comunicata attraverso le caristiche vie della mente. Una psichiatria sempre attenta a tutti gli aspetti, biologici, psicologici e socio-relazionali, che, come dice Borgna, sia dolce, gentile, colta capace sempre, in ogni fase del lavoro e dell'organizzazione, di accoglienza, umanità, comprensione, responsabilità e speranza.

La ricerca sugli esordi psicotici ci ha portato a contatto con l'Open Dialogue e i lavori dei colleghi finlandesi. Molti sono i motivi di interesse (compresi i dati di esito dei quali parlerà il prof. Marchesi) e i punti che ci avvicinano a loro. Il nostro lavoro si inserisce in un contesto che vede le attività non solo incentrate sul territorio, la persona, la famiglia e la comunità sociale, ma il territorio stesso è al contempo luogo di cura e parte di essa. Tutto questo nell'ambito di un'azione antistituzionale che, iniziata con i movimenti degli anni 60 e 70 del secolo scorso cito tra gli altri Basaglia, Jervis e Tommasini, ha portato alla chiusura degli Ospedali psichiatrici e più recentemente, lo scorso anno, anche degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari.

Quindi azioni e attività terapeutiche che si collocano nel territorio e dentro un quadro antistituzionale e in questo vi è la volontà di rivedere e ripensare tutta la nostra organizzazione (Spdc, Spoi, residenze, csm, gruppi appartamento) ma anche quelle per disabili e anziani e nonché le istituzioni forti come il carcere o molto controverse come i Centri di accoglienza temporanea per i migranti. Come sappiamo temi ampi, complessi, difficili e carichi di contraddizioni.

Un altro punto che suscita grande interesse è come l'Open Dialogue consideri il paziente, sempre, fin dall'inizio protagonista di tutte le decisioni e delle fasi del lavoro diagnostico e terapeutico. Un approccio, prima ancora che un metodo, nel quale i clinici, i professionisti, i diversi terapeuti e operatori non solo coinvolgono il paziente (come avviene tradizionalmente) ma tutto si svolge alla presenza della persona che soffre (e spesso non è solo il paziente ma l'intera famiglia a stare male) e anche i punti critici, contraddittori, le divergenze (anche tra i terapeuti), le ipotesi vengono tutte esplicitate. L'idea è che la persona sia una risorsa in grado di comprendere e dare un senso alla sua sofferenza e di trovare, accettando l'aiuto, forme e modi personali (non predefiniti o suggeriti dall'esterno) per superarla. Questo in un contesto aperto, ampio, dove nulla è dato per scontato e

acquisito ma tutto si realizza in situazione. Il che nella sua semplicità costituisce anche una difficoltà specie per il professionista molto legato al proprio apparato tecnico, alle proprie certezze e al *setting* operativo. Va da sé che nell'Open Dialogue tutto questo viene ad essere interiorizzato e diviene parte di un atteggiamento mentale non solo del singolo professionista ma dell'intero gruppo di lavoro, prima ancora che un metodo specifico. Un atteggiamento del professionista che sa cogliere gli aspetti psicopatologici (deliri, allucinazioni, ecc.), ne sa leggere gravità e urgenza, e li sa utilizzare nel lavoro. Un atteggiamento apparentemente informale ma molto professionale.

Quali siano le premesse, gli accorgimenti e i limiti di questo impianto lo sentiremo dai colleghi.

Quindi azioni di cura incentrate nel territorio, per noi anche su una costante attività antistituzionale e sulla persona (famiglia e contesto) nel tentativo di valorizzarla e con essi anche la rete sociale informale. Un'idea nella quale la salute del singolo viene ad avere un grande valore relazionale e si collega a quello della famiglia e al grado di benessere della comunità (abbiamo anche famiglie, contesti e istituzioni malate).

Oggi sappiamo che tutta la patologia cronica si può gestire a domicilio. Per farlo occorre una casa, un reddito, qualcuno che si prenda cura, una famiglia (una delle tante tipologie). Sono queste le componenti che spesso sono in crisi o mancano e sono talora il vero problema per l'attuazione del "*Chronic care model*".

In questa situazione, dove talora si ha anche la separazione tra i diversi servizi, sanitari, sociali, educativi, l'approccio proposto ha anche la finalità di facilitare la collaborazione tra le organizzazioni, a partire dal punto di vista della persona che è in difficoltà. Tema assai sentito anche nel nostro paese che certo può trarre beneficio da facilitatori, laboratori, *community lab* ed altre iniziative ma che almeno nella nostra regione richiederebbe anche una revisione organizzativa, strutturale e istituzionale dando una diversa e più unitaria cornice alle pratiche professionali, superando la frammentazione tra *care* e *caring*.

Al contempo le pratiche professionali devono arricchirsi di strumenti e approcci nuovi definiti con la persona, caso per caso, a casa propria cercando di dare senso alla cura (sempre pensata con la persona) nell'ambito di un progetto di vita che ogni persona ha diritto di scegliere per sé anche quando questo non è approvato e condiviso dall'altro, dai professionisti. Un limite etico invalicabile.

Questo ci pare possa essere facilitato da un approccio, il budget di salute, dove in modo molto simile all'Open Dialogue, a partire dalla persona e dalla sua famiglia e contesto, considerati risorse, vengono articolati e definiti tutti gli altri interventi sociali, sanitari e della rete sociale. Portare avanti questo approccio vuol dire rivedere l'insieme degli interventi, allargandone lo spettro in funzione dei bisogni e degli obiettivi con una visione molto più integrata e unitaria degli interventi del welfare nel suo complesso (e di quelli sanitari in caso di patologie complesse).

Un metodo che tende ad innovare anche l'assetto dei servizi, a vederli in cambiamento continuo, quindi non come neo-istituzioni permanenti ma come risposte storicamente determinate e al tempo stesso da ripensare e, se necessario, da superare. Una linea che viene da lontano, dagli anni 60 e 70 del secolo scorso e che con uno sguardo lungo vede nei valori costituzionali il riferimento fondamentale. Un sistema di *welfare* pubblico e universalistico, in grado di non segregare le diversità, di evitare le forme di privatizzazione della sofferenza, ridotta a mero problema individuale, rispetto al quale non c'è alcun impegno della comunità. Non una società che determina in modo strutturale e stabile l'abbandono di fasce sempre più ampie di popolazione sia per la mancanza di lavoro, di accoglienza, reddito, cure. Veniamo da lì e se l'Open Dialogue ha l'effetto

di attivare la persona, la famiglia e la rete informale ci sentiamo molto vicini, abbiamo molto in comune perché è attraverso quel metodo che abbiamo chiuso i manicomi, le scuole differenziali, i brefotrofi. E quel modello lo dobbiamo sempre avere in mente. Mentre scrivevo queste note, pensavo ad una certa “amnesia della psichiatria italiana” e mi sono ricordato di un detto di un popolo boliviano, gli Aymara, secondo i quali, a differenza di quanto di norma crediamo noi, “*il futuro è alle nostre spalle mentre il passato è davanti a noi*”. Possiamo vederlo e conoscerlo e comprendere come molti valori, pratiche, approcci e modelli facciano parte della nostra storia. Un sapere critico che rilancia l’importanza della relazione, dello stare con, del comprendere.

Colpisce il crescente interesse che in Italia sta suscitando l’Open Dialogue, ritenuto una grande novità degna di attenzione e sperimentazione, quando non addirittura una sorta di panacea di tutti i problemi della psichiatria come auspicato anche da familiari e loro associazioni.

Al di là del merito e dei dati forniti sull’Open Dialogue, ad impressionare è l’entusiasmo e la posizione di certi colleghi. Certamente una psichiatria impoverita fondata su DSM e psicofarmacologia può trovare molto interessante un approccio che cerca di dare una lettura un po’ diversa da quella biologica.

Quando nel sistema si propone in modo acritico (solo perché vi è qualche evidenza EBM) psicoeducazione o CBT come tecnica (in certi casi senza una solida base relazionale, psicopatologica, psicoterapica, psicosociale) l’Open Dialogue è certamente un’evoluzione. Ma il vedere e conoscere il passato può essere molto utile ed evitare errori, alte aspettative.

L’Open Dialogue, come del resto anche il Budget di salute, può essere un approccio (individuale e gruppale), un modello organizzativo e una tecnica. A quanto ho capito dagli scritti dei colleghi finlandesi può anche aiutare a ridurre la rete ospedaliera psichiatrica.

Faccio parte della generazione degli psichiatri che ha avuto il compito di realizzare la legge 180, costruire la psichiatria di comunità, dare riferimenti ai dipartimenti di salute mentale e più recentemente ha accolto la sfida di chiudere gli OPG. Ricordo bene che fin dagli anni 70, quando ero ancora studente, finita la spinta ideologica e rivoluzionaria, ci si è posti il problema della formazione e della tecnica.

Sono iniziate allora le iniziative formative in larga parte di ambito psicoanalitico e fenomenologico che in varia forma hanno abbracciato la spinta al cambiamento e contribuito alla costruzione del modello operativo italiano della salute mentale di comunità. Sono stati successivi gli apporti della epidemiologia, della psichiatria sociale e della riabilitazione psicosociale. Poi con l’affermarsi degli approcci biologici è ripresa l’attenzione alla psicofarmacologia, al punto che si è arrivati ad una psichiatria quasi senza psicopatologia.

Lo sforzo per la ricomposizione delle prassi terapeutiche interroga sul tipo di offerta che può essere fatta in termini generali e nel sistema pubblico in particolare. La definizione dei livelli dell’intensità di cura ha certamente riferimenti piuttosto solidi (EBM ecc.) mentre per quanto attiene agli aspetti relazionali per quanto si siano fatti sforzi notevoli per migliorare la c.d. “personalità terapeutica” e la tecnica, restano in primo piano diversi elementi aspecifici.

Per quanto attiene l’Open Dialogue è interessante comprendere quale sia il paradigma epistemologico di riferimento. L’approccio proposto si avvale di strumenti apparentemente semplici ma in realtà tutt’altro che semplicistici e pare fare propri aspetti della terapia centrata sul cliente, sulla psicologia umanistica e con qualche richiamo alla mindfulness e allo yoga. Tuttavia non mira solo alla persona (mettendo tra parentesi la patologia) ma vuole lavorare con tutti gli strumenti a disposizione sull’intero quadro.

Un approccio che non riguarda solo gli esordi psicotici ma può essere utilizzati per diversi problematiche sanitarie e sociali e in molteplici contesti: interventi a domicilio, gruppali, tempestivi, apparentemente informali. L'atteggiamento sembra in realtà molto professionale e tende a capire il significato e le funzioni svolte dai disturbi nel sistema senza cercare di modificarli con interventi esterni (consigli ecc. come può accadere nella terapia familiare) ma mira a riattivare il respiro e il dialogo, una comunicazione verbale e non verbale bloccate, essa stessa risultato del trattamento (il parlarsi fa sentire meglio) e al contempo, per suo tramite, le capacità di trovare soluzioni. Un intervento che rifugge la delega e al tempo stesso non ha nulla di miracoloso o salvifico. L'aiuto avviene con un metodo quasi filosofico- socratico e pur considerando in secondo piano l'intervento biologico, farmacologico non lo esclude affatto. Un approccio che con relativa umiltà riesce ad intervenire meglio laddove vi è un sistema familiare e di vicinato sofferente ma funzionante e cerca di riattivarlo, responsabilizzarlo, senza colpevolizzare alcuno.

Certamente l'intervento è molto più difficile in contesti frammentati, gravemente lesi, degradati o dove la gravità, la complessità (ad esempio per il concomitante uso di sostanze psicoattive) e l'evoluzione sfavorevole dei disturbi appare poco contenibile. Certo nel contesto Finlandese, l'Open Dialogue si realizza in un contesto nel quale la ricchezza di posti letto psichiatrici per quanto ridottasi rimane ben più elevata che in Italia.

Molti mi hanno chiesto come possiamo introdurre l'Open Dialogue (ma anche il budget di salute) nel nostro contesto. Il nostro è un servizio che si basa su un sistema di comunità nel quale si svolge la cura della persona e della famiglia. Lo facciamo con una forte integrazione con le Cure Primarie e i servizi social e su un modello per intensità di cura (*stepped care*) che oggi assiste come intero dipartimento, nelle diverse aree disciplinari, circa 15 mila persone (il 3% della popolazione della provincia di Parma). Questo pone la necessità di assicurare di selezionare e di dare priorità ai casi gravi e complessi.

Tuttavia, possiamo avere in ogni caso un atteggiamento mentale che tenga al centro la persona che soffre, da curare nel suo contesto di vita, (il territorio come luogo della cura) evitando il più possibile le soluzioni istituzionali. Stare accanto senza avere paura, tollerando l'incertezza, condividendo le difficoltà.

L'Open Dialogue come strumento, può essere utilizzato nei casi complessi, difficili, *non-responder*, per i quali gli investimenti sono già massicci e magari producono scarsi risultati in termini di salute, livello di funzionamento e qualità della vita e di soddisfazione soggettiva. Lo stesso può avvenire nei casi all'esordio pensando a forme innovative di intervento, in parte già sperimentate, al fine di trovare modalità di aggancio, di trattamento domiciliare intensivo evitando se possibile l'ospedalizzazione e lo stigma. Compito non facile ma che può dare luogo a risultati insperabili specie se vi sono risorse e una famiglia presente. Buon lavoro.

INTRODUZIONE

(Dott. Antonio Restori)

Premesse generali

Premesse epidemiologiche dell'Esordio Psicotico (*Onset Psychosis*).

La ricerca e la pratica clinica più innovative stanno evidenziando una area di bisogno rappresentata dalle esigenze di persone giovani nelle fasi iniziali delle psicosi schizofreniche (esordio o alto rischio), che in mancanza di un'individuazione tempestiva e di un intervento multidimensionale specifico e mirato possono scivolare verso un aggravamento della patologia e della conseguente disabilità e verso una irreversibile compromissione della possibilità di realizzare un soddisfacente progetto esistenziale (scuola, lavoro, tempo libero, relazioni amicali ed affettive).

Diverse ricerche, che hanno ormai un valore storico, dimostrano come le psicosi schizofreniche e le sindromi correlate siano caratterizzate, fin dalle loro fasi iniziali, da una progressione di sintomi e da multiple disabilità di natura sociale che durante il decorso della malattia si aggravano ulteriormente, alimentando il circolo vizioso Sintoma/Disabilità.

Inoltre è riportato che nel 73% dei casi il primo episodio psicotico è preceduto da un periodo mediamente da 2 a 4 anni in cui è possibile scorgere alcuni segnali di disagio e di difficoltà prima che si evidenzino in modo clamoroso i sintomi psicotici (Häfner et al.,1995; Häfner et al.,1999 Biological Psychiatry Volume 77, Issue 1, Pages A1-A12, e1-e4, 1-84 (1 January 2015) The New Psychiatric Genetics: Toward Next Generation Diagnosis and Treatment).

L'incidenza dei casi di Esordio Psicotico in Italia si attesta a 18/100.000 (Tarricone et al., 2012; Lasalvia et al, 2012)

Le manifestazioni prodromiche e l'esordio psicotico si collocano quindi in un'area di confine tra processi maturazionali normali e patologia, tra rischi e sintomi, tra le prime ambigue manifestazioni e difficoltà e un deterioramento stabilizzato, area da sempre difficilmente gestibile nei programmi terapeutici dei Servizi Psichiatrici del SSN, storicamente, organizzativamente e dottrinalmente orientati verso le patologie conclamate, stabilizzate o croniche. Si tratta anche di un'area condizionata da radicati e diffusi pregiudizi e da vincoli legati allo stigma che accompagna la malattia psicotica, dagli scarsi collegamenti organici tra i diversi ambiti della Sanità pubblica (medicina generale, neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, sportelli ed Agenzie rivolte ai giovani, ecc.) e, infine, dalla carenza, almeno fino a una decina di anni addietro, di convincenti ricerche riguardanti le modalità di esordio delle psicosi.

I disturbi psicotici colpiscono prevalentemente nel periodo intercorrente fra la tarda adolescenza e la prima età adulta (fra i 16 ed i 34 anni), periodo cruciale ai fini della costituzione della propria identità e del proprio ruolo sociale. I disturbi psicotici sono fra le cause di maggiore disabilità nel mondo. Il 75% dei soggetti trattati può conseguire una remissione sintomatologica a 6 mesi, ma solo il 20% riesce ad ottenere un recupero funzionale soddisfacente; la maggior parte presenta delle difficoltà di funzionamento psicosociale ed una bassa qualità della vita. I familiari di questi soggetti soffrono essi stessi di un significativo disagio psichico che diminuisce le loro capacità di gestire il

congiunto in difficoltà e quindi può peggiorare l'esito funzionale del paziente stesso. Gran parte del deterioramento clinico e sociale dei soggetti psicotici si instaura entro i primi 5 anni dall'esordio, il che sta ad indicare che occorre intervenire precocemente nei pazienti al primo episodio psicotico, per ottenere una rapida remissione dei sintomi, prevenire il deterioramento del funzionamento, migliorare le capacità di coping ed adattive, e fornire, al paziente ed ai suoi familiari, informazioni precise su origini, evoluzione e fattori di rischio per possibili ricadute del disturbo. Gli interventi psicosociali specifici per il trattamento degli esordi psicotici sono risultati efficaci in alcuni studi clinici randomizzati, ma ben pochi sono gli studi che hanno esaminato l'efficacia di questi interventi nella pratica clinica. Da citare comunque una recente ricerca multicentrica effettuata negli Usa nel 2006 da un gruppo di ricercatori della Univeristy of Kansas in collaborazione con la Brigham Young University e University of Iowa (Jacob D. Christenson D. Russell Crane Andrew R. Beer "Family intervention and health care costs for Kansas medicaid patients with schizophrenia" *Journal of Marital and Family Therapy July 2014, Vol. 40, No. 3, 272-286*), dove è stata dimostrata una sensibile riduzione della spesa sanitaria quando al trattamento farmacologico, sociale e psicologico è affiancato un sostegno terapeutico per la famiglia.

Premesse cliniche (rilevanze eziopatogeniche)

Gli esordi psicotici e schizofrenici compaiono in tarda adolescenza e nel giovane adulto, anche se ultimamente stiamo assistendo a un abbassamento veloce e drammatico dell'età di esordio di tutte le patologie psichiatriche.

Esiste per l'area degli esordi psicotici intrecciarsi di fattori patogeni di tipo biologico, psicologico e sociale. Gli studi sulla prognosi (storia naturale della malattia) e dell'efficacia dei trattamenti convergono nel mostrare l'esistenza di tre sottogruppi in ordine di crescente gravità.

- 1) i gravi disturbi della personalità e dell'affettività;
- 2) le schizofrenie paranoide e catatoniche dette anche produttive (tipo I);
- 3) le schizofrenie ebefreniche dette anche negative (tipo II) o disorganizzate.

Tutta una serie di ricerche fanno pensare all'esistenza di una vulnerabilità di tipo biologico, ma nessuna ricerca ha però potuto dimostrare una eziopatogenesi biologica. Quello biologico è quindi ipotizzabile come un importante fattore di rischio o vulnerabilità.

La ricerca considerata dai clinici più significativa è quella condotta in Finlandia da Tienari su figli di madri schizofreniche dati in adozione (Tienari P., Wynne L.C., Moring J., Lahti I., Naarala M., Sorri A., Wahlberg K.E., Saarento O., Seitamaa M., Kaleva M., Laksy K., 1994. *The Finnish Adoptive Family Study of Schizophrenia: Implications for family research*. British Journal of Psychiatry 23). Una vasta popolazione di famiglie adottive è stata studiata a divisa in due sottogruppi: famiglie ben funzionanti e famiglie mal funzionanti. Si è potuto statisticamente dimostrare che i figli di madri schizofreniche inseriti in famiglie ben funzionanti avevano un funzionamento personale analogo ai figli di madri non schizofreniche. Viceversa, nelle famiglie mal funzionanti, i figli di madri schizofreniche arrivano ad un funzionamento personale molto peggiore dei figli adottivi di madri biologiche non schizofreniche. Questa ricerca sottolinea come il fattore genetico ed il fattore familiare siano entrambi di decisiva importanza ed interagiscano l'uno con l'altro. Sicuramente un buon funzionamento familiare è un fattore protettivo anti-psicotico. Possiamo pensare che i due fattori possono allora convergere nel produrre una vulnerabilità ad una

serie di deficit che nel corso dello sviluppo possono progressivamente ridursi o amplificarsi. Come sostiene la Klein (1952) possiamo pensare che nella psicosi un deficit di fondo sia dato da una particolare incapacità di tollerare/gestire l'angoscia. Tale vulnerabilità porta a far ricorso alle difese più estreme, dette appunto psicotiche. Tale deficit di fondo si collega in modo complesso a tutta una serie di deficit che sono stati studiati soprattutto nella tradizione cognitivista: deficit di decentramento (pensiero egocentrico), deficit metacognitivo e così via (Semerari, 1999).

Un'ipotesi legata alla disorganizzazione dell'attaccamento è stata già proposta da Liotti (1994) per i disturbi dissociativi e i disturbi di personalità borderline e potrebbe essere riproposta anche per tutta l'area psicotica, nei termini di ulteriore accentuazione della disorganizzazione sulla base dei fattori biologici e psicologici di cui abbiamo parlato. Nelle schizofrenie non molto frequentemente si incontrano eventi traumatici significativi nella vita dei pazienti, anzi, i fattori di scempenso di solito colpiscono per la loro "normalità": una crisi sentimentale, un allontanamento da casa ecc.

La disorganizzazione dell'attaccamento può essere vista anche dal punto di vista di un altro fondamentale parametro, quello della capacità di esprimere la propria sofferenza. Anche qui troviamo una sostanziale alternanza tra espressione verbale o agita dell'angoscia psicotica. Una capacità di verbalizzare la sofferenza si associa con un polo dipendente della personalità (attaccamento disorganizzato-ambivalente), mentre la negazione della sofferenza si associa con un polo autoreferenziale (attaccamento disorganizzato-evitante).

Nell'esperienza clinica inoltre incontriamo genitori fortemente patologici che hanno figli sani e genitori sani che hanno figli gravemente patologici. L'esperienza della terapia familiare mostra infatti come elemento importante non tanto quello della patologia del genitore quanto quello della confusione. In questo specifico senso la teoria del doppio legame resta del tutto attuale (Bateson). La psicopatologia del genitore non è necessariamente un fattore di confusione. Infatti le ricerche sui figli di pazienti psichiatrici mostrano come genitori vissuti dai figli come malati siano molto meno patogeni di genitori che non sono apertamente tali. In particolare le madri paranoiche "ben funzionanti" hanno il maggior numero di figli sofferenti (Fava Vizziello et al., 1991).

Gli schizofrenici non sono quasi mai dei bambini rifiutati dalle madri o dalle famiglie. Le ricerche sull'infanzia degli schizofrenici hanno mostrato l'esistenza di due categorie di madri: quelle con un ottimo ricordo della loro maternità, quelle che stavano vivendo periodi difficili. Questo dato quindi non differenzia gli schizofrenici dai bambini in generale.

E' inoltre significativo che i bambini che vengono espulsi dalle loro famiglie non sviluppino sintomi psicotici, quanto piuttosto disturbi della personalità di tipo asociale o antisociale.

Dal punto di vista del contesto familiare, come abbiamo già visto con lo studio di Tienari sui bambini adottivi, esistono le prove di una sua possibile patogenicità in interazione con una vulnerabilità biologica dello specifico soggetto. Una conferma viene anche dalla ricerca di Goldstein. In uno studio longitudinale di quindici anni condotto all'università della California (UCLA), su 45 famiglie che avevano chiesto aiuto per un adolescente problematico, viene dimostrata la predittività per l'insorgenza di un disturbo schizofrenico di un clima familiare caratterizzato da elevata emotività espressa e da comportamenti interattivi negativi (Doane, Goldstein et al., 1986; Goldstein, 1987).

L'esordio dei disturbi psicotici avviene, come già affermato per lo più durante l'adolescenza o nel periodo di transizione all'età adulta, con importanti effetti negativi sul processo di maturazione personale e professionale dell'individuo quali il ritiro sociale e difficoltà nella gestione della vita quotidiana e nel mantenimento di ruolo, proprio nella fase in cui i familiari hanno molte aspettative

verso il futuro e l'autonomia di ragazzi e ragazze. Il significativo impatto dei disturbi psicotici sui giovani si estende alle loro famiglie e, in modo più ampio, all'intera società, poiché dopo un primo episodio psicotico e/o una prima ospedalizzazione la gestione della situazione passa alla "comunità". Per i pazienti più giovani la responsabilità del monitoraggio e del supporto spettano tipicamente ai familiari, dato che la maggior parte dei pazienti, soprattutto quelli giovani, risiede ancora presso i genitori (Davis et al., 1998). Come per ogni altra malattia grave che può insorgere quando il percorso evolutivo non è compiuto, una delle conseguenze possibili è il prolungamento del ruolo di caregiver della famiglia. Numerosi studi hanno dimostrato come i parenti di giovani che sviluppano un disturbo psicotico riportino un senso di carico, stress, ansia, depressione, bassa qualità della vita, ridotto supporto sociale e problemi economici (Reed, 2008; Lueboonthavatchai e Lueboonthavatchai, 2006; Foldemo et al., 2005; Patterson et al., 2005; Addington et al., 2003; Martens e Addington, 2001).

Il carico familiare è un costrutto complesso, generalmente distinto in oggettivo e soggettivo. Il carico oggettivo concerne i sintomi presentati dai pazienti, le caratteristiche comportamentali e socio-demografiche, i cambiamenti nella routine familiare, nelle relazioni sociali e nel lavoro, lo stato di salute fisica; il concetto di carico soggettivo, in aggiunta all'impatto emotivo, psicologico e fisico del disturbo sul caregiver, implica la presenza di vergogna, imbarazzo, senso di colpa e auto-biasimo nei familiari (Awand e Voruganti, 2008; Reine et al., 2003).

Solitamente, il carico è maggiore in relazione alla severità dei sintomi, al senso di colpa e alle conseguenze del disturbo percepite dai caregiver sulla loro vita e su quella del paziente, e il carico oggettivo aumenta con il prolungarsi del disturbo; al contrario l'esperienza di caregiver viene valutata positivamente, con una riduzione dello stress e della sofferenza, qualora si percepisca una possibilità di controllo sulla malattia, la presenza di supporto emotivo e si usino strategie di coping attive. La rappresentazione cognitiva della psicosi e le abilità di coping nei familiari possono quindi avere un peso rilevante nella valutazione del ruolo di caregiver, soprattutto nelle fasi precoci della malattia, con conseguenti implicazioni per i professionisti nella scelta degli interventi più adeguati. Gli esiti individuali e familiari dipendono anche dalla motivazione e dalla capacità del paziente di aderire al trattamento e alla farmacoterapia (Muller, 2004; Olfson et al., 2000), e al livello di Emotività Espressa (EE) nell'ambiente familiare.

L'attenzione, scientifica e clinica, rivolta ai caregiver dei pazienti psicotici è stata influenzata, negli ultimi decenni, proprio dalle ricerche sull'analisi dei costrutti della EE e sul suo ruolo nel "recovery" del soggetto sofferente.

Gli studi che hanno analizzato le famiglie di pazienti giovani all'esordio hanno dato risultati controversi: in alcuni non è stata riscontrata un'associazione tra alta EE (HEE) e ricadute (Stirling et al., 1991; Rund et al., 1994), mentre altre ricerche hanno rilevato un'associazione positiva (Barrelet et al., 1990; Linszen et al., 1996). Un dato interessante è, comunque, la elevata presenza, nei familiari ad HEE, di Ipercoinvolgimento emotivo (EOI) - rispetto al Criticismo (C) e all'Ostilità (H) - e la sua tendenza a trasformarsi nel tempo in criticismo.

La alta EE può essere considerata predittiva del tasso di ricadute e della severità della schizofrenia (Addington et al., 2003). Infatti, mentre i familiari a bassa EE (LEE) fungono da fattore di protezione, quelli ad alta EE sviluppano interazioni familiari stressanti che incidono sulla vulnerabilità bio-psicologica dell'individuo incrementando la probabilità di ricadute e il corso del disturbo.

Non è ancora stato chiarito come la alta EE in ambito familiare possa influire sulle ricadute nei disturbi psicotici.

Secondo Addington e al. (2003), la difficile esperienza dei caregiver di giovani all'esordio psicotico è associata a variabili d'esito come le sintomatologie positive e negativa e il funzionamento sociale. I risultati di una recente ricerca su soggetti con psicosi e loro familiari, indicano come questo effetto possa essere mediato dai cambiamenti affettivi (modello cognitivo): i pazienti con famiglie ad alta EE mostrano più elevati livelli di ansia e depressione, ma non di sintomi positivi; il criticismo è associato all'ansia dei pazienti, a una bassa autostima e a scarse strategie di coping dei familiari; la bassa autostima del caregiver è correlata a depressione, stress e carico emotivo nonché alla bassa autostima del congiunto (Kuipers et al., 2006).

Il collegamento tra alta EE, autostima e sintomatologia fornisce delle indicazioni importanti per la definizione degli obiettivi nel trattamento della famiglia; quest'ultima può avere un ruolo importante nella remissione dalla psicosi, se supportata e aiutata dai professionisti della salute mentale ad affrontare la paura, l'angoscia e la rabbia conseguenti alla malattia del congiunto.

Secondo Kuipers e Raune (2000) i programmi d'intervento rivolti alle famiglie di soggetti giovani all'esordio del disturbo devono focalizzarsi sul cambiamento dei fattori associati alla alta EE (criticismo, ostilità, ipercoinvolgimento emotivo), con l'obiettivo di ridurre lo stress, il carico oggettivo e soggettivo dei membri della famiglia, migliorandone il benessere psicofisico e la qualità della vita. La metanalisi di Pilling et al. (2002) ha evidenziato come il trattamento familiare individuale, rispetto agli interventi di gruppo, abbia migliori esiti sulla remissione della sintomatologia, sul numero di ricadute e sulla compliance farmacologica; l'intervento cognitivo-comportamentale, inoltre, produce migliori esiti al follow-up e minori tassi di drop-out.

Veltro et al. (2006) hanno valutato l'efficacia dell'intervento familiare comportamentale secondo il modello di Falloon (1992) rispetto al trattamento standard, con un follow-up a 1 e 11 anni, con i seguenti risultati: 1) dopo un anno si rilevano significative differenze per severità dei sintomi positivi, grado di autonomia e carico oggettivo/soggettivo dei familiari; 2) dopo 11 anni si rilevano marcate differenze nel tasso di ospedalizzazioni e drop-out.

È stata riscontrata una associazione positiva tra gli interventi psicoeducativi con le famiglie e una riduzione del 20- 50% del tasso di ricadute necessitanti una nuova ospedalizzazione per i pazienti (Glynn et al., 2007; McFarlene et al., 2003); inoltre, la psicoeducazione con i caregiver risulta più efficace nel prevenire le ricadute che il solo trattamento individuale o farmacologico (Pitschel-Walz et al., 2001).

Una recente metanalisi (Lincoln et al., 2007) sull'efficacia della psicoeducazione indica come gli interventi che includono la famiglia hanno un maggior effetto nel ridurre la sintomatologia alla fine del trattamento e nel prevenire le ricadute considerando 7-12 mesi di follow-up.

Askey et al. (Askey et al., 2007) indicano come l'intervento con i caregiver di pazienti all'esordio psicotico sia efficace qualora sia presente alta EE nella famiglia, ma allo stesso tempo suggerisce, nelle famiglie valutate a bassa EE, il rischio che l'intervento stesso possa aumentarne il livello.

Nelle fasi iniziali del disturbo è auspicabile coinvolgere i familiari in programmi d'intervento con obiettivi come la riduzione e/o la prevenzione della EE, il miglioramento dell'autostima, della qualità delle relazioni e delle modalità di comunicazione all'interno della famiglia, l'apprendimento di abilità di coping e di problem solving (McFarlene et al., 2003, Addington et al., 2005).

I programmi di psicoeducazione rivolti alle famiglie devono provvedere a fornire corrette informazioni sul disturbo, aiutare i caregiver a gestire in modo adeguato i problemi dei pazienti,

riducendone il livello di stress e sofferenza e offrendo, allo stesso tempo, un supporto sociale ed emotivo (Gearing, 2008; Worakul et al., 2007).

Modelli clinici di intervento: efficacia e limiti a confronto

Ricerche attendibili hanno dimostrato l'inefficacia della psicoterapia individuale psicodinamica con i pazienti schizofrenici (Gomes-Schwartz, 1984, p. 324). Un dato confermato dagli studi della Columbia University (Stone, 1986) e di Chesnut Lodge; due pazienti schizofrenici su tre erano migliorati solo marginalmente o erano ancora malati al momento del follow-up (McGlashan Keats, 1989). Nella stessa ricerca di Chesnut Lodge solo un paziente su tre presentava la medesima compromissione tra quelli diagnosticati come psicotici non schizofrenici (disturbi affettivi maggiori e gravi disturbi della personalità). Una differenza di prognosi molto netta confermata dal progetto di ricerca sull'efficacia della terapia familiare sistemica nelle varianti paradossale e prescrizione invariabile dal gruppo sistemico di Milano di Matteo Selvini (Selvini e Pasin, 2005). È stata invece dimostrata una maggiore efficacia degli interventi farmacologici combinati con interventi psicosociali e psicotrici. Il dato che appare maggiormente confermato riguarda le guarigioni complete a lungo termine che appare essere tra il 23% (Bleuler, 1968) e il 29% (Huber et al.; Ciompi e Muller, 1987). Questo nel caso in cui si considerino gli "esordi schizofrenici" (quindi non solo i casi che restano sintomatici per sei mesi casi che hanno una prognosi peggiore).

Dal momento che gli esordi psicotici e schizofrenici compaiono in tarda adolescenza e nel giovane adulto, per motivi diagnostici, di trattamento e di prevenzione, è fondamentale sottolineare che "l'esordio" è solo apparentemente improvviso, e che si mostra come l'esito di una storia relazionale ed emotiva complessa, non riducibile in un trattamento centrato sul sintomo come quello proposto dal modello **cognitivo-comportamentale** (TCC). Questo approccio si fonda sull'attuazione precoce di specifici interventi farmacologici e psicosociali, inclusivi di una psicoterapia ad orientamento cognitivo-comportamentale per il paziente, di un intervento psicoeducativo con le famiglie e di un'organizzazione dell'assistenza secondo il modello del case management che coinvolga tutte le figure professionali coinvolte. Obiettivo del programma terapeutico è pertanto l'adozione nella pratica clinica di modelli e tecniche d'intervento condivisi e partecipati, mirati al trattamento dell'esordio psicotico secondo le indicazioni delle linee guida nazionali (sistema nazionale per le linee guida, 2007) e internazionali (NICE, 2004) per il trattamento degli esordi psicotici e secondo alcune indicazioni di una parte della ricerca scientifica.

Allo stato attuale non sono però ancora stati forniti dati chiari circa gli esiti dell'applicazione di questo modello.

Da uno studio sul confronto degli esiti terapeutici, sarebbero emerse significative differenze negli esiti sia psicopatologici che relativi al funzionamento sociale tra diversi Centri terapeutici in pazienti trattati con lo stesso programma CBT (Lewis et al 2002,)

Nuove analisi evidenziano che tali differenze potevano in gran parte essere spiegate dalla diversità riscontrata nella capacità di costruire alleanza terapeutica, coinvolgimento/motivazione del paziente (Dunn and Bentall, 2012).

I limiti dell'approccio cognitivo comportamentale (TCC) sono inoltre individuabili nel metodo di intervento su un'area problematica che andrebbe affrontata con un'attenzione maggiore per le dinamiche relazionali ed emozionali complesse che la caratterizza. Inoltre dovrebbe essere valutato

uno spettro ampio di manifestazioni cliniche degli esordi psicotici, e per questo una modulazione più personalizzata dei modelli trattamentali di intervento. Se da una parte questo approccio si **focalizza sul sintomo**, e ciò può essere utile nella prima fase della terapia quando la sofferenza del soggetto è troppo intensa, è anche opportuno ritenere che questa restrizione dell'ambito terapeutico impedisce una ristrutturazione realmente duratura e il superamento delle problematiche profonde; in effetti è stato riscontrato come la terapia cognitivo-comportamentale (TCC) sia risultata poco efficace quando il cambiamento richiedeva una modificazione della personalità, e non solo del comportamento, specie nell'area clinica degli esordi psicotici. Ciò significa inoltre che il sintomo, su cui la terapia si focalizza, potrebbe essere sì superato, ma i problemi che ne sono alla base rimarrebbero intanto attivi e patogeni in altre aree di vita del soggetto, continuando a produrre o producendo difficoltà più o meno gravi in aree vitali per lo sviluppo, scelte di lavoro sbagliate, relazioni sentimentali non costruttive, ecc. in grado di provocare anch'esse notevoli sofferenze.

Si può quindi affermare che le tecniche cognitivo comportamentali, correttamente usate all'interno di un valido rapporto terapeutico, abbiano dimostrato di poter essere efficaci laddove i disturbi presentati dai pazienti erano circoscritti e non radicati in problemi più profondi della personalità. In ultima analisi, potendo questo tipo di terapie essere in qualche modo considerate terapie "dell'educazione", "della persuasione" e "del buon senso", è comprensibile che risultino maggiormente utili nelle situazioni di disagio semplici e poco radicate nella struttura mentale.

Essendo l'esordio psicotico una condizione mentale che esita da un percorso vitale, cognitivo, emotivo e relazionale, molto complesso, non è possibile affermare che possa esistere un approccio epistemologico clinico unicamente valido per la sua cura.

Inoltre la terapia cognitivo-comportamentale (TCC) si basa su dati di laboratorio. Si vedano i classici esperimenti sull'apprendimento condizionato di Pavlov, Skinner, Watson. Tuttavia, la sua concretezza empirica non è sinonimo di maggior validità clinica.

Ciò è dimostrato dal fatto che la maggior parte delle revisioni di letteratura sugli studi empirici che hanno cercato di determinare la validità dei diversi modelli psicoterapeutici, evidenzia una parità di efficacia della TCC rispetto ad altri trattamenti.

Definiamo l'**efficacia** come **validità**, ossia come capacità di una psicoterapia di fornire sollievo o risolvere determinati quadri sintomatologici.

Luborsky nel 1975 studiò tre tipi di psicoterapie: **psicodinamiche, rogersiane e comportamentali**, osservando che i pazienti avevano ottenuto gli stessi benefici (Migone, 1995).

In una meta-analisi Smith e Miller (1980) osservarono che la terapia rogersiana è efficace quanto altre forme di terapia, compresa la TCC.

Successivamente, Greenberg e collaboratori (1994) hanno effettuato una meta-analisi di oltre 20 studi sulle terapie umanistiche e non, ivi compresa la TCC. La maggior parte degli studi ha evidenziato un'efficacia pari alla terapia cognitiva.

Un altro studio (Grame, Caspar e Ambuhl, 1990) confrontò la terapia centrata sul cliente (rogersiana) con diverse varianti della TCC, evidenziando che entrambi gli approcci erano ugualmente efficaci.

Un'ulteriore revisione di Shedler (2010) dell'Università del Colorado passa al setaccio una grossa mole di studi e meta-analisi, evidenziando come la terapia psicodinamica non avesse, in termini di risultati, nulla in meno rispetto ad altre forme di psicoterapia, compresa la TCC.

Vi sono dati APA (American Psychological Association) sulle terapie validate empiricamente che evidenziano solo come nello specifico di determinati sintomi le tecniche TCC dimostrano una

consolidata efficacia. Ma dal momento in cui le revisioni di letteratura segnalano una certa equivalenza, in termini di benessere generale e raggiungimento dei risultati, sembra evidente che la supposta superiorità della TCC evidenziata dall'APA consiste solo nella possibilità di quantificare la somministrazione del metodo (tecniche specifiche per sintomi specifici) per la soluzione del sintomo.

Tuttavia, tutte le psicoterapie raggiungono lo stesso risultato, ossia le psicoterapie sono tutte efficaci. La differenza nella ricerca empirica fra terapie psicodinamiche e umanistiche da una parte e la TCC dall'altra, è che nelle prime è più difficile una quantificazione in termini di tecniche specifiche per sintomi specifici, mentre la TCC offre questa possibilità.

Inoltre, altri studi dimostrano addirittura la scarsa efficacia della TCC per determinate patologie. Uno studio del 2005 confronta la TCC con la terapia aspecifica di supporto nei disturbi del comportamento alimentare, evidenziando addirittura una superiorità di quella aspecifica di supporto (McIntosh, 2005).

Nel 2006 Bulik evidenzia come nei DCA sia la **terapia familiare** ad essere maggiormente efficace (Bulik, 2006).

Una meta-analisi pubblicata su *Medicine Psychological* sull'efficacia della TCC nei disturbi schizofrenici e bipolari, ha evidenziato che la TCC non è stata efficace nel ridurre i sintomi della schizofrenia né di prevenire le ricadute, mentre un effetto moderato è stato osservato della depressione nel bipolare ma nessuna capacità nel prevenire le ricadute del disturbo bipolare (Lync et al, 2010).

La maggior parte delle psicoterapie di derivazione **psicodinamica o umanistico-esistenziale** basa la propria epistemologia su teorie della personalità, dedotte da osservazioni cliniche o concezioni filosofiche dell'uomo, senza concretezza in termini di dati sperimentali, anche se questo non le rende meno funzionali in termini di risultati clinici.

Di nuovo, per i disturbi psicotici i dati APA confermano una certa efficacia degli interventi familiari.

Possiamo affermare quindi che una psicoterapia è più efficiente di un'altra se è in grado di raggiungere gli stessi risultati con minor dispendio di risorse e in minor tempo.

La maggior parte degli studi empirici fin qui visti non si è interessata al problema **dell'efficienza**, ma solo a quello **dell'efficacia**.

Tuttavia, altri autori (Palazzoli, Boscolo et al. 1975; Watzlawick et. al. 1974; Nardone et al, 1997; L'Abate, Weeks, 1982) si sono posti proprio il problema della rapidità dei risultati e sembrano confermare come **le terapie sistemico familiari e strategiche** abbiano, rispetto ad altre forme di intervento psicoterapeutico, una efficienza clinicamente significativa.

In conclusione, quando gli specialisti del metodo cognitivo-comportamentale affermano che il loro modello terapeutico sarebbe l'unico scientificamente valido, o il più scientificamente valido, commettono una sorta di **"inganno" epistemologico**. Tecnicamente è corretto affermare che la TCC si basa su evidenze scientifiche, ma è **scorretto** affermare che la TCC avrebbe una maggior efficacia scientificamente dimostrata rispetto ad altre forme di psicoterapia, come abbiamo visto.

Percorsi clinici attivi sul territorio nazionale e regionale

Gli interventi attualmente maggiormente utilizzati in Italia nel trattamento dell'esordio psicotico sono di tipo **cognitivo-comportamentale**. Questo approccio si fonda sull'attuazione precoce di specifici interventi farmacologici e psicosociali, inclusivi di una psicoterapia ad orientamento cognitivo-comportamentale per il paziente, di un intervento psicoeducativo con le famiglie e di un'organizzazione dell'assistenza secondo il modello del case management che coinvolga tutte le figure professionali coinvolte. Obiettivo terapeutico è pertanto l'adozione nella pratica clinica di modelli e tecniche d'intervento condivisi e partecipati, mirati al trattamento dell'esordio psicotico secondo le indicazioni delle linee guida nazionali (sistema nazionale per le linee guida, 2007) e internazionali (NICE, 2004) per il trattamento degli esordi psicotici e secondo alcune indicazioni di una parte della ricerca scientifica.

Riguardo ad una panoramica generale in Italia può essere segnalato il gruppo di lavoro dell'Unità Funzionale Salute Mentale Adulti del Distretto "Zona Grossetana" della **Azienda USL 9 di Grosseto** che ha in attivo dal 2007 un progetto del Dipartimento Salute Mentale della stessa ASL, finanziato dalla Regione Toscana, e dal Progetto Nazionale sugli esordi psicotici del CCM promosso dal gruppo milanese di "**Programma 2000**" (Milano, Catanzaro, Grosseto, Nocera e Roma, Meneghelli et al., 2009). Dal 2011, conclusa la fase sperimentale, è divenuto un programma stabile di prevenzione e trattamento specifico del DSM.

L'esperienza conferma come un programma di cura efficace dei soggetti psicotici non possa fare a meno dell'apporto specifico che i genitori e la famiglia danno, attraverso una visione condivisa delle difficoltà, dei miglioranti della situazione di vita del ragazzo, nonché nell'operare a partire da uguali obiettivi.

Il programma di Intervento Precoce nelle Psicosi attivato dal DSM dell'Azienda sanitaria di Grosseto contribuisce, insieme ad altri indirizzati verso altre specifiche problematiche, ad un "*fronteggiamento*" del disagio psichico più moderno e al passo con i tempi, nel senso che occorre "*arrivare prima e arrivare in tempo*", prima che il disagio psico-emotivo sfoci in condizioni di acuzie, di sintomatologia psichiatrica o evolva in stato cronico.

E' attivo da tempo nella regione Veneto il Progetto PICOS (Psychosis Incident Cohort Outcome Study); è il primo studio multicentrico italiano, e uno dei pochi nel mondo, sull'esito dei nuovi casi di psicosi che giungono all'attenzione dei Dipartimenti di Salute Mentale; analizza il ruolo dei fattori clinici, sociali, genetici e morfo-funzionali cerebrali nel predire l'esito dei nuovi casi di psicosi.

Il ruolo ed il peso relativo giocato dai fattori biologici ed ambientali nel determinare l'insorgenza della psicosi e nel condizionarne il successivo decorso ed esito resta una questione ancora in gran parte irrisolta. Pochi studi infatti hanno affrontato l'analisi dell'eterogeneità degli esiti delle psicosi attraverso la valutazione di diversi indicatori psico-sociali e l'esplorazione dei vari predittori in ciascuna dimensione dell'esito. Ancor meno studi hanno tentato di affrontare, all'interno di un'unica e coerente cornice sperimentale, lo studio di come i fattori di tipo genetico e psico-sociale interagiscano tra di loro nel determinare l'insorgenza e l'evoluzione delle psicosi; nessuno, inoltre, ha mai tentato di integrare negli studi di outcome psico-sociale i dati provenienti dalla genetica quantitativa e molecolare con le tecniche di neuroimaging funzionale. Questo progetto ha l'ambizioso obiettivo di colmare questa lacuna. Si basa sull'esperienza acquisita, sin dalla fine degli anni '80, sulla valutazione dell'esito presso la Sezione di Psichiatria dell'Università di Verona sotto

la direzione di Michele Tansella e condotta, in particolare, dall'Unità di Valutazione dell'Esito coordinata da Mirella Ruggeri; si colloca, inoltre, all'interno di un più ampio programma di ricerca avviato recentemente dalla Sezione di Psichiatria volto all'integrazione dei fattori bio-psico-sociali nella valutazione dell'esito dei disturbi psichici.

Oltre a fornire un significativo contributo di natura scientifica alla conoscenza delle psicosi maggiori, la realizzazione del Progetto PICOS dovrebbe consentire di ottenere una serie di benefici addizionali per i Servizi di Salute Mentale partecipanti. L'arruolamento dei Dipartimenti di Salute Mentale della Regione Veneto è iniziata nel febbraio 2004 e l'adesione è stata massiccia, a coprire un territorio di riferimento dove vivono circa 3.800.000 abitanti, che costruiscono oltre l'85% degli abitanti della Regione stessa. Non sono reperibili attualmente significativi risultati della ricerca.

Alcuni ricercatori del Progetto PICOS sono confluiti dal 2012 nel Programma Strategico GET UP (**G**enetics, **E**ndophenotypes and **T**reatment: **U**nderstanding early **P**sycho**S**is). Fanno parte del progetto i Servizi di Salute Mentale di Verona (capofila) con la Regione Veneto, Firenze, Bolzano, Milano, e la Regione Emilia Romagna.

Il progetto è suddiviso in 4 aree di intervento con obiettivi convergenti a partire dalla messa a punto e la verifica dell'efficacia nella pratica clinica di un intervento psicosociale specifico, fondato sulle linee-guida, per i pazienti all'esordio psicotico e i loro familiari; inoltre si cerca di identificare strategie farmacologiche personalizzate, allo scopo di ridurre il numero di soggetti non responder e di contenere i costi per la spesa farmaceutica; si indaga il ruolo dei fattori morfofunzionali cerebrali e delle caratteristiche neuropsicologiche nel modulare l'esito, la risposta ai trattamenti e la reazione allo stress.

I CSM che partecipano al Progetto potrebbero acquisire competenze ed esperienze specifiche nell'ambito della valutazione delle psicosi; tali competenze potranno costituire una base conoscitiva di buona utilità per l'avvio di esperienze analoghe negli altri DSM italiani. I dati ottenuti renderanno possibile identificare il profilo dei pazienti e familiari che rispondono maggiormente a tale approccio con identificazione precoce di tipologie di pazienti a prognosi favorevole e stimoleranno nuovi studi per costruire interventi diversificati indirizzati ai non responders o a coloro che non accettassero questo approccio. Sarà possibile identificare i fattori ambientali associati con l'insorgenza e con specifici tipi di decorso ed esito delle psicosi e ciò sarà di guida per effettuare interventi preventivi. L'arruolamento di una coorte di pazienti all'esordio psicotico valutata al baseline e con un follow-up a breve termine (9 mesi) nei quali verrà raccolto DNA e materiale biologico in congiunzione con dati clinici d'esordio costituirà una Bio-Banca importante per identificare marcatori di evoluzione a breve e lungo termine e consentirà di effettuare in futuro, rintracciando i soggetti arruolati nello studio, follow-up ulteriori, a medio e lungo termine. Sarà possibile effettuare analisi costi/benefici relative al vantaggio che valutazioni farmacogenetiche, morfometriche e neuropsicologiche producono in termini di trattamenti più mirati relativamente alla spesa per farmaci, servizi, recupero o mantenimento del funzionamento del paziente e dei familiari. L'insieme dei progetti GETUP potrebbe avere ricaduta significative nella messa a punto di strategie di prevenzione e promozione della salute mentale. Essendo ancora in sperimentazione, non sono pubblicati dati ufficiali significativi della ricerca. E bisogna sottolineare che l'approccio trattamentale psicoterapeutico elettivo individuato nella ricerca-azione è quello cognitivo-

comportamentale e psicoeducativo, su cui si è già accennata la scarsa efficacia in termini di risultati a medio-lungo termine.

Il Modello Finlandese dell'*Open Dialogue*

Un articolo dal titolo *Talking Back to Madness* apparso recentemente su *Science*, Michael Balter, professore di giornalismo medico-scientifico già alla Boston University e attualmente alla New York University (2014), ha provato a fare il punto sulla controversa situazione degli approcci psicoterapeutici alla schizofrenia.

L'autore propone una breve rassegna di dieci recenti studi che riassumono lo stato dell'arte dell'efficacia psicoterapeutica di questi approcci alla schizofrenia: accanto ad una moderata efficacia della psicoterapia psicodinamica (Rosenbaum et al., 2012) o della CBT (Morrison et al., 2014; Grant et al., 2012; Van der Gaag et al., 2012), spesso associate al trattamento farmacologico tradizionale, Balter cita il lavoro di Seikkula e collaboratori (2011), che ha coinvolto 117 pazienti al primo episodio psicotico. Il lavoro dei ricercatori finlandesi, tra i dieci presi in esame, è l'unico a vantare una percentuale di guarigione dell'81% grazie ad un trattamento psicoterapeutico familiare intensivo che coinvolge anche la rete sociale del paziente.

Jaakko Seikkula, ha definito questo approccio "Open Dialogue Approach": Approccio del dialogo aperto.

L'obiettivo del progetto è lo sviluppo di un modello globale di trattamento psichiatrico centrato sulla famiglia e sulla rete sociale, attraverso il quale il paziente possa essere aiutato all'interno (e con l'essenziale contributo) del suo personale sistema sociale di supporto. Il trattamento di rete implica una visione in cui il sistema familiare esteso è considerato agente e non oggetto del cambiamento. La rete attorno alla famiglia viene mobilitata per agganciare nuove prospettive e idee sul problema, al fine di promuovere cambiamenti positivi. Questo nuovo approccio ha iniziato a funzionare in maniera consistente e completa a partire dalla metà degli anni Novanta, applicato al servizio sanitario pubblico, ed è oggi uno degli approcci terapeutici maggiormente studiati in Finlandia, oltre ad essere quello che attualmente sta registrando i risultati più sorprendenti per la cura della psicosi (l'84% dei pazienti è tornato attivamente alla propria vita sociale e lavorativa). Questi risultati sono stati confermati anche da uno studio che ha dimostrato una significativa diminuzione dell'incidenza annua della schizofrenia nella regione finlandese dopo l'implementazione del metodo Open Dialogue (da 33 nuovi pazienti l'anno su 100.000 abitanti nel 1985 a 2 nuovi pazienti l'anno su 100.000 abitanti nei primi anni del 2000). Allo stesso tempo è anche diminuita la proporzione dei casi di schizofrenia all'interno dello spettro dei disturbi psicotici, e questo indica che poche delle crisi iniziali si sono poi evolute in schizofrenia.

Il modello di Seikkula è basato su 6 squadre mobili di intervento sulla crisi (per un territorio di 72000 abitanti) incaricate di organizzare e condurre il trattamento per ogni caso di esordio psicotico. La squadra è rappresentata da un gruppo multi-professionale composto da psichiatri, psicologi-psicoterapeuti, infermieri, operatori sociali e la sua mobilità interessa sia la disponibilità a effettuare visite domiciliari sia la cooperazione flessibile con le unità ospedaliere. Il team incaricato di un determinato caso organizza l'incontro di ingresso col paziente, la sua famiglia e gli altri membri chiave della sua rete sociale entro 24 ore dal primo contatto del paziente con il servizio e si assume la responsabilità di analizzare il problema, pianificare il trattamento e accompagnare quel nucleo familiare per l'intero periodo necessario alla guarigione del paziente, in qualsiasi *setting*

(ambulatoriale o ospedaliero). Disporre un aiuto immediato e tempestivo consente di evitare l'ospedalizzazione ogni qualvolta è possibile, mentre assicurare la continuità psicologica e di presa in carico rende più flessibili i confini tra strutture e tipi di trattamento differenti, contribuendo a stabilire un'efficace alleanza e prevenire i drop-out. Questa modalità di organizzazione implica che il paziente psicotico partecipa sin dal principio agli incontri, anche durante il periodo di crisi più intensa.

Tutte le persone coinvolte negli incontri divengono potenziali partner competenti nel processo di analisi, di pianificazione e di cura. Nell'area tra i partecipanti al dialogo ognuno esprime, con la propria voce, la personale visione del problema e si genera una nuova comprensione condivisa che va al di là della cognizione che ogni singolo partecipante, inclusi i membri dello staff, può avere della crisi attuale. Il team non pianifica anticipatamente i temi dell'incontro, che scaturiscono invece naturalmente nel momento presente, assecondando la "pressione" esercitata dalla presenza di tutti gli attori coinvolti. Tutto ciò che riguarda il percorso terapeutico è discusso apertamente, in presenza di tutti, e non ci sono riunioni separate per i membri dell'equipe: il team ritaglia momenti specifici per le conversazioni riflessive al suo interno durante le quali discute idee, affermazioni e osservazioni, mentre la famiglia ascolta.

Il metodo Dialogo Aperto rappresenta un importante contributo per allargare e approfondire le possibilità delle terapie basate sul dialogo e invita a ripensare la schizofrenia come una "crisi del linguaggio", un modo singolare, tragico e distruttivo di affrontare una crisi, un evento terrificante e alienante della vita del paziente.

La terapia del Dialogo Aperto rappresenta il tentativo di restituire senso e spazio al non-senso, cioè a quegli eventi di vita inconciliabili nella propria storia personale. L'obiettivo di ridurre l'isolamento del paziente è perseguito focalizzandosi sul dialogo e creando i contesti adatti e le relazioni ideali che lo incoraggiano e sostengono. Il dialogo è considerato lo strumento attraverso il quale è possibile verbalizzare e significare i traumi vissuti piuttosto che esprimerli sotto forma di deliri e allucinazioni e quindi recuperare un senso di agentività nella propria vita. Il compito dei terapeuti dialogici non è quello di insegnare al paziente e la sua famiglia come affrontare la crisi che sta vivendo, ma di negoziare i significati particolari che la crisi ha assunto per ciascuno. Un sistema di trattamento pensato e organizzato in modo dialogico, ascoltando contemporaneamente le varie voci del sistema interazionale, ha dimostrato di essere efficace nel trattamento dei gravi problemi psicotici.

Come risultato, l'organizzazione del trattamento psichiatrico nella Lapponia Occidentale è profondamente mutata. Invece di costituire una cura ospedalizzata, il trattamento psichiatrico per la maggior dei pazienti psicotici avviene principalmente all'esterno dell'ospedale, in collaborazione con la rete sociale, attraverso visite domiciliari. Ancor più importante, questo nuovo sistema ha prodotto un cambiamento positivo proprio nella mentalità dell'utilizzo dei servizi di salute mentale, che si riflette nella generale tendenza a un rapido avvio del trattamento. Il training in terapia familiare e individuale per tutti i membri dello staff ha portato a considerare la psicosi da un punto di vista psicologico e sistemico, e non più solo psicopatologico: l'intero sistema di trattamento si è orientato maggiormente verso i bisogni di paziente, famiglia, e sistema relazionale.

L'esperienza finlandese ha il grande merito di richiamare l'attenzione sull'idea dei trattamenti integrati, multidisciplinari e multi professionali. I vari tentativi storici di giungere a un approccio efficace per la cura della schizofrenia hanno condotto a un'unica certezza assoluta: i diversi trattamenti, presi singolarmente, non hanno condotto a risultati chiari e incontrovertibili. Ognuno di

essi ha un anello mancante. Terapia farmacologica, psicoterapia individuale, terapia sistemico-familiare, trattamenti riabilitativi o psicoeducativi si scontrano tutti con un limite poiché non prendono in considerazione globalmente la complessità della patologia schizofrenica.

“ (...) Ciò che mi ha sorpreso in questi anni è l'enorme difficoltà che i terapeuti, anche esperti, incontrano nell'adottare un metodo di lavoro dialogico con i loro pazienti. Il dialogo non è un metodo, è uno stile di vita. E' una delle prime cose che apprendiamo e per questo è molto semplice. La sua essenziale semplicità tuttavia sembra essere, paradossalmente, la sua difficoltà. E' così semplice che non possiamo credere che l'elemento terapeutico di qualsiasi pratica sia semplicemente essere ascoltati, ricevere risposte e dialogare; quando questo si realizza, in realtà, il nostro lavoro terapeutico è terminato, perché i nostri clienti, raggiungendo la capacità di dialogare tra loro, sono tornati ad essere agenti delle proprie vite. (...) Come professionisti dobbiamo imparare a seguire il modo di vivere e il linguaggio dei nostri clienti, completamente, interamente, senza eccezioni o pregiudizi. Non è facile. Ma questo secondo me è il vero cambiamento”. (Seikkula, 2011).

In sintesi, il “dialogo aperto” è un sistema di trattamento sviluppato nell'ambito degli interventi sugli esordi sintomatologici (prime crisi psichiatriche) di adolescenti e adulti, attraverso incontri domiciliari che coinvolgono la famiglia e la rete sociale del paziente, condotti da un'equipe multi-professionale appositamente formata e organizzata. Tale modello di lavoro è stato oggetto di tre importanti studi di valutazione, che hanno dato risultati positivi in termini di efficacia terapeutica (contenimento e risoluzione dei sintomi, anche a lungo termine) e in termini di “guarigione sociale” (potenziamento delle risorse del cliente/paziente e del contesto relazionale allargato, restituzione di un ruolo attivo alla persona attraverso la ripresa dei propri studi e/o attività lavorative). La rassegna pubblicata di recente su *Science* dei trattamenti psicoterapeutici efficaci per la schizofrenia, quello di Seikkula è l'unico a vantare una **percentuale di guarigione dell'81%** e ad aver dimostrato efficacia nel dirigere la sintomatologia in una direzione non contraddistinta dalla cronicità, grazie a:

- risposta di intervento immediata (entro le 24 ore dalla richiesta)
- focus sul sistema relazionale (coinvolgimento del soggetto e del suo contesto sociale allargato es. familiari, amici, vicini ecc.)
- non utilizzo dei farmaci neurolettici in tutti i casi in cui è possibile
- enfasi sui bisogni profondi di cui i sintomi si fanno portatori e ricerca dei significati soggettivi della crisi

L'effetto preventivo più rilevante riguarda la riduzione della durata della psicosi non trattata (DUP), che è il fattore maggiormente connesso alla cronicizzazione della malattia, e infine non va trascurato l'effetto di promozione della salute conseguente alla **partecipazione della comunità** al percorso di cura dialogico, in cui le persone entrano in contatto, anche in situazioni estreme, con stili comunicativi e riflessivi e con un atteggiamento non patologizzante che considera la crisi una reazione “normale” a circostanze eccezionali.

Attualmente il modello è in fase di **sperimentazione in altri Paesi europei**, quali Norvegia, Danimarca, Svezia, Germania, Inghilterra, e anche oltreoceano, negli Stati Uniti.

A seguito dell'interesse suscitato dai risultati degli studi, e soprattutto in risposta al nuovo Piano Nazionale della Prevenzione 2014 – 2018 che inserisce tra i suoi obiettivi prioritari la salute mentale, assegnando alle strutture sanitarie preposte (Dipartimenti di Salute Mentale, Dipartimenti di Prevenzione, Servizi Territoriali) il compito di intervenire precocemente sui primi sintomi di crisi psichiatrica, l'ASL TO1 ha presentato al Ministero della Salute – CCM (Centro Controllo Malattie) (Giuseppe.salamina@aslto1.it) un progetto di sperimentazione che ha come obiettivo la valutazione della trasferibilità (prassi operativa e organizzativa) di questo sistema di trattamento nei DSM italiani. Il progetto è stato approvato dal Ministero, ha una durata di 24 mesi ed è esteso sul territorio nazionale: le regioni coinvolte sono **Piemonte, Liguria, Marche, Lazio, Sicilia, e L'Emilia Romagna** (Asl Modena Dott. Starace)

Bibliografia

- Addington J, Coldham EL, Jones B, Ko T, Addington A. The first episode of psychosis: the experience of relatives. *Acta Psychiatr Scand* 2003; 108: 285-9.
- Addington J, Collins A, McCleery A, Addington D. The role of family work in early psychosis. *Schizophr Res* 2005; 79: 77-83.
- Addington J. & Burnett P. (2004) Working with families in the early stages of psychosis. In: *Psychological Interventions in Early Psychosis: A Treatment Handbook* (eds Gleeson, J.F.M. & McGorry, P.D.), pp. 99–116. John Wiley and Sons, Chichester.
- Addington J., Jones B., Ko T., et al. (2001) Family intervention in early psychosis. *Psychiatric Rehabilitation Skills* 5, 272–286.
- Anselmetti S, Bechi M et al (2010). Computeraided neurocognitive remediation in schizophrenia: durability of rehabilitation outcomes in a follow-up study. *Neuropsychological Rehabilitation*, 20:659-674.
- Arango C, Moreno C, Martinez S et al (2008). Longitudinal brain changes in early-onset psychosis. *Schizophrenia Bulletin*, 34:341-353.
- Asarnow JR, Tompson MC, Mcgrath EP (2004). Childhood onset schizophrenia: clinical and treatment issues. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, 45:180-194.
- Ascher e Turner. 1979; Weakland et al. 1975; in L'Abate, Weeks. 1982 in la Terapia Paradossale.
- Askey R, Gamble C, Gray R. Family work in first-onset psychosis: a literature review. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2007; 14: 356-65.
- Awad AG, Voruganti LN. The burden of schizophrenia on caregivers: a review. *Pharmacoeconomics* 2008; 26: 149-62.
- Balter, M. (2014) Talking Back to Madness. *Science*, vol. 343, no. 6176 pp. 1190-1193
- Barrelet L, Ferrero F, Szigethy L, Giddey C, Pellizer G. Expressed emotion and first admission schizophrenia: nine-month follow-up in a french cultural environment. *B J Psychiatry* 1990; 156: 357-62.
- Barrowclough C. & Tarrier N. (1997) *Families of Schizophrenic Patients: Cognitive Behavioural Intervention*. Nelson Thornes Ltd, Cheltenham.
- Birchwood M. (2000) The critical period for early intervention. In: *Early Intervention in Psychosis: A Guide to Concepts, Evidence and Interventions* (eds Birchwood, M., Fowler, D. & Jackson, C.), Bressi, Lo Baido et al. 2004. Schizophrenia and the clinical efficacy of the systemic family therapy: a prospective longitudinal study. *Rivista di psichiatria*, 2004, 39, 3 197.

- Brown G.W., Birely J.L.T. & Wing J.K. (1972) Influence of family life on the course of schizophrenic disorder. *British Journal of Psychiatry* 121, 241–258.
- Bulik. 2006. Atti convegno nazionale sui DCA *PesaDifferente*, Lecce.
- Cocchi A, Meneghelli A. L'intervento precoce tra pratica e ricerca. Manuale per il trattamento delle psicosi all'esordio. Torino: Centro Scientifico Editore; 2004.
- cognitive – comportamentale delle psicosi: teoria e pratica. Milano: Masson; 1997.
- Collins A.A. (2002) Family intervention in the early stages of schizophrenia. In: *The Early Stages of Schizophrenia American* (eds Zipursky, R.B. & Schulz, S.C.), pp. 129–157. Cutajar MC, Mullen PE, Oglhoff JRP et al (2010). Schizophrenia and other psychotic disorders in a cohort of sexually abused children. *Archives of general psychiatry*, 67:1114 -1119.
- Davis D, Schultz CL. Grief, parenting and schizophrenia. *Soc Sci Med* 1998; 46: 369-79.
- Department of Health (2000) *National Service Plan*. HMSO, London.
- Department of Health (2001) *The Policy Implementation Guide*
- Department of Health (2004) *National Service Framework for Mental Health: Five Years On*. HMSO, London.
- Dixon L.B. & Lehman A.F. (1995) Family interventions for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 21, 631–643.
- Edwards J, Mc Gorry PD. Intervento precoce nelle psicosi. Guida per l'organizzazione di servizi efficaci e tempestivi. Torino: Centro Scientifico Editore; 2004.
- Fadden G. (1997) Implementation of family interventions in routine clinical practice following staff training programs: a major cause for concern. *Journal of Mental Health* 6, 599– 612.
- Fadden G. (2001) Family intervention. In: *Serious Mental Problems in the Community: Policy, Practice and Research* (eds Brooker, C. & Repper, J.), pp. 159–183. Ballière-Tindall, Edinburgh.
- Falloon I., Boyd J. & McGill C. (1984) *Family Care of Schizophrenia*. Guildford Press, New York.
- Falloon I., Boyd J.L., McGill C.W., et al. (1982) Family management in the prevention of exacerbations of schizophrenia: a controlled study. *New England Journal of Medicine* 306, 437–440.
- Falloon IRH, Mueser K, Gingerich S, Rappaport S, McGill CW, Hole V. Psychoeducational family therapy. Buckingham: Buckingham Mental Health Service, 1988. (Trad. It. Intervento Psicoeducativo Familiare in Psichiatria. Trento: Edizioni Centro Studi Erickson, 1992).
- Foldemo A, Gullberg M, Ek AC, Bogren L. Quality of life and burden in parents of outpatients with schizophrenia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2005; 40: 133-8.
- for Mental Health. HMSO, London.
- Fowler D, Jackson C, eds. Early intervention in psychosis. A guide to concepts, evidence and interventions. Chichester: John Wiley & Sons, 2000: 128-40.
- Fowler D., Garety P. & Kuipers E. (1999) *Cognitive Behaviour Therapy for Psychosis: Theory and Practice*. Wiley publications, Chichester.
- G. Dunn, D. Fowler Effective elements of cognitive behaviour therapy for psychosis: results of a novel type of subgroup analysis based on principal stratification *Psychol Med*. 2012 May; 42(5): 1057–1068.
- Gearing RE. Evidence-based family psychoeducational interventions for children and adolescents with psychotic disorders. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry* 2008; 17: 2-11.

- Gleeson J., Jackson H.J., Stavely H., *et al.* (1999) Family intervention in early psychosis. In: *The Recognition and Management of Early Psychosis: A Preventative Approach* (eds McGorry, P.D. & Jackson, H.J.), pp. 376–406. Cambridge University Press, Cambridge.
- Glynn SM, Cohen AN, Niv N. New challenges in family interventions for schizophrenia. *Expert Rev Neurother* 2007; 7: 33-43.
- Goldstein M., Rodnick E. & Evans J. (1978) Drug and family therapy in the aftercare of acute schizophrenics. *Archives of General Psychiatry* 35, 1169–1177.
- Goldstein M.J. & Miklowitz D.J. (1995) The effectiveness of psychoeducational family therapy in the treatment of schizophrenia disorders. *Journal of Marital and Family Therapy* 21, 361–376.
- Grame, Caspar e Ambuhl. 1990. Istituto Studi rogersiani Messina.
- Greenberg et al. 1994. Istituto Studi rogersiani Messina.
- Hogarty G., Anderson C. & Reiss D. (1986) Family psychoeducation, social skills training, and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia. One-year effects of a controlled study on relapse and expressed emotion. *Archives of General Psychiatry* 43, 633–642.
- Hogarty G.E. (1984) Depot neuroleptics: the relevance of psychosocial factors. *Journal of Clinical Psychiatry* 45, 36–42.
- Jeppesen P., Petersen L. & Thorup A. (2005) Integrated treatment of first-episode psychosis: effect of treatment on family burden. *British Journal of Psychiatry* 187, 85–90.
- Johnson D.A.W. (1976) The duration of maintenance therapy in chronic schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 53, 298–301.
- Kavanagh D.J., Piatkowska O., Clarke D., *et al.* (1993) Application of cognitive-behavioural family intervention for schizophrenia in multi-disciplinary teams: what can the matter be? *Australian Psychologist* 28, 181–188.
- Kissling W. (1994) Compliance, quality assurance and standards for relapse prevention in schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 89 (Suppl. 382), 16–24.
- Kuipers E, Watson P, Onwumere J, Bebbington P, Dunn G, Weinman J, Fowler D, Freeman D, Hardy A, Garety P. Discrepant illness perceptions, affect and expressed emotion in people with psychosis and their carers. *Soc Psychiatry Psychiat Epidemiol* 2007; 42: 277-83.
- Kuipers E. & Raune D. (2000) The early development of expressed emotion and burden in the families of first-onset psychosis in early intervention. In: *Early Intervention in Psychosis: A Guide to Concepts, Evidence and Interventions* (eds Birchwood, M., Fowler, D. & Jackson, C.), pp. 128–142. John Wiley and Sons, Chichester.
- Kuipers E., Leff J. & Lam D. (2002) *Family Work for Schizophrenia*, 2nd edn. The Royal College of Psychiatrists, London.
- Kuipers L, Bebbington P, Dunn G, Fowler D, Freeman D, Watson P, Hardy A, Garety P. Influence of carer expressed emotion and affect on relapse in non-affective psychosis. *Br J Psychiatry* 2006; 188: 173-9.
- Kuipers L, Raune D. The early development of expressed emotion and burden in the families of first-onset psychosis. In: Birchwood M,
- Lasalvia A et al. A multi-element psychosocial intervention for early psychosis (GET UP PIANO TRIAL) conducted in a catchment area of 10 million inhabitants: study protocol for a pragmatic cluster randomized controlled trial. *Trials*.2012; 30(13):73.

- Leavey G., Saleena G., Papadopoulos C., *et al.* (2004) A randomized controlled trial of a brief intervention for families of patients with a first-episode of psychosis. *Psychological Medicine* 34, 423–431.
- Leeson VC, Sharma P, Harrison M *et al* (2011). IQ trajectory, cognitive reserve, and clinical outcome following a first episode of psychosis: a 3-year longitudinal Poletti S,
- Leff J., Berkowitz R., Shavit N., *et al.* (1989) A trial of family therapy versus a relatives' group for schizophrenia. *British Journal of Psychiatry* 154, 58–66.
- Leff J., Kuipers L., Berkowitz R., *et al.* (1982) A controlled trial of social intervention in the families of schizophrenic patients. *British Journal of Psychiatry* 154, 58–66.
- Leff J.P. & Wing J.K. (1971) Trial of maintenance therapy in schizophrenia. *British Medical Journal* 3, 599–604.
- Lenior M.E., Dingemans P.M. & Linszen D.H. (2001) Social functioning and the course of early-onset schizophrenia: five year follow-up of a psychosocial intervention. *British Journal of Psychiatry* 179, 53–58.
- Lewis *et al.*, Randomised controlled trial of cognitive—behavioural therapy in early schizophrenia: acute-phase outcomes. *The British Journal of Psychiatry Sep 2002*, 181
- Lincoln TM, Wilhelm K, Nestoriuc Y. Effectiveness of psychoeducation for relapse, symptoms, knowledge, adherence and functioning in psychotic disorders: a meta-analysis. *Schizophr Res* 2007; 96: 232-45.
- Linea Guida. Gli interventi precoci nella Schizofrenia. Sistema Nazionale per le Linee Guida. Ministero della Salute. Ottobre 2007
- Linszen D., Dingemans P., Van Der Does J.W., *et al.* (1996) Treatment, expressed emotion and relapse in recent onset schizophrenic disorders. *Psychological Medicine* 26, 333– 342.
- Linszen DH, Dingemans PM, Sholte WF, van der Does JW, Nugter MA, Lenior ME, Goldstein MJ. Treatment, expressed emotion and relapse in recent onset schizophrenic disorders. *Psychol Med* 1996; 26: 333-42.
- Lueboonthavatchai P, Lueboonthavatchai O. Quality of life and correlated health status and social support of schizophrenic patients' caregivers. *Med Assoc Thai* 2006; Suppl. 3: S13-9.
- Lync D. *et al.* 2010. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19476688. *Psychological Medicine*.
- Mairs H. & Bradshaw T. (2005) Implementing family intervention following training: what can the matter be? *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 12, 488–494.
- Mari J.D. & Streiner D.L. (1994) An overview of family interventions and relapse on schizophrenia: meta-analysis of research findings. *Psychological Medicine* 24, 565–578.
- Martens L, Addington J. Psychological well-being of family members of individuals with schizophrenia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2001; 36: 128-33.
- McFarlane W.R., Lukens E., Link B., *et al.* (1995) Multiple-family groups and psychoeducation in the treatment of schizophrenia. *Archives of General Psychiatry* 52, 679–687.
- McFarlane WR, Dixon L, Lukens E, Lucksted A. Family psychoeducation and schizophrenia: a review of the literature. *J Marital Fam Ther* 2003; 29: 223-45.
- McGlashan TH, Joannessen JO. Early Detection and Intervention with Schizophrenia: Rationale. *Schizophrenia Bulletin*. 1996; 22 (2):201 – 22.
- McGorry P.D. (2000) The scope for preventative strategies in early psychosis: logic, evidence and momentum. In: *Early Intervention in Psychosis: A Guide to Concepts, Evidence and Interventions* (eds Birchwood, M., Fowler, D. & Jackson, C.), pp. 3–27. Wiley Publications, Chichester.

- McGorry P.D. (2005) Early intervention in psychotic disorders: beyond debate to solving problems. *British Journal of Psychiatry* 48 (Suppl.), 108–110.
- McIntosh. 2005. American Journal of Psychiatry.
- Midence K. (2006) An introduction to and rationale for psychosocial interventions. In: *Working with Serious Mental Illness: A Manual for Clinical Practice*, 2nd edn (eds Gamble, C. & Brennan, G.), pp. 11–28. Baillière Tindall, London. National Institute for Clinical Excellence (2002) *Schizophrenia: Core Interventions in the Treatment and Management of Schizophrenia in Primary and Secondary Care*. National Institute For Clinical Excellence, London.
- Moroni M., Restori A., Sbattella F., “Integrare e connettere. Il modello sistemico IDIPSI tra persona e territorio”, In *Cambia-Menti Vol 1-2012*, ed. Edicta
- Muller N. Mechanisms of relapse prevention in schizophrenia. *Pharmacopsychiatry* 2004; 37 Suppl. 2, s141-7.
- NICE Clinical Guideline. Schizophrenia: core interventions in the treatment and management of schizophrenia in adults in primary and secondary care. Update of NICE clinical guideline. National Institute for Health and Clinical Excellence. March 1, 2009.
- Olfson M, Mechanic D, Hansell S, Boyer C, Walkup J, Weiden P. Predicting medication noncompliance after hospital discharge among patients with schizophrenia. *Psychiatr Serv* 2000; 51: 216-22.
- Onwumere J, Kuipers E, Bebbington P, Dunn G, Fowler D, Freeman D, Watson P, Garety P. Caregiving and illness beliefs in the course of psychotic illness. *Can J Psychiatry* 2008; 53: 460-8.
- Palazzoli, Boscolo et al. 1975. Paradosso e Controparadosso.
- Paolo Migone. 1995. www.psychomedia.it.
- Patterson P, Birchwood M, Cochrane R. Expressed emotion as an adaptation to loss. Prospective study in first-episode psychosis. *Br J Psychiatry Suppl* 2005; 48: s59-64.
- Pilling S, Bebbington P, Kuipers E, Garety P, Geddes J, Orbach G, Morgan C. Psychological treatments in schizophrenia: II. Metaanalysis of family intervention and cognitive behaviour therapy.
- Pilling S., Bebbington P., Kuipers E., et al. (2002) Psychological treatments in schizophrenia. II. Meta-analysis of randomized controlled trials of social skills training and cognitive remediation. *Psychological Medicine* 32, 783–791.
- Pitschel-Walz G, Leucht S, Bauml J, Kissling W, Engel R. The effect of family interventions on and rehospitalization in schizophrenia. A meta-analysis. *Schizophr Bull* 2001; 27: 73-92. pp. 28–63. Wiley Publications, Chichester.
- Psychiatr Scand* 1994; 89: 211-8.
- Psychiatric Epidemiology* 31, 137–148.
- Psychol Med* 2002; 32: 783-91.
- Randolph E.T., Eth S. & Glynn S.M. (1994) Behavioural family management in schizophrenia: outcome of a clinic-based intervention. *British Journal of Psychiatry* 164, 501–506.
- Raune D., Kuipers E. & Bebbington P.E. (2004) Expressed emotion at first-episode psychosis: investigating a carer appraisal model. *British Journal of Psychiatry* 184, 321– 326.
- Reed SI. First-episode psychosis: a literature review. *Int J Ment Health Nurs* 2008; 17: 85-91.
- Reine G, Lancon C, Simeoni MC, Duplan S, Auquier P. Caregiver burden in relatives of persons with schizophrenia: an overview of measure instruments. *Encephale* 2003; 29: 137-47

- Repper J., Grant G., Nolan M., *et al.* (2005) *Carers' Views on, and Experiences of Mental Health Services and Carer Assessments: The Results of a Consultation Exercise. Partnerships in Carer Assessment Project.* School of Nursing and Midwifery, University of Sheffield, Sheffield.
- Restori A., "Embodiments. Il corpo in relazione". In *Cambia-Menti Vol 1-2013*, ed. Edicta
- Restori A., "Attenzione sensibile al contesto. Per una formazione attenta al tema della consapevolezza, In *Cambia-Menti Vol 3-2011*, ed. Edicta
- Restori A., "La consapevolezza nelle relazioni di aiuto". In *Cambia-Menti Vol 1-2010*, ed. Edicta
- Restori A., *L'uso delle tecniche come meta-modello nell'approccio sistemico integrato.* *Cambia-Menti Vol 1-2014*, ed. Edicta
- Rund B.R., Aeie M., Borchgrevink T.S., *et al.* (1995) Expressed emotion, communication deviance and schizophrenia. *Psychopathology* 28, 220–228.
- Rund BR, Moe L, Sollien T, Fjell A, Borchgrevink T, Hallert M, Naess PO. The psychosis project: outcome and cost-effectiveness of a psycho-educational program for schizophrenic adolescents. *Acta*
- Sainsbury Centre for Mental Health (2003) *A Window of Opportunity: A Practical Guide for Developing Early Intervention in Psychosis Services.* The Sainsbury Centre for Mental Health, London.
- Seikkula, J. (2014) *Il dialogo aperto. L'approccio finlandese alle gravi crisi psichiatriche,* Giovanni Fioriti Editore (a cura di Chiara Tarantino)
- Shedler J.. 2010. *American Psychologist.*
- Shore L. (2006) Inside caring in mental health. In: *Working with Serious Mental Illness: A Manual for Clinical Practice*, 2nd edn (eds Gamble, C. & Brennan, G.), pp. 11–22. Elsevier, London.
- Sikich L, Frazier JA, McClellan J *et al* (2008). Doubleblind comparison of first- and second-generation antipsychotics in early-onset schizophrenia and schizoaffective disorder: Findings from the Treatment of Early-Onset Schizophrenia Spectrum disorders (TEOSS) study. *The American Journal of Psychiatry*, 165:1420-1431.
- Slade M., Holloway F. & Kuipers E. (2003) Skills development and family intervention in an early psychosis service. *Journal of Mental Health* 12, 405–415.
- Smith & Miller. 1980. The British Association for the Person Centered Approach.
- Stirling J, Tantam D, Thomas P, Newby D, Montague L, Ring N, Rowe S. Expressed emotion and early onset schizophrenia: a one year follow-up. *Psychol Med* 1991; 21: 675-85.
- Szmukler G.I., Burgess P., Hermann H., *et al.* (1996) Caring for relatives with serious mental illness: the development of the Experience of Caregiving Inventory. *Society for Psychiatry and*
- Tarricone, S. M., E. Rossi, E. Mori, A. Paparelli, V. Bandieri, S. Panigada, R. Caramanica, R. Michetti, G. Minenna, J. Boydell , C. Morgan, D. Berardi (2012). "First Episode Psychosis at the Bologna West Community Mental Health Centre (CMHC): results of an eight-year prospective study " *Psychological Medicine.*
- Tarrier N., Barrowclough C. & Porceddu K. (1988) The community management of schizophrenia: a controlled trial of behavioural intervention with families to reduce relapse. *British Journal of Psychiatry* 153, 532–542.
- Tarrier N., Barrowclough C., Porceddu K., *et al.* (1994) The Salford intervention project: relapse rates of schizophrenia at five and eight years. *British Journal of Psychiatry* 165, 829– 832.
- Taylor D, Paton C, Kapur S (2012). *Prescribing Guidelines in Psychiatry.* Oxford:Wiley Blackwell.

- Veltro F, Magliano L, Morosini P, Fasulo E, Pedicini G, Cascavilla I, Falloon I. Randomized controlled trial of a behavioural family intervention: 1 year and 11-years follow-up. *Epidemiol Psychiatr Soc* 2006; 15: 44-51.
- Volkow ND (2009). Substance use disorders in schizophrenia: clinical implications of comorbidity. Psychiatric Publishing Inc, London.
- Warner, R. Intervento precoce nelle psicosi: un'analisi critica. *Nòos – Aggiornamenti in psichiatria*, 2:2005; pp. 77-87
- Worakul P, Thavichachart N, Lueboonthavatchai P. Effects of psychoeducational program on knowledge and attitude upon schizophrenia of schizophrenic patients' caregivers. *J Med Assoc Thai* 2007; 90: 1199-204.
- Zhang M., Wang M., Li J., *et al.* (1994) Randomised-control trial of family intervention for 78 first-episode male schizophrenic patients. *British Journal of Psychiatry* 165 (Suppl.), 96–102. Family work in first-onset psychosis

ESORDI PSICOTICI

Uno sguardo sul nostro territorio

E. Leuci

Io e Sabrina Adorni lavoriamo insieme nei Centri di Salute Mentale, in coppia. L'idea di coppia l'abbiamo ritrovata anche nella modalità proposta dal dialogo aperto. In realtà, noi lavoriamo in équipe e l'idea è quella di rappresentare questa modalità di lavoro, dando voce a chi partecipa.

Avevamo voglia di parlarvi della nostra esperienza di incontro. Vorremmo ripercorrere la storia del nostro servizio nell'ambito del lavoro sugli esordi psicotici, e non solo. Il lavoro che svolgiamo riguarda anche i soggetti ad alto rischio e, alla luce di quanto detto ieri, mi sento di dire anche i soggetti con una "crisi", in senso più generale.

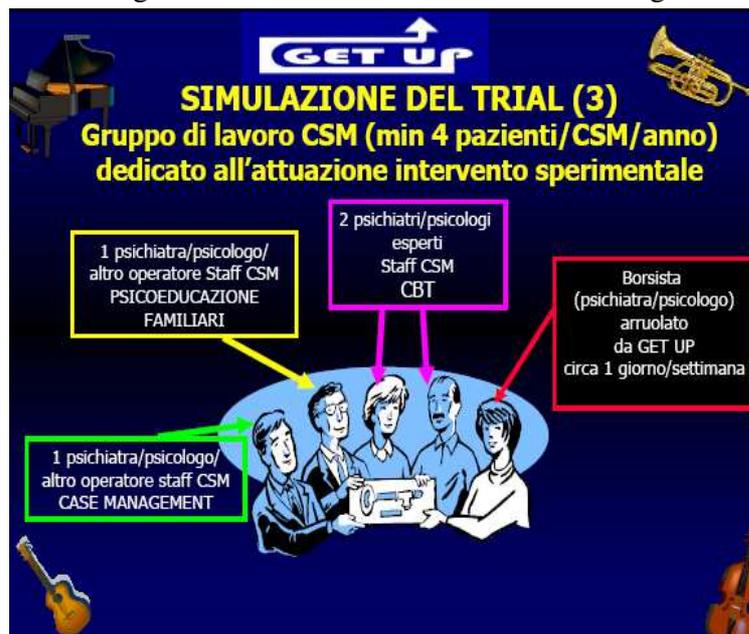
Partendo dalla relazione di responsabilità, *"non siamo responsabili perché liberi, ma liberi perché responsabili; è dunque la responsabilità, che è un concetto primario, a postulare la libertà"* (Eugène Minkowski).

L'Emilia-Romagna ha partecipato al progetto di ricerca chiamato "GET UP". Il progetto si è concluso nel 2012 e l'intenzione era quella di costruire insieme agli altri dipartimenti una modalità di intervento condiviso, non omologato, cercando di individuare la modalità di intervento che potesse rappresentare al meglio i bisogni ma anche i desideri delle persone che incontravamo.

Il modello di riferimento del progetto prevede che l'*assessment* si sviluppi attorno ad un "pacchetto" di tre fattori:

1. Farmacoterapia
2. Psicoterapia (principalmente CBT, ma non solo)
3. Psico-educazione

Questi tre aspetti sono collegati/coordinati dal lavoro del case-manager.



Il tutto veniva rapportato al lavoro di routine che si fa nei servizi ed è emerso che in alcuni specifici dipartimenti non si identificavano specifiche differenze tra il lavoro sperimentale e lavoro di routine, il che stava a significare che il lavoro era già impostato in un certo modo e che forse era necessario identificare gli elementi di criticità. Ci siamo resi conto che questi elementi sono gli stessi individuati dai colleghi del gruppo finlandese e riguardavano una certa rigidità, una mancanza di semplicità che potesse coniugare il respiro con il bisogno di ascoltare e ascoltarsi. Quindi si è cercato di modificare insieme alcune caratteristiche proprie dell'impianto del progetto GET UP e di farlo lavorando con i colleghi, in particolare con gli operatori di Modena, rappresentati oggi da Fausto Mazzi, impegnati appunto nel lavoro sugli esordi psicotici e sui soggetti a rischio.

Dobbiamo comprendere cos'è che ci permette di raccontare la storia dei nostri servizi in maniera più autentica, non dimenticando che anche le esperienze degli altri operatori hanno importanza. Credo che il filo conduttore della relazione tra responsabilità e incertezza è il poter stare nel tempo, esserci, quindi conoscerci attraverso lo stare insieme nel tempo. Nei vari incontri che noi facciamo in regione, confrontandoci, arrabbiandoci e a volte discutendo, siamo arrivati a formulare delle raccomandazioni regionali, senza però considerarle delle linee guida assolute, partendo dal presupposto che abbiamo bisogno di costruire insieme un linguaggio.

Nel 2012 abbiamo cercato di mettere a punto delle procedure, ma mentre le sviluppavamo ci siamo subito resi conto di doverle modificare, poiché non rappresentavano a pieno quello che facevamo. Gli obiettivi del lavoro erano da una parte dedicarsi maggiormente all'intercettazione dell'esordio psicotico, dall'altra costruire una rete, un lavoro multidisciplinare e quindi un linguaggio, aprendo quindi un dialogo con sportelli come "Spazio Giovani", "Mondo Teen", con le scuole, ecc.

Una premessa importante del lavoro fatto nel 2012 è rappresentata dall'incertezza legata al fenomeno "esordio psicotico"; in un congresso svoltosi a Firenze infatti, il mondo accademico riconosce l'incertezza, la non possibilità di fornire una definizione di malattia, evidenziando però al contempo l'importanza della costruzione all'interno dei servizi di una prassi di lavoro, che dia spazio a queste incertezze.

A proposito della possibilità di fornire definizioni, noi possiamo avvicinarci a un concetto e criticizzarlo, esplorarne il senso. Tuttavia ci siamo resi conto che non avevamo la possibilità di esaurire questo senso fornendo una definizione esaustiva, ma potevamo solo avvicinarci.

Tutto ciò si riconduce al pensiero di Lévinas e Riquer, ovvero l'idea di "prossimità", l'essere vicino, l'essere senza linguaggio, prima del linguaggio. Questa idea fornisce delle possibilità, ma anche un grande limite nell'esplorare "come" si sta vicino. Infatti, in questo tentativo di costruire delle strategie, ci sembrava di stabilire una modalità di linguaggio troppo rigida. Ma vediamo che molte scuole di specializzazione si stanno aprendo a modificare questa rigidità di linguaggio, cercando una comunicazione più autentica e più onesta.

Quindi piuttosto che il "parlare da...a" noi volevamo condividere, e l'esperienza del gruppo finlandese è certamente di ispirazione in questo senso, il "parlare con", mostrando come per noi fosse fondamentale noi il "coinvolgimento emotivo alla cura".

Come sappiamo possiamo definire l'esordio psicotico in modi differenti e sebbene nessuna definizione ci rappresenti, ne cito una: "stato psico-emotivo che modifica l'attuale percezione degli

eventi delle persone e del mondo di un individuo”. Ricordiamo che noi andiamo a intervenire lì dove c’è una soglia diagnostica, che noi definiamo “diagnostica”, ma sappiamo che può essere osservato anche “il prima” della soglia diagnostica, tenendo presente le esperienze soggettive.



Secondo i modelli di riferimento c’è una condizione di vulnerabilità, con aspetti a volte evidenziabili a volte no, e in riferimento a questo lo “stare con” è fondamentale.

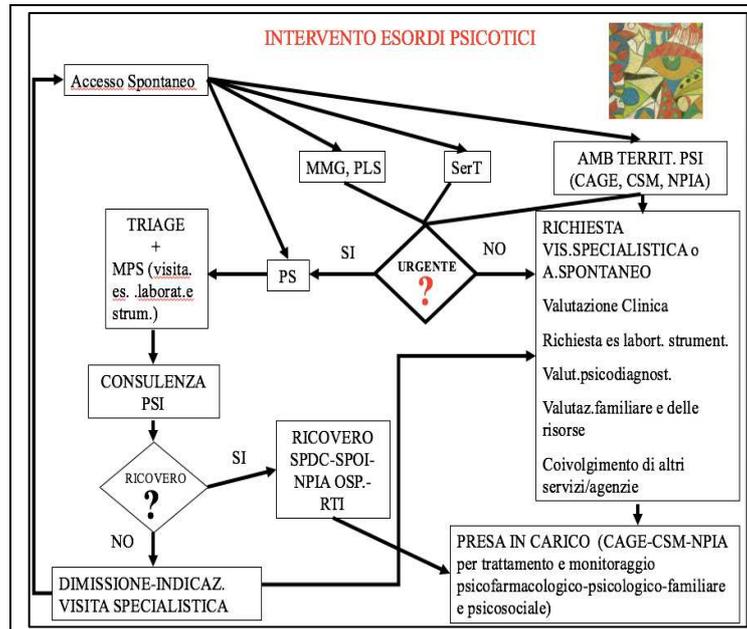
L’importanza del lavoro sui soggetti all’esordio psicotico è evidenziata in tutta la letteratura: prima si interviene, migliore è l’esito. A proposito del lavoro per l’intercettazione precoce, volta a ridurre il periodo di psicosi non trattata, i soggetti a rischio comprendono persone con sintomi psicotici attenuati, sintomi psicotici brevi intermittenti e coloro che evidenziano una vulnerabilità familiare e declino funzionale. Con le espressioni “vulnerabilità familiare” e “declino funzionale” si andrebbe a identificare un gruppo di soggetti con possibile diagnosi di disturbo schizotipico di personalità, o con parenti di primo grado con disturbo psicotico in cui è presente un deterioramento del funzionamento globale nell’anno precedente.

Si è parlato del concetto di “diagnosi”, con particolare riferimento al disturbo schizofreniforme, alla psicosi reattiva breve e anche al disturbo schizotipico. Molti dei soggetti con queste diagnosi non presenteranno poi un’evoluzione in schizofrenia e in questo contesto, di conseguenza, la schizofrenia come diagnosi si riduce.

Vediamo dunque un limite del nostro lavoro, dato proprio dal fatto che procediamo con un’identificazione di diagnosi, le quali andranno a determinare i criteri di inclusione, e non con un sistema di riconoscimento dei sintomi.

Per quanto riguarda le modalità di intervento sugli esordi psicotici, ci siamo accorti di non riuscire a star dentro a un orientamento esclusivamente cognitivo-comportamentale di trattamento. Nei nostri servizi sono presenti moltissime altre risorse che fanno riferimento ad altre modalità di intervento, a cui abbiamo dato voce. Inoltre, il nostro servizio ha ricercato un approccio che prevede, già dal primo incontro con le persone (utenti), il coinvolgimento dello psichiatra, degli infermieri e altri operatori. Viene coinvolto, sebbene con maggiore difficoltà, anche lo psicologo. Di fondamentale importanza è poi l’incontro con la famiglia.

È per questo percepiamo come familiare la modalità di intervento descritta da Seikkula. Altro aspetto a cui abbiamo dato grande enfasi è il lavoro del case-manager.



Ci siamo impegnati nella costruzione di un impianto che ci permettesse di incontrarci di più, sfruttando l'opportunità dei "gruppi di miglioramento", allo scopo di modificare eventualmente le linee dipartimentali di indirizzo per costruire PDTA (Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale) adeguati. Abbiamo individuato dei facilitatori che permettessero la costruzione di un linguaggio, lavorando insieme alla neuropsichiatria, al Ser.T e ai colleghi del primo accesso, qualora fosse avvenuto un ricovero in ambiente ospedaliero. Abbiamo anche iniziato ad utilizzare la "Checklist" per l'intercettazione precoce e per comunicare più facilmente con altri operatori.

Vorrei approfondire alcuni aspetti legati agli adolescenti, per i quali le psicosi raramente si manifestano in un modo unico, rapido e chiaro. Per i medici di medicina generale, che si trovano di fronte questi casi, è possibile fissare più incontri, coinvolgendo anche altri operatori, nonché famigliari e amici, per avere un quadro più completo della situazione. Sarebbe meglio evitare di aspettare troppo e soprattutto occorre abituarsi all'idea di lavorare nell'incertezza perché, soprattutto nel caso degli adolescenti, siamo nell'età dell'incertezza. Altro aspetto è quello di cercare di dare enfasi al concetto di "psico-educazione".

Passo dunque la parola a Sabrina Adorni e le chiedo di raccontare quello che noi, nei nostri servizi, cerchiamo di fare.

S. Adorni

Salve a tutti, sono un'infermiera e insieme alla dottoressa Leuci e altri colleghi ci occupiamo di famiglie. Queste famiglie vengono travolte improvvisamente da un uragano che i tecnici definiscono "esordio psicotico", che stravolge le famiglie e le porta in un mondo sconosciuto, dove non riconoscono più il loro famigliare come tale. Quando arriva la segnalazione di un probabile esordio psicotico ci sono diverse possibilità di accesso. Innanzitutto il neuropsichiatra prende subito

contatti con chi ha fatto la segnalazione, ad esempio il medico di base, il pronto soccorso o il reparto. Cerca poi di organizzare un incontro e nel caso in cui la persona fosse ricoverata si aspetta la fase di stabilizzazione. A questo incontro sono presenti la persona, la famiglia, lo psichiatra, il case-manager e l'assistente sociale del CSM, oltre al medico di base o al medico referente del reparto (in caso di ricovero). Io sostengo vivamente che questo è per noi molto importante. Noi incontriamo delle persone travolte da questa cosa terribile, da questa "malattia" e abbiamo la necessità di stare loro vicini, di ascoltarli, di fargli capire che siamo presenti. Abbiamo bisogno di rassicurarli, perché loro affidano e si affidano a degli sconosciuti, cioè gli operatori. È necessario che si instauri una certa fiducia, costruita tramite l'ascolto attivo e non giudicante.

Non dimentichiamo di coinvolgere anche più persone, come la scuola o il datore di lavoro, associazioni, comune (servizi sociali). In tutto questo il case-manager funge da collante, da punto di riferimento per tutte le figure coinvolte, in particolare per la famiglia e per la persona.

Io credo che solo attraverso il riconoscimento della fiducia di affidamento e di sostegno possiamo riuscire a creare una relazione di aiuto significativa. Non dobbiamo dimenticare che la famiglia rappresenta un tassello importante per la riuscita della cura e dobbiamo dunque accoglierla, sostenerla e ascoltarla per tutta la durata del percorso. E anche la persona ha bisogno di sapere che ci sono sempre e ovunque persone pronte ad ascoltarla per ogni sua necessità.

Vi lascio con un pensiero a me molto caro e cioè che per svolgere meglio il proprio lavoro bisogna avere la capacità di immedesimarsi nell'altro.

A. Squarcia

Io ho il privilegio di lavorare in un Servizio che ha sia l'accesso ambulatoriale sia una residenza terapeutica, il che rende questo lavoro anche molto faticoso.

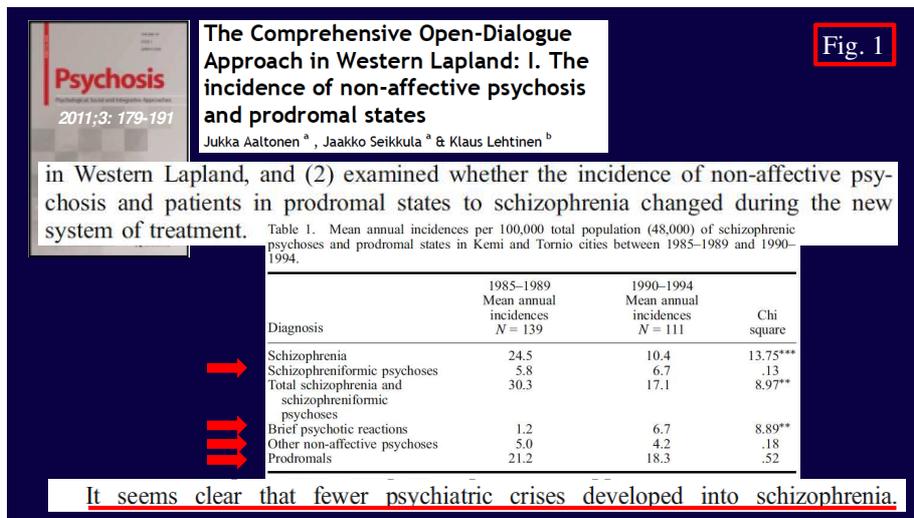
Mi sono venuti in mente dei lavori che abbiamo prodotto per il congresso della Neuropsichiatria Infantile. Nella residenza c'era stata una inversione dei ruoli dello psicologo e del medico. Una psicologa, ha avvertito l'esigenza di andare a proseguire un lavoro fatto da noi medici; ha ritenuto necessario ricontattare le famiglie per vedere se gli esiti delle scale che sottoponiamo all'entrata e all'uscita dal servizio fossero mutati in qualche modo. Noi medici abbiamo portato al congresso un altro tipo di lavoro che è in realtà il "prendersi cura" di una persona nella residenza. Ci siamo avvicinati alla dimensione psicologica del paziente.

Sento di dover sottolineare altri due aspetti. Chi ha la *responsabilità* del caso è anche, e soprattutto, chi prende la chiamata di aiuto: chi accoglie deve diventare regista, e il dialogo tra noi tecnici diventa fondamentale. L'altro punto fondamentale è la tolleranza dell'*incertezza*: noi oggi siamo ospiti di una cooperativa che ci fornisce tanti educatori. Noi dobbiamo aiutare le persone in campo a tollerare l'incertezza, affiancare queste persone. Nell'esperienza di San Polo vedo che il vivere con le famiglie i momenti critici e dialogare anche in modo non verbale, fa la differenza. Noi abbiamo tanti pazienti stranieri e il dialogo "non verbale", lo stare insieme, sono modi per tollerare l'incertezza che tutte le crisi possono portare.

C. Marchesi

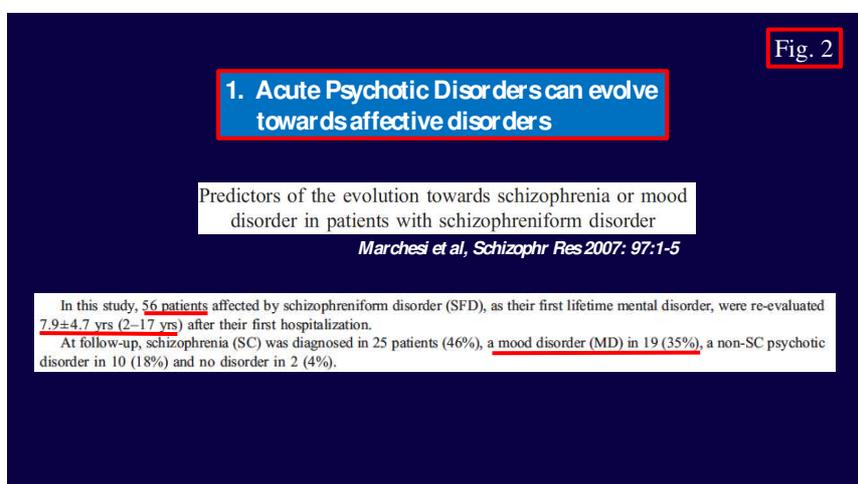
Nel mio intervento commenterò i dati sull'esito dell'Open Dialogue Approach (ODA), come risultano da due lavori pubblicati sulla rivista *Psychosis*.

Obiettivo del primo studio (Fig.1 e 4) era quello di valutare se l'incidenza delle psicosi non-affettive fosse cambiata durante il periodo in cui il metodo ODA era stato applicato. A tal scopo è stata confrontata l'incidenza della schizofrenia e delle psicosi acute (Psicosi Acuta Breve, Disturbo Schizofreniforme, altre Psicosi non-affettive) nei cinque anni precedenti e nei cinque anni successivi l'inizio dell'applicazione di tale approccio. In base all'osservazione che l'incidenza di schizofrenia si era dimezzata nel secondo quinquennio rispetto a quello precedente, gli autori concludevano che era evidente che poche crisi "psichiatriche" si erano trasformate in schizofrenia, grazie all'applicazione dell'ODA (Fig.1).



La metodologia dello studio non permette però di avvalorare le conclusioni degli autori, principalmente per due ragioni.

La prima: le psicosi acute possono avere una remissione spontanea. Basti pensare alle Psicosi Acute Brevi, che per definizione hanno una durata di un mese, o al Disturbo Schizofreniforme, che può andare incontro a remissione dopo sei mesi e che può evolvere in schizofrenia solo nella metà dei casi (Fig. 2).



Pertanto, la mancata evoluzione delle suddette psicosi in schizofrenia non può essere attribuita al metodo ODA ma alla loro remissione spontanea.

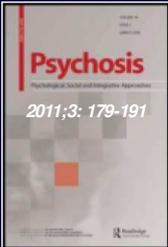
La seconda: l'assenza di un gruppo di controllo, cioè di una popolazione non sottoposta a ODA, nel quale l'incidenza della schizofrenia e delle psicosi acute sia stata valutata negli stessi quinquenni. Solo confrontando le due popolazioni (quella sottoposta a ODA e quella di controllo) si poteva concludere che l'eventuale differenza potesse essere attribuita a ODA. La necessità di un gruppo di controllo è avvalorata dall'osservazione che l'incidenza di schizofrenia varia in base al metodo di valutazione diagnostica e alla popolazione esaminata (Fig. 3).

Epidemiology of schizophrenia Fig. 3

Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci (2000) 250: 274–285

Author	Country	Population	Method	Rate per 1000
A. Europe and North America				
Odegaard (1946)	Norway	Total population	First admissions 1926–1935 (n=14 231)	0.24
Häfner and Reimann (1970)	Germany	City of Mannheim (n=330 000)	Case register	0.54
Lieberman (1974)	Russia	Moscow district (n=248 000)	Follow-back of prevalent cases	0.20 (male) 0.19 (female)
Helgason (1964)	Iceland	Total population	First admissions 1966–1967 (n=2388)	0.27
Castle et al. (1991)	UK	London (Camberwell)	Case register	0.25 (ICD) 0.17 (RDC) 0.08 (DSM-III)
Nicole et al. (1992)	Canada	Area in Quebec (n=338 300)	First admissions	0.31 (ICD) 0.09 (DSM-III)
McNaught et al. (1997)	UK	London health district (n=112 127)	Two censuses, 5 years apart	0.21 (DSM-III-R)
Brewin et al. (1997)	UK	Nottingham	Two cohorts of first contacts (1978–1980 and 1992–1994)	0.25 · 0.29 (all psychoses) 0.14 · 0.09 (ICD-10 schizophrenia)

Sempre nello stesso studio, è emerso che la durata dei ricoveri dei pazienti con psicosi si era contemporaneamente ridotta (Fig. 4).



The Comprehensive Open-Dialogue Approach in Western Lapland: I. The incidence of non-affective psychosis and prodromal states

Jukka Aaltonen ^a, Jaakko Seikkula ^a & Klaus Lehtinen ^b

Fig. 4

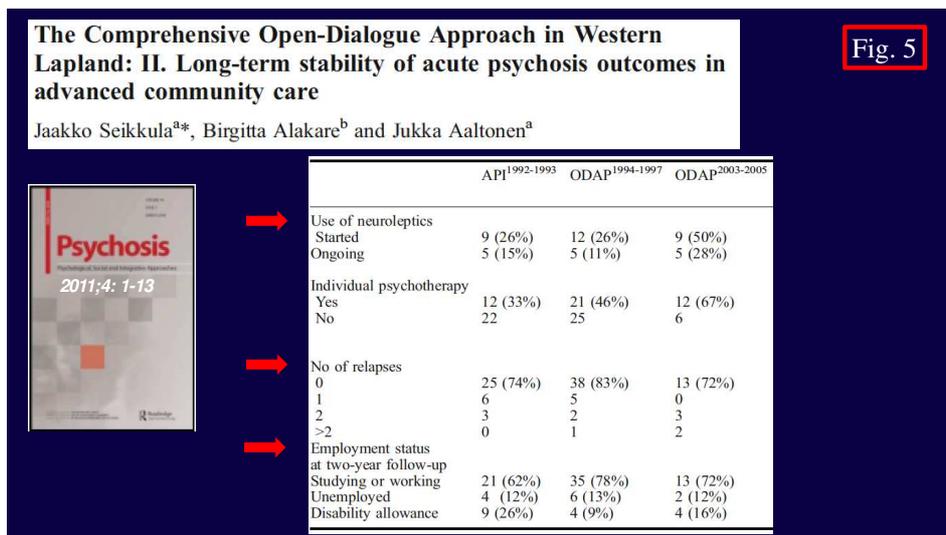
In parallel with this process, the number of new long-stay schizophrenic in-patients fell to zero – the only psychiatric catchment area in Finland in which this occurred (Tuori, 1994).

The mean hospital stay in the District was the lowest in Finland (30 days; mean for the rest of Finland 49 days). Some 55% of the patients stayed in the hospital for less than 10 days (vs. 32% for the rest of Finland).

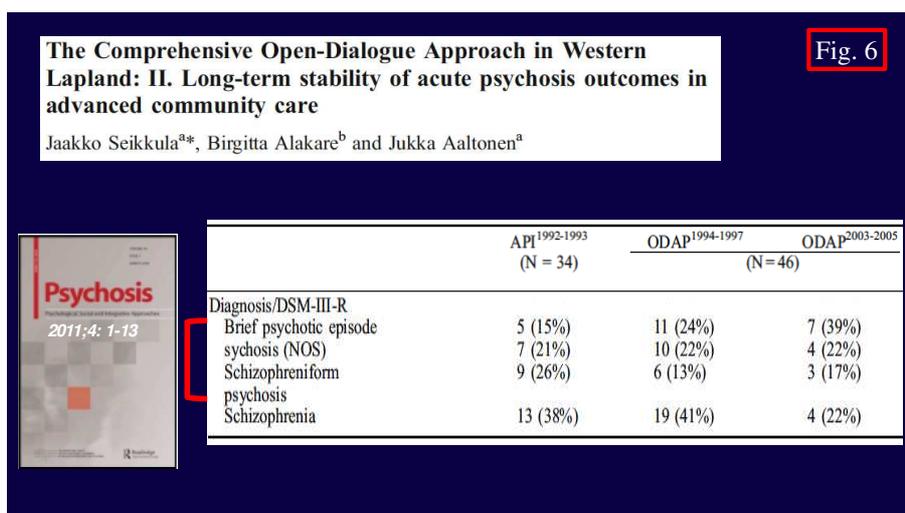
Anche questo risultato è attribuito dagli autori al metodo ODA. Pure questa conclusione non può essere avvalorata per la mancanza di un gruppo di controllo. Basti pensare che nei servizi psichiatrici ospedalieri di Parma, dove il metodo ODA non è applicato, la durata dei ricoveri dei

pazienti con psicosi (media inferiore a 13 giorni negli ultimi 5 anni) è inferiore a quella rilevata nello studio finlandese.

Nel secondo studio (Fig. 5 e 6)), è stato invece dimostrato che, dopo l'applicazione del metodo ODA, la percentuale di pazienti con psicosi in trattamento farmacologico si è ridotta, mentre è aumentata quella dei pazienti che non manifestavano nuovi episodi psicotici e quella dei pazienti che avevano un buon livello di funzionamento sociale, in quanto studiavano o lavoravano (fig 5).



Anche questi risultati non possono però essere attribuiti al metodo ODA, perché pure questo studio è gravato dai limiti del primo. Infatti, la maggior parte dei pazienti con psicosi (78%), valutati nello studio (fig.6), non sono affetti da schizofrenia ma da psicosi acute, che, come si diceva, possono avere una remissione spontanea e quindi un buon funzionamento sociale, un basso numero di ricadute e una minor necessità di trattamenti farmacologici.



In conclusione, visto i limiti metodologici dei due studi, i dati presentati non possono essere attribuire in modo attendibile all'applicazione del metodo ODA.

A. Alzapiedi

Ho sentito di come ogni esperienza relazionale lasci un segno nel nostro corpo, credo che questo sia molto vero. Recentemente ho partecipato ad un incontro dove si parlava di spiritualità all'interno della vita e sofferenza nella mente: all'interno dei nostri servizi dobbiamo cercare di aiutare la persona a trovare salute. Salute che va creata con il coinvolgimento dell'individuo, della famiglia, della comunità. In questo processo è importante aiutare la persona, per quanto possibile, ad acquisire il senso di padronanza ed il controllo sulla propria vita. La psicologia è una scienza dei processi, dei rapporti, delle relazioni e del comportamento. Può sostenere le azioni di prevenzione e promozione. Com'è stato detto, la premessa della psicologia è diversa da quella della medicina: è l'ineluttabilità del non sapere, come posizione inevitabile, conseguenza del lavorare su situazioni impalpabili che obbliga a prendere decisioni che sono indeterminabili e indicibili. Nel nostro lavoro è necessario tollerare l'incertezza e avere la capacità di avvicinarsi a quei territori che rimangono inesplorati. Noi siamo costruttori di contesti. L'operatore non sa di più o meglio de paziente. Le ipotesi non sono più vere, sono plausibili come quelle degli altri coi quali partecipa alle analisi delle situazioni. Questo implica che nel nostro lavoro dobbiamo creare delle suggestioni e proporre sempre di più delle possibilità. Quando un contesto propone un bisogno specifico o la persona arriva con un problema, la domanda emerge dalla negoziazione che porta alla costruzione di qualcosa di condiviso.

Lavoro nei servizi da trent'anni, in particolare nella neuropsichiatria da vent'anni e ho visto dei grossi cambiamenti. Siamo partiti un po' con le basi di quello che ci stiamo dicendo oggi, in cui mi ritrovo molto. Questo mi ha mosso dentro la voglia di riprendere questa parte. I contesti sono cambiati, sono cambiate le famiglie e gli operatori devono essere pronti ad accogliere questi cambiamenti. È cambiata la comunità: laddove noi andavamo sul territorio ed eravamo pronti ad avere dei luoghi di connessione con le persone, adesso è più difficile. Accogliamo delle situazioni che ci arrivano dai vari contesti. In NPIA ci viene detto "il bambino si è rotto, va ricomposto". C'è una situazione di disagio nell'accoglienza. Tornando all'esordio psicotico, l'importante è il tempo, l'intercettazione di quello che noi riusciamo a cogliere nell'adolescente e nel preadolescente: si è abbassata l'età di esordio. Mi viene quasi da pensare che quando arriviamo ad intercettare questi sintomi, è già tardi. Bisognerebbe intercettarli prima. Per gli operatori non è semplice questo, ma se ci si riuscisse si potrebbe migliorare la qualità della vita e preservare il rapporto familiare. I segnali che arrivano ai servizi spesso arrivano proprio dalla famiglia, la quale non riesce a gestire il ragazzo. Il lavoro che lo psicologo fa è di prevenzione, valutazione diagnostica, prognostica, con la funzione di ascolto e lettura relazionale della famiglia e della comunità. In questi ultimi anni abbiamo spostato la visione non tanto sulla valutazione della patologia ma sui problemi e sull'intervento. In tutti i settori si sta cercando di vedere il ragazzo, l'adulto, nel contesto di vita. Abbiamo visto che i fattori che intervengono sulla malattia, sul disagio, sono legati alla storia familiare, al contesto sociale. Entriamo in "dialogo aperto" con gli altri ma la parte più difficile è il "dialogo aperto" tra gli operatori, tra i servizi. Se dobbiamo intercettare i sintomi e il disagio, dobbiamo avere il modo di poterci parlare e di non di creare confini. Dobbiamo fare rete e metterci in connessione con le persone e tra noi operatori. Possiamo mettere in campo diversi interventi, preventivi, specifici rispetto alla difficoltà, anticipare la diagnosi, fornire figure di riferimento stabili. Soprattutto tra gli adolescenti c'è la necessità di avere un interlocutore stabile, che non cambi. Inoltre, vi è la necessità di operare in condizione di rispetto, sia riguardo se stessi per gli operatori sia per le persone che richiedono aiuto. Prendere in considerazione sintomi,

comportamenti, storie che hanno avuto un senso più o meno adattivo e che la persona considera ancora utili per sé, ci porta a dovere entrare in sintonia. Non è semplice. Quali sono i rischi? Mancanza di coordinamento tra diverse figure professionali e tra le stesse professioni. Sempre più spesso i servizi lavorano sull'urgenza. Le situazioni diventano croniche non tanto per la gravità ma per come vengono gestite.

Per me, le parole chiave sono le seguenti: condividere, connettersi, contaminarsi. Oggi aggiungo anche "sintonia".

Come dice Aldo Bonomi "L'alleanza tra la comunità di cura (operatori della salute soprattutto quelli di salute mentale, per la loro necessità di confronto con l'inclusione e l'esclusione) e la comunità operosa (lavoro, imprese, ecc.), impedisce che quest'ultima si allei con la comunità rancorosa (quella comunità della critica e del rifiuto)".

IL MODELLO DELL'OPEN DIALOGUE

J. Seikkula

Lavoro nella città di Jyväskylä, nella Finlandia Meridionale, in Università dal 1998. Prima di trasferirmi in questa città vivevo in un piccolo paese nel Nord della Finlandia, in Lapponia, nel quale lavoravo all'interno un Ospedale Psichiatrico e facevo parte di un team come Psicologo Clinico. Ho iniziato a lavorare lì nel 1980, e tutti avevamo interesse a creare un sistema che avesse questo approccio verso la famiglia, sia per quanto riguarda l'aspetto psichiatrico che quello psicologico. Il passo più decisivo si è verificato nel 1984, quando iniziammo ad organizzare incontri aperti coinvolgendo il paziente, la famiglia e altre persone che facevano parte della sua vita. Abbiamo quindi sviluppato questa pratica, che nel 1995, una volta terminato e definito, avremmo chiamato "dialogo aperto". Io ritengo che il dialogo sia un elemento fondamentale della natura umana. A mio avviso il più importante studioso che ha compreso il potere del dialogo è il filosofo russo Bakhtin, il quale sostiene che la vita ha una natura intrinsecamente dialogica. Vivere significa partecipare a un dialogo, fare domande, porsi dubbi, rispondere, essere d'accordo e così via. Secondo il filosofo, a questo dialogo una persona partecipa interamente e per l'intero corso della vita, con gli occhi, le labbra, le mani, l'anima, lo spirito, con il suo intero corpo e il suo agito. Emergono dunque due aspetti fondamentali: noi partecipiamo al dialogo sin dal primissimo momento della vita, fino a quando non abbandoniamo la vita con l'ultimo respiro, e noi partecipiamo al dialogo con tutto il nostro corpo e con le nostre storie. Questo è diventato estremamente importante e molti cercano di integrarlo nelle loro ricerche, poiché ci permette una migliore comprensione degli esseri umani. L'aspetto che ritengo sorprendente si racchiude in due prerequisiti per la vita umana: quando veniamo al mondo abbiamo bisogno di respirare, se non respiriamo moriamo; una volta che entriamo nella vita dobbiamo essere all'interno di un dialogo, ne abbiamo bisogno. Il neonato diventa un attore attivo della vita nel momento stesso in cui nasce; i nostri clienti per tutto il periodo in cui rimangono all'interno del sistema, sono degli attori del dialogo.

Mi viene in mente l'esperienza di alcuni incontri con le famiglie e i pazienti nel corso di una crisi grave. Noi non valutiamo il successo di un incontro non in base all'azione terapeutica, perché i risultati migliori arrivano spesso dagli elementi più basilari della vita umana.

Durante l'incontro prendiamo in considerazione elementi molto semplici e basilari, tanto basilari quanto lo è il respirare, e come ha detto Antonio, tutto questo è paradossale nella sua semplicità. Tutto ciò è talmente semplice che non ce ne rendiamo conto e infatti noi non dobbiamo imparare a vivere, semplicemente viviamo. Tutti noi quando siamo professori studiamo per anni i vari approcci di intervento, e la maggior parte queste scuole ha l'obiettivo di controllare qualcosa che in realtà è molto semplice: il controllo dei sintomi dei nostri pazienti, il controllo dello stile o interazioni familiari, il controllo di reazioni emotive troppo forti dei clienti. E quello che succede è che più cerchiamo di avere il controllo e più in realtà diminuiamo le risorse che abbiamo a disposizione.

In questi due giorni avremo modo di vedere come il dialogo aperto possa essere integrato nel vostro sistema. Attualmente stiamo attraversando un cambiamento radicale nel mondo della Psichiatria. Sappiamo che negli ultimi 20 anni c'è stato un forte movimento verso un approccio anche

abbastanza estremista, ma nella ricerca di base pare che il contenuto inerente alla cura della psicosi abbia o sia di solito legato a sintomi a un livello cerebrale e tutto questo è stato studiato dal team di Nancy C. negli Stati Uniti. In realtà pare che l'utilizzo di alcuni poli-trattamenti comporti la morte di certo un numero di pazienti, e questi risultati sono stati poi studiati successivamente in Finlandia. Dopo aver visto i risultati, si è ritornati all'approccio della *talking cure*, dove abbiamo l'aspetto psico-sociale viene rimesso in discussione e possiamo incontrare i nostri pazienti nel loro contesto sociale.

Mi è piaciuta molto l'introduzione di Antonio in cui si parlava dei vari tipi di psicosi. Io ho lavorato con l'idea psicoterapeutica della psicosi per quasi 30 anni e ho sempre visto nella pratica clinica che questo è un modo efficace di aiutare le persone, ed è una sorta di ipotesi basilare per arrivare a comprendere a fondo il quadro della psicosi. Prima di tutto non credo che esista la psicosi, perché non credo esista un sistema con il quale possiamo stabilire che le persone affette da psicosi siano qualitativamente diverse rispetto a persone che non sono affette da esse.

Sappiamo che esiste un numero enorme di studi genetici fatti a partire dalle ricerche sul cervello ma non abbiamo una categorizzazione di essi sulla psicosi. E sappiamo che i sintomi non sono tanto sintomi di una malattia, ma piuttosto un modo di comportarsi, una strategia per la nostra mente personificata di sopravvivere, un modo strano per la nostra mente, anche sofferente, di trovare queste strategie. Purtroppo spesso l'approccio della psicologia e della psichiatria è quello di descrivere questa strategia psicologica come "psicosi", ma è qualcosa che noi tutti facciamo quando abbiamo a che fare con una situazione estrema nella nostra vita.

Quando incontro persone che hanno avuto un vissuto psicotico a lungo termine e si comportano in modo molto strano, non penso che sia stata una malattia particolare che li ha portati a ciò, ma che sia un fallimento del trattamento. Il nostro sistema è costruito in modo tale che ci permette di venire a contatto con i clienti nei primi momenti di disagio, quando essi stanno cominciando a creare questa strategia. Una causa del fallimento del trattamento può essere data dal fatto che il contatto con il cliente non sia avvenuto precocemente. Come abbiamo visto, ci sono già segnali che possono manifestarsi da 1 a 3 anni prima del trattamento. In uno studio che abbiamo condotto 10 anni fa nella Lapponia Occidentale, si è visto che la durata media di esordio psicotico era di 3 settimane, e ovviamente è completamente diversa la situazione se una persona ha sperimentato questa situazione per 3 settimane oppure per anni. In quel periodo in Lapponia Occidentale c'era questo sistema in vigore già da 15 anni e non è un caso che l'insorgenza della schizofrenia si era ridotta di un 1/10 rispetto a prima.

La seconda causa di fallimento dipende dal fatto che se noi abbiamo una comprensione errata della vita, della psicosi, arriviamo a dare risposte sbagliate, andando a 'patologizzare' la situazione senza vedere quelle che sono le risorse disponibili, mentre l'esperienza del dialogo aperto mi dà risposte molto concrete. Io non parlo ai pazienti con schizofrenia, perché io parlo solo con gli esseri umani. Questo mi permette di generare un dialogo con le persone, senza pensare che facciano parte di una certa categoria di patologia o psicosi, ma piuttosto mi chiedo "a che cosa risponde questo comportamento?" e questa è l'idea che deve essere inclusa nella pratica del dialogo aperto: incontrare persone complete nella propria crisi, persone che hanno anche una propria sfera relazionale. Tutto questo è iniziato nel 1984 quando abbiamo iniziato a organizzare questi '*open meeting*'. In quel momento non avevamo idea che sarebbe diventato un approccio vero e proprio, piuttosto una riorganizzazione del sistema psichiatrico e dell'approccio al paziente. Esso era collegato al professor Alanen, con un approccio che doveva essere adattato al bisogno, ed era

determinato dal pensiero che non dovendo affrontare l'incontro che riguardava una crisi, il trattamento da adattare doveva essere solo specifico e ponderato al problema specifico della persona, integrando vari metodi terapeutici in base alla risposta, dalla comune psicoterapia a quella sistemico-familiare. Dal momento che abbiamo iniziato ad utilizzare questa pratica si sono verificati subito cambiamenti significativi e ci siamo presto resi conto che lavorare nel sistema tradizionale negli ospedali e cliniche non era più possibile. Quindi abbiamo pensato di riorganizzare il sistema perché era necessario incontrare la famiglia prima dell'eventuale ricovero o decisione terapeutica. Quando abbiamo iniziato a mettere in pratica questo approccio, i ricoveri si sono ridotti del 40%.

Il risultato è stato che nella zona della Lapponia Occidentale abbiamo creato delle vere e proprie "unità di crisi" per affrontare il problema appena si presentava e dopo circa 5 anni (nel 1995) abbiamo condotto un progetto di ricerca guidato dal professor Yukka Alkonen, per cercare di stabilire quali erano gli elementi base del trattamento nel nuovo sistema attraverso l'Unità Mobile di Crisi. Abbiamo quindi iniziato ad analizzare tutti i dati relativi ai pazienti che avevamo incontrato dal 1985 in clinica; si trattava di circa 3000 pazienti, 300 dei quali avevano avuto un esordio psicotico. Svolgendo un'analisi qualitativa siamo giunti a una sistematizzazione delle caratteristiche di questo nuovo tipo di approccio e ci siamo posti la domanda di come nominare questa nuovo approccio, arrivando alla conclusione che l'avremmo chiamato "Open Dialogue" (dialogo aperto). Nello stesso tempo ci siamo resi conto che questo metodo metteva in discussione tutto quello che era il sistema psichiatrico in generale, poiché oltre alla pratica clinica ci siamo accorti di aver bisogno di altri due elementi fondamentali: le organizzazioni avevano bisogno di valutare le loro pratiche e la ricerca era diventata pertanto un elemento sempre più fondamentale del sistema; l'approccio richiedeva capacità specifiche e la nostra preparazione non era sempre sufficiente. Quindi volevamo avere una qualifica terapeutica in base al Sistema Finlandese, per poter avere una base di formazione comune del team, iniziando una formazione specifica di 3 anni specificatamente sull'approccio familiare. In 30 anni di lavoro credo che il sistema della psichiatria Finlandese sia il più scientificamente organizzato che abbia mai incontrato e che il livello di formazione del personale sia il più elevato. Se vogliamo veramente garantire una certa qualità nel trattamento e nelle cure, dobbiamo anche garantire il livello ottimale di preparazione. Queste sono state le premesse principali per attuare il metodo. Vorrei sottolineare ancora una volta che questi sono i risultati di una ricerca, una risposta concreta di ciò che era avvenuto, e non solo l'idea iniziale che avevamo formulato.

Sintetizzando, le pratiche ottimali prevedono:

- 1. Un aiuto immediato.** Garantire al paziente di vederci già un giorno dopo il contatto. Dobbiamo quindi riadattare il nostro team a questo tipo di esigenza;
- 2. Coinvolgere sempre la famiglia e la rete sociale.** Questa penso sia la differenza più significativa tra la Lapponia Occidentale e il resto del mondo: il coinvolgimento costante e sistematico della famiglia in tutti i tipi di crisi e situazioni. Molto spesso è più semplice per la psichiatria trovare scuse, alcuni iniziano a scrivere leggi sulla privacy per cercare di bloccare; altri dicono che in questo momento delicato la persona è troppo disturbata per poter incontrare la famiglia e così via.

3. **Flessibilità.** Avere l'esigenza di scegliere sempre la pratica migliore per quel contesto e quella famiglia. Questo è il motivo per cui dico che Open Dialogue è un modo di organizzare la vita e non un metodo di trattamento.
4. **Responsabilità e Continuità Psicologica.** Ci siamo chiesti come i nostri professionisti possono essere disponibili per le famiglie in ogni momento. L'idea più difficile che abbiamo dovuto affrontare negli anni '80 è stata quella di smettere di dire "no" al paziente, o dire "no lei deve contattare la clinica...". Quando il paziente mi chiama io devo dire "sì" e organizzare l'appuntamento nella clinica migliore in cui andare. Questo è il problema principale dei sistemi definiti dalla diagnosi, poiché dobbiamo porci la domanda su quale *team* chiamare in base alla problematica; per noi questo è secondario, mentre l'elemento principale è quello di incontrarci per poi eventualmente decidere quale strada intraprendere.
5. **Tollerare l'incertezza.** Accettare e tollerare il fatto di non avere una risposta predefinita. E questo è il punto: noi ci incontriamo per trovare un dialogo e non per risolvere un problema.

Perché l'aiuto immediato è così importante? Perché la crisi è come un punto di arrivo monologico, perché magari la famiglia ha già vissuto giorni o settimane in una situazione di preoccupazione e allarme verso uno dei membri della famiglia, magari senza dormire per molto tempo, senza visitare o ricevere amici, o ad esempio la figlia può isolarsi nella propria stanza e parlare da sola, e magari noi genitori pensiamo sempre al meglio, pensando che oggi vada a dormire e domani torni a parlare, ma ciò non accade mai. Un giorno arrivano alla consapevolezza di dover contattare l'unità di crisi, e questo contatto è paradossale perché noi genitori vediamo una strada chiusa, pensiamo di essere a un punto morto, quando in realtà tutto è aperto e dobbiamo semplicemente capire che cosa è successo, chiederci "cosa non va con mia figlia?".

Magari persone che hanno avuto esperienze allucinatorie hanno ancora il coraggio di parlarne, ma ciò non avviene dopo 3 giorni, c'è ancora una finestra aperta delle cose di cui non si è parlato, e questo è il significato del servizio crisi: essere lì quando la finestra è aperta, prima che si chiuda con il tentativo della persona di elaborare una strategia; noi diventiamo quindi parte di quella elaborazione di una strategia. Ci sono poche cose che devono essere fatte in quello spazio di tempo, ma è fondamentale essere lì, essere disponibili e dare la possibilità di parlare di ciò che non si è discusso fino a quel momento. Questo significa che quando uno inizia a parlare di cose che possono coinvolgere la sera psicotica, non inizierò certamente a fare un "orientamento sulla realtà", ossia iniziare a dire "questa è la tua malattia, non è la realtà ecc" ma esattamente il contrario, tipo: "aspetta un secondo, ho capito bene? Hai il potere di controllare la porta dei vicini? Puoi aiutarmi a capire di più che cosa significa?". Cerchiamo di seguire il ragionamento, e quando questo avviene in presenza della famiglia e della rete sociale, si crea un'apertura e viene stimolata la curiosità in un ambiente che è comunque sufficientemente sicuro (protetto). Se noi pensiamo di non riuscire a riunire la famiglia nel mezzo di una crisi psicotica perché abbiamo paura, ci dobbiamo rendere conto che stiamo perdendo l'occasione di rilevare le risorse a disposizione. Nell'ambito dei trattamenti alla psicosi ci sono interventi psicoeducativi che considerano l'ambiente familiare, ma comunque in sedi separate, poiché potrebbero influenzare ciò che emerge dal paziente. Noi vogliamo fare esattamente il contrario. È importante incontrare il paziente con la famiglia nel momento in cui è più emotivo; nell'incontro le persone diventano sempre più coerenti. La persona

certamente può divenire più agitata, non possiamo prevederlo, ma ciò che rileviamo è che alla fine dell'incontro la persona in genere è molto più tranquilla rispetto all'inizio.

Ciò che rende possibile il lavoro con la famiglia dipende da alcuni aspetti importanti: il fatto che la famiglia deve essere coinvolta sempre e in qualunque condizione prima di fare qualsiasi cosa; questo non significa che il lavoro familiare sia più importante di quello individuale, ma ciò che conta è l'ordine (prima stabilire le relazioni sociali in cui operare e poi passare all'individuo); in corso di crisi dobbiamo apprendere un modo molto informale per introdurre e gestire l'incontro con la famiglia, dobbiamo capire se ad esempio è stata la mamma a chiedere di organizzare un incontro con la figlia che sente le voci, comprendendo già al telefono chi è a conoscenza di questi fatti, chi potrebbe essere di aiuto e chi può essere presente per un eventuale incontro già il giorno dopo.

Ovviamente noi chiediamo alla madre se lei sarà presente, e la maggior parte delle persone in genere accetta, vuole essere presente. In alcune situazioni può essere utile avere a disposizione anche altri elementi della rete sociale, ad esempio i compagni di classe sono persone fondamentali della vita di un paziente di 13-14 anni; o se la crisi si verifica sul posto di lavoro, è utile avere a disposizione una parte che rappresenta il posto di lavoro. Riferendomi all'esempio di prima sull'uomo convinto di controllare la porta del vicino, abbiamo infatti invitato a partecipare proprio il vicino. Siate aperti nell'idea del fare ciò che secondo voi è utile coinvolgendo la rete sociale.

Per quanto riguarda ciò che è la responsabilità e continuità psicologica credo ci siano troppe differenze tra il nostro sistema e quello italiano, perciò non credo sia utile entrare nel dettaglio del nostro sistema Finlandese perché non sarebbero applicabili a quello italiano. Tuttavia l'idea generale sempre importante è quella di riuscire a integrare tutti i Servizi al momento della crisi, ad esempio: avere qualcuno dei Servizi Sociali, di Protezione e Tutela, nel caso in cui avessimo all'interno di una famiglia una crisi da parte sia del genitore che del figlio sarebbe utile avere a disposizione qualcuno coinvolto da entrambi i Servizi Psichiatrici. Nel caso in cui sia necessario il ricovero ospedaliero, si potrebbe far partecipare qualcuno dell'ospedale all'incontro a casa e coinvolgerlo nell'unità di crisi.

Per dare sicurezza alla famiglia, in un momento di crisi, è necessaria una frequenza di incontri per far sì che la famiglia non si senta abbandonata, gestiti in base al tipo di dialogo che emerge negli incontri. Un dialogo è di qualità nel momento in cui tutti i partecipanti parlano e ascoltano.

Quando c'è una crisi ad esempio, è fondamentale e necessario lavorare in squadra poiché in questo modo, mentre un membro del gruppo ascolta ad esempio la persona che ha assunto sostanze, un altro può ascoltare la famiglia.

Per fare un altro esempio, durante il periodo passato in Lapponia, un'infermiera mi ha contattato per un caso molto particolare. In quel periodo non lavoravo nell'unità di crisi ma in un'unità dell'ospedale. Dopo avermi contattato, l'infermiera si è rivolta anche ad uno psichiatra a cui è stato detto che un ragazzo tornato da un periodo di due anni ad Helsinki aveva iniziato a comportarsi in modo strano e la madre aveva il sospetto che avesse fatto uso di crack. L'infermiera disse alla madre di comunicare al figlio di stare tranquillo poiché stavamo per andare da lui. La madre disse di non essere assolutamente d'accordo e che se avesse detto questo al figlio lui sarebbe sparito. A questo punto l'infermiera decise di cercare aiuto e di contattarci. Noi, abbiamo raggiunto la famiglia nel pomeriggio. Quando siamo arrivati, il ragazzo ci ha subito notati e si è infuriato con i genitori chiedendo loro perché ci avessero chiamato. La madre cercò di tranquillizzarlo dicendogli di essere

molto preoccupata per le sue reazioni e di averci chiamato per questo. Il ragazzo sostenne di non aver bisogno di aiuto e che i matti in quel momento erano loro. Io ho detto subito al ragazzo che mi ero reso conto che i suoi genitori avevano bisogno di aiuto e che ero venuto per aiutarli e che se lui fosse stato con noi mentre ci parlavamo ci sarebbe stato molto d'aiuto. Gli ho specificato che non era obbligato a sedersi con noi ma che l'importante era che lui sentisse la nostra conversazione.

Ci rendevamo conto che dovevamo concentrarci su di lui. Pur non essendoci confrontati nel team, sapevamo già quello che dovevamo fare. Io ero già consapevole che mi sarei occupato del ragazzo e che i miei colleghi avrebbero parlato con i genitori. Se fosse stato da solo in una situazione del genere, sarebbe stato molto difficile da gestire.

Nei miei commenti, accennavo alle difficoltà del figlio nel vivere da solo lontano da casa e poi di dover tornare. I miei colleghi invece capivano le difficoltà dei genitori nel dare questa possibilità al figlio e nel mantenere la sua indipendenza. Tramite questi commenti cercavamo di creare una situazione di confronto e dialogo tra i due (genitori e figlio), senza avere l'obiettivo di risolvere il problema in quel momento. Abbiamo quindi deciso di organizzare un secondo incontro, in cui il ragazzo avrebbe avuto la posizione dell'ascoltatore e nell'incontro successivo il giorno dopo avrebbe partecipato al colloquio tramite il dialogo.

L'idea era quella di tollerare quanto succedeva nell'incontro senza sapere cosa sarebbe avvenuto. Non eravamo lì per cercare una soluzione, un cambiamento o dei sintomi, eravamo lì per aprire un dialogo.

Io ho iniziato la mia formazione sull'approccio sistemico familiare, nei primi anni Ottanta. Ho sviluppato una certa abilità nel capire come intervenire nell'ambito familiare e ho impiegato tempo per capire che nell'Open Dialogue l'idea era solo quella di trovarsi, creare un nuovo tipo di comunità e cercare di creare un linguaggio per qualcosa che ancora non ne ha uno.

La mia posizione nell'incontro è molto diversa da quella che avevo precedentemente (nell'ambito della terapia sistemica). Nella terapia sistemica impariamo a intervistare e raccogliere informazioni. Qui l'idea è quella di rispondere perché il paziente si senta ascoltato e possa parlare apertamente di problemi per lui particolarmente privati e complessi. Un mio modo di agire all'interno del colloquio è ripetere quanto detto dalle persone. Tempo fa ho partecipato ad un incontro dove questa modalità era evidente sin dall'inizio. Il caso era quello di una ragazza di vent'anni con genitori separati.

Aveva detto a se stessa che l'accaduto non le interessava, che era indipendente e che i genitori avrebbero potuto fare tutto quello che volevano. Tuttavia ad un certo punto aveva sentito il bisogno di andare da un medico. Ne incontra diversi ma nessuno rileva niente di anomalo. Questo finché un medico non la manda alla Clinica Psichiatrica per avere un colloquio con noi. Il personale della clinica mi chiede di essere presente all'incontro. La ragazza iniziò a narrare la sua storia, ad un certo punto si fermò e disse di essersi sentita triste quando il padre andò via. In quel momento, io mi sono limitato a ripetere le sue parole. Dopo aver ricevuto un cenno di approvazione da parte sua, invece che risponderle: *“è naturale che si senta triste, anche se è adulta, per il fatto che un genitore si è allontanato”*, le ho chiesto di dirmi di più rispetto a quello che aveva sentito.

Siamo tutti molto bravi ad assegnare significati a quello che dicono le persone ma a questo punto non sono loro a svolgere il lavoro ma noi. Quindi ho deciso di ripetere quanto detto dalla ragazza e mi sono preso una pausa per riflettere. Dopo avermi sentito ripetere le sue stesse parole, alla ragazza il problema a questo punto appare evidente.

Goolishan (psicoterapeuta familiare americano), sottolinea l'importanza della ripetizione e specifica di non dare per forza un significato a quello che la persona ci dice.

In questo modo si crea uno spostamento, dalla sfera del terapeuta a quella del cliente.

È importante capire la storia del paziente e della sua famiglia senza dargli un significato per far sì che queste persone diventino una nuova risorsa nella loro vita. L'idea principale è quindi mobilitare nelle persone le loro stesse risorse e far sì che queste ultime possano definire la loro vita.

Per creare degli incontri che siano efficaci, è importante creare una condizione di apertura durante tutto il colloquio ed è importante che tutti siano presenti dall'inizio, a prescindere da quanto un paziente sia psicotico.

I professionisti devono iniziare l'incontro senza vedersi precedentemente per elaborare una strategia. Tutto si svolge durante l'incontro e non ci si ritrova successivamente per trarre conclusioni. Tutto quello che riguarda il trattamento è discusso in quel momento.

La struttura dell'incontro è formata da un team i cui membri sono liberi di esprimersi formulando domande o facendo osservazioni. Personalmente questo sistema mi piace molto poichè mi permette di essere in contatto, scambiare informazioni e conoscere i membri. Tuttavia, questo tema è stato anche soggetto a critiche. Qualcuno mi ha detto che era un ambiente troppo caotico e che sentiva il bisogno di strutturare diversamente l'incontro. Questo non è un problema, si può organizzare il team in modo che ci sia una persona che si occupa dell'intervista e le altre dell'ascolto. Essendo in una situazione di crisi è indispensabile che noi come professionisti ci sentiamo sicuri.

Una cosa che voglio sottolineare è l'importanza della flessibilità del medico, ovvero quanto sia fondamentale che in alcuni incontri assuma un ruolo più attivo mentre in altri sia più disposto all'ascolto.

Durante l'incontro, ci sono quattro domande importanti:

1. *Come si apre l'incontro?*
2. *Come dare la possibilità a tutti di essere ascoltati?*
3. *Come creare uno spazio di scambio comunicativo tra i professionisti?*
4. *Come chiudere l'incontro?*

Solitamente chiedo di iniziare l'incontro con domande a risposta aperta e credo sia importante non aprire mai l'incontro con il proprio ordine del giorno. Iniziare un colloquio con la spiegazione del "perché siamo qui", pone i presenti sulla difensiva, come se si creasse uno distacco tra i ruoli. Nella nostra posizione, sappiamo che ci sono dinamiche che dobbiamo saper gestire. Decido di lasciare le questioni che dobbiamo affrontare, nell'ultimo quarto d'ora e non all'inizio.

Non so come sia in Italia, ma in molti paesi è presente un tema chiamato: "valutazione del rischio". Negli Stati Uniti, ad esempio, vi sono sette pagine di modulo da compilare prima di poter avviare un trattamento. Questo è estremamente dannoso per le persone in crisi. Ho svolto lavori di ricerca su questo tema e ho visto che hanno un effetto indesiderato. Se consideriamo una crisi psicotica, le persone possono dire le cose più importanti nei primi due minuti. Compilando i moduli, perdiamo informazioni essenziali dato che potrebbe non esserci più questa apertura da parte del paziente, come ho mostrato in alcune ricerche del 2002.

Le prime domande quindi potrebbero essere: "come vuoi che utilizziamo il tempo?" oppure "come stai?". Una questione fondamentale è anche come coinvolgere i presenti. Per esempio, rispondendo al paziente: "credo sia molto importante quello che mi sta dicendo, vorrei continuare a parlare di questo argomento ma prima, mi piacerebbe sapere anche quello che gli altri pensano rispetto quello

che ha detto”. Stimolo sempre alla discussione ma accetto anche chi non vuole parlare, questo è molto importante in una situazione di crisi dove le persone sono estremamente chiuse ed impaurite. Il momento in cui più professionisti parlano tra loro è invece formato da due elementi distinti:

- Il primo è l’idea di discutere dei piani di trattamento. Ho fatto quasi 200 incontri di follow-up con le famiglie coinvolte e tutti ripetono quanto sia stato importante per loro sentire come veniva fatta la scelta di un determinato trattamento.
- Il secondo è quello che noi chiamiamo “conversazione riflessiva”.

Riguardo la conclusione dell’incontro, è possibile affrontare le questioni rimaste in sospeso alla fine dell’incontro.

Personalmente, cerco di dare un feedback positivo sul colloquio, dicendo: “E’ arrivato il momento di concludere l’incontro. Ho la sensazione che siamo arrivati a discutere di argomenti importanti”.

Se c’è stato un accordo all’inizio dell’incontro, solitamente ripeto i termini dell’accordo e prima di concludere chiedo se c’è qualcosa che vogliono aggiungere. Questo fa sì che sia il cliente abbia l’ultima parola.

È fondamentale ricordare che è il cliente ad aprire l’incontro ed è sempre lui a chiuderlo.

Risultati delle ricerche 2003-2005

Nelle ricerche condotte nel 2003 e nel 2005, abbiamo riscontrato come il bisogno dei trattamenti medici si sia ridotto drasticamente. I casi di psicosi, presentano ottimi risultati a confronto con i risultati di altri casi, in quanto l’84% di questi pazienti sono tornati a lavorare a tempo pieno.

La mia domanda quindi è: “Quanti altri risultati di questo tipo potremmo avere?”

Se si svolgono le quattro proposte presentate precedentemente e se queste vengono svolte contemporaneamente, la possibilità di un risultato positivo è molto elevata.

È importante incontrare il paziente nel momento della crisi, quando è pienamente coinvolto poiché le emozioni sono degli ottimi produttori di risorse.

Inoltre, due “contenitori” di risorse molto importanti per il paziente sono: la rete sociale e la famiglia. Queste si incontrano in un contesto che cerca di dare spazio a tutte le voci per un aiuto più completo del paziente. Facendo così è possibile evitare l’assunzione di farmaci e quindi gli effetti collaterali che questi provocano.

Vorrei fare un commento per rispondere all’intervento del Dott. Marchesi, in riferimento alla necessità di avere un gruppo di controllo per determinare una conclusione significativa. Io la vedo in modo diverso, in quanto avremmo dovuto avere un gruppo di controllo se avessimo dovuto indicare che il cambio d’incidenza fosse dovuto all’approccio utilizzato, mentre quello che abbiamo registrato è stata una riduzione considerevole nel manifestarsi della schizofrenia. Sono invece d’accordo sul fatto che non dobbiamo tracciare un nesso causale tra la riduzione dello sviluppo della schizofrenia e questo tipo di trattamento.

Abbiamo dei dati di controllo su una ricerca fatta in Finlandia qualche anno fa dove viene dimostrato che l’incidenza in altre zone della Finlandia stava aumentando nello stesso periodo di tempo. Questa è una sorta di ricerca naturalistica in cui affermiamo che questo diventa più valido rispetto a risultati che vengono realizzati con *trial* empiristici. In questa ricerca però, il nostro obiettivo non era quello di avere una spiegazione lineare, ma era mettere in evidenza una situazione di questo tipo.

Volevo parlarvi di ciò che succede nella prassi del dialogo, in riferimento all'*embodiment* nell'ambito dell'Open Dialogue. Si basa molto su quella che è la nostra nuova comprensione della vita umana in generale, per la quale il dialogo viene posto al centro. Dal punto di vista dello psicoterapeuta, Stern da una spiegazione molto chiara riguardo a questo cambiamento, sostenendo che stiamo vivendo una rivoluzione. La nuova concezione presuppone che la mente sia sempre *embodied* (incarnata) e che sia resa possibile dall'attività sensori-motoria del corpo. La mente umana è costantemente in relazione con altre menti. E se la mente umana è relazionale, allora è *embodied*. Alcuni hanno avuto questa idea molto presto nel mondo della psicologia, influenzati fortemente dalla scuola culturale russa, il cui autore principale è Lev Vygotskij. Già nel 1930, Vygotskij parlava dell'impossibilità di separare le reazioni motorie dai processi affettivi/emozionali. Ed è sorprendente considerando che siamo ben 60 anni in anticipo rispetto a qualsiasi studio sui neuroni *mirror*. Se pensiamo alle nostre vite, quando veniamo al mondo iniziamo a costruire delle relazioni e ogni esperienza relazionale lascia un segno nel nostro corpo. Noi veniamo costruiti dalle esperienze nei rapporti, in modo estremamente concreto. Questo è qualcosa che io chiamo "le voci della mente". E un'idea della vita sarebbe quella di avere un dialogo tra queste voci. La vita avviene in questi dialoghi.

Proseguendo, Trevarthen e altri autori che hanno iniziato a svolgere ricerche sull'intersoggettività. Trevarthen è stato un rivoluzionario e secondo la sua visione, dall'inizio della vita noi ci apriamo alla partecipazione attiva al dialogo. Quindi dal primo respiro il neonato inizia a partecipare ad un dialogo, con movimenti ritmici e in modo musicale. Ci sono dei video che documentano queste osservazioni: una mamma e il figlio di 21 giorni vengono monitorati e si osserva la musica che viene creata, costituita da 4 parti che insieme formano una sinfonia; questa sinfonia può iniziare da parte del bambino o della madre. Il bambino ad esempio potrebbe produrre un vocalizzo, che rappresenterebbe l'ouverture, e la mamma potrebbe rispondere "amore mio cosa mi vuoi dire?". E c'è questo scambio, che è stato rappresentato su scale musicali. Questo è sorprendente perché racchiude il significato della vita: il nostro armonizzarci (sintonizzarci) con l'altro.

Adesso è stato osservato che il bambino sembra prendere più iniziative di comunicazione. E cosa significa? Che è il bambino a "creare" la madre e il padre e non il contrario. Cade cioè l'idea che siamo noi ad allevare i figli; la vita funziona al contrario: sono i nostri figli che ci rendono genitori. E se prendessimo sul serio questa idea il nostro sistema sarebbe molto diverso. Ad esempio, a proposito dei bambini portati al nido, non ci sarebbe la stessa idea di doversi prendere cura, perché non sarebbero loro gli unici destinatari delle cure. Nelle scuole, non ci sarebbe l'idea che i ragazzi hanno necessariamente bisogno di imparare determinate cose per diventare adulti.

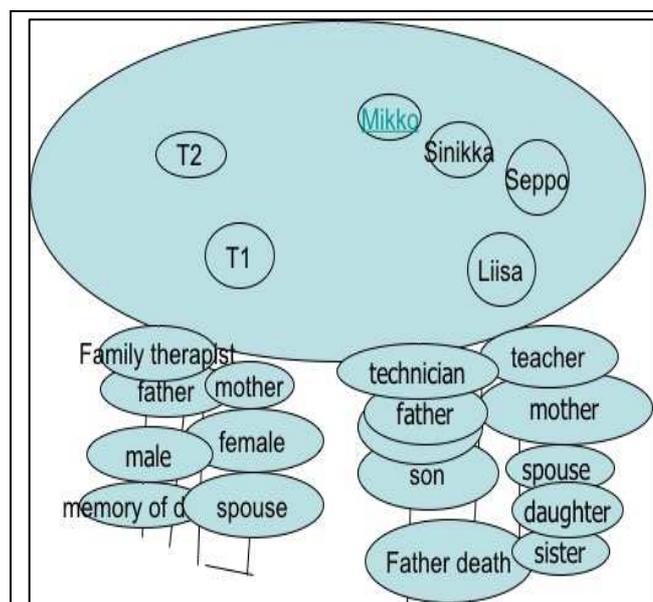
Quando ci incontriamo con i nostri utenti ci vedono come obiettivi di ciò che vogliamo formare. In realtà verremmo visti come coloro che prendono iniziative in modo attivo per permettere loro di costruire un dialogo. Bakhtin utilizzava un linguaggio molto simile a questo per definire l'intersoggettività. Lui era molto interessato alla vita degli adulti e diceva che non posso avere familiarità solo con me stesso. A vent'anni ha scritto due libri, la metà dei quali analizzava cosa accadeva quando guardava se stesso in uno specchio. Bakhtin arriva alla conclusione di non poter conoscere se stesso semplicemente guardando la sua immagine riflessa. Invece, abbiamo sempre bisogno degli occhi degli altri per familiarizzare e conoscere "come siamo". Come direbbe Bakhtin "Io vedo me stesso nei tuoi occhi", prendo in prestito i tuoi occhi per vedere me stesso. E che cosa succede? È una questione di millesimi di secondi, è qualcosa che avviene senza la mediazione del

linguaggio, delle parole. È una risposta immediata, che io interiorizzo nel corpo e che si riferisce a come sono io e questa risposta è già stata data prima ancora di rispondere verbalmente. Nel mondo psicoterapeutico noi abbiamo a che fare con cose che chiamiamo “emozioni”. Come suggerisce Stern, quando abbiamo a che fare con un cliente la nostra relazione si svolge attorno alle storie da lui raccontate. Naturalmente una buona parte delle storie riguarda le esperienze emotive e a seconda del modello teorico di riferimento attribuiamo a queste storie significati differenti. E se noi partiamo da questa considerazione, allora le emozioni sono pensieri. Ma prima di questo, prima del pensiero, succede qualcosa di molto più importante che ho chiamato “affetto”.

A questo proposito voglio raccontarvi una storia. Durante un incontro con un cliente, nel mezzo della storia che stava raccontando, qualcosa è successo nella mia mente: il mio respiro si interrompe, inizio a piangere. Queste reazioni non hanno una storia, sono qualcosa per cui non ho parole. Quindi non è tanto il fatto di avere a che fare con la narrazione del cliente, ma è qualcosa che avviene prima delle parole. Questo modo “affettivo” di esperire la vita è precedente al racconto, al pensiero. E noi cerchiamo di regolare questa attivazione affettiva. Mentre il mio cliente raccontava, mi ero commosso, il mio corpo si era agitato e questa è anche comunicazione, è un atto comunicativo. In questo modo l’altro diviene parte della regolazione della mia risposta affettiva. È come una danza, un movimento di scambio continuo con l’altro. Questo modo di vedere le cose era già presente 100 anni fa, ma sappiamo che la psicologia ha poi scelto un’altra strada.

Lo psicologo/filosofo americano William James era molto in linea con questo modo di pensare. Il suo scritto più famoso si intitola “Stream of Life”, quindi tutto accade in un flusso continuo, in cui costantemente nel nostro corpo sentiamo similitudini e dissimilitudini, e questi sono sentimenti di tendenza spesso così vaghi che non riusciamo a definirli.

Tornando a parlare delle “voci della mente”, volevo mostrarvi un esempio dell’interazione tra queste voci. Tutte le relazioni che viviamo lasciano un segno nella memoria e questo diventa evidente quando interagiamo con gli altri. Una volta, in un incontro erano presenti Mikko (depresso) e i suoi genitori, tre terapeuti e vari partecipanti. Potremmo definire questa situazione come una sorta di polifonia orizzontale.



Avevamo stabilito regole molto rigide per concentrarci sulle relazioni presenti in quel momento, come ad esempio il parlare con il cliente in termini di parole e non di emozioni.

Cosa succede quando si è immersi in questa polifonia? Mikko parlava della sua situazione, del fatto che il suo datore di lavoro voleva mandarlo via. La “voce” del datore di lavoro era una parte importante del nostro incontro. Mikko diceva di essere preoccupato e si chiedeva se fosse stato o no un bravo padre per i suoi figli. Parla poi della relazione con i genitori, in particolare con il padre che era stato escluso dal contesto familiare e racconta che poco dopo essere riuscito a riallacciare i rapporti, il padre era morto.

C’era quindi una molteplicità di “voci” che Mikko aveva dentro di sé mentre partecipava all’incontro. E le stesse preoccupazioni che lui riportava le avevamo anche noi terapeuti.

E più la pratica è diventata dialogica, più le nostre “voci” sono entrate a far parte dell’incontro. C’erano le voci dei nostri doveri professionali. Poi quando Mikko parlava di che tipo di padre fosse stato con i figli, anche nella mia mente si sono attivate voci simili.

E quando intraprendiamo un dialogo con i nostri clienti, non possiamo evitare che le loro “voci della mente” parlino dentro di noi, così come le nostre “voci” danzano col nostro.

Un’idea importante nel momento in cui i terapeuti che partecipano all’incontro sono più di due, è che le voci dei miei colleghi sono sempre uniche e diverse dalle mie. E quando diventano parte dell’incontro si crea una dinamica di incontro condiviso, simile a quella che stiamo avendo noi qui oggi.

Io e il mio team di ricerca abbiamo voluto indagare in che modo riusciamo a “sintonizzarci” con queste voci. Ci sono ricerche che mostrano come il sistema nervoso dei nostri utenti non risponda al contenuto delle nostre affermazioni, ma a come diciamo le cose. E qualcosa di molto simile a quanto dicevo prima a proposito della sintonia tra madre e figlio, creata sulla base degli aspetti della prosodia. Anche i nostri utenti “si sintonizzano” in base al ritmo, al tono, cioè ai diversi elementi prosodici. Siamo parlando di comunicazione non verbale e vengono prese dunque in considerazione anche le risposte alla postura, al movimento del corpo e alle espressioni del volto. Uno degli studi classici sull’argomento è quello di Ramsey Thatcher, che studia l’aumento della sincronizzazione dei movimenti del corpo in queste situazioni. I ricercatori hanno osservato che più movimenti simultanei esistono tra terapeuta/i e cliente più è forte la sintonizzazione, e migliori sono gli esiti terapeutici.

Qui vediamo subito il problema, perché noi ci siamo sempre focalizzati sul contenuto delle nostre affermazioni. In questo modo siamo costantemente immersi nel dualismo cartesiano, dove corpo e mente sono separati.

Col nostro studio volevamo fornire una descrizione piena del dialogo tra terapeuti e clienti. Osserviamo il dialogo, ci concentriamo su cosa diciamo, ma soprattutto su come lo diciamo. Siamo interessati alle “voci della mente” che si attivano durante l’incontro e valutiamo la risposta del sistema nervoso autonomo elicitata dalla relazione. Da un punto di vista metodologico la registrazione è molto precisa; ricorriamo a sei telecamere, per avere informazioni sulle espressioni del viso e su tutta la gestualità corporea. Guardiamo al funzionamento del sistema nervoso autonomo, di terapeuti e utenti, considerando ad esempio battito cardiaco, conduttanza cutanea ecc.

[Su questo punto prende brevemente la parola A. Restori, che afferma:

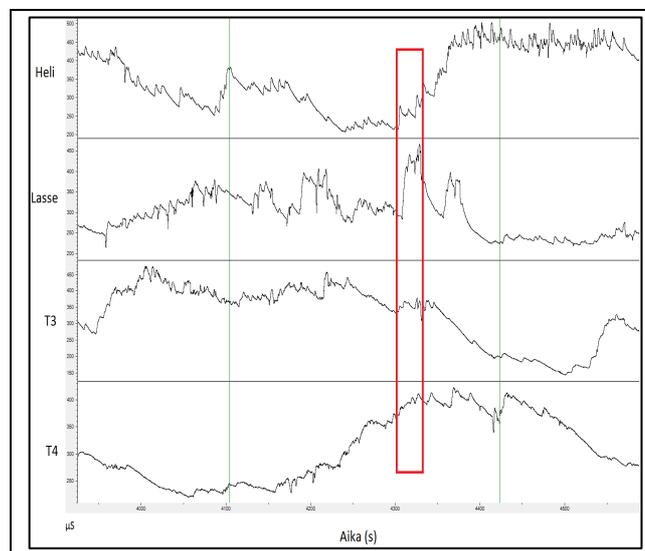
“Le nostre competenze terapeutiche dovrebbero essere “entrare nel respiro”, impattare col respiro, con il nostro respiro, attraverso un’attenzione presente alle sensazioni, lasciandoci condurre e permettendoci di sostare (so-stare) nelle nostre vibrazioni e accoglierle, arrivando a permetterci ancora di sostare, con un respiro che cerca una sincronizzazione con l’altro. Il respiro è agito nelle voci e le voci sono corde vocali. Corde, inserite in una cassa armonica, cioè il corpo. Le casse armoniche cercano una danza. È il “come”, non il “cosa”, che impatta nella relazione. Non è il virtuosismo, ma la melodia. Non è la prosa, ma la poetica.”]

J. Seikkula (riprende il suo intervento)

Credo che quando ci “sintonizziamo” con l’altro, le nostre “voci” si rincorrono, le nostre espressioni facciali reagiscono alle espressioni dell’altro. E quando tocchiamo argomenti emotivi, le nostre voci si zittiscono. Abbiamo molte interruzioni e quindi siamo pronti a far intervenire il nostro linguaggio corporeo. Il silenzio diventa essenziale.

(viene mostrato l’estratto di un video, dove vengono evidenziati tutti gli aspetti della comunicazione non verbale – attivazione affettiva – descritta sopra)

Vi mostro cosa è avvenuto a livello del sistema nervoso nei partecipanti a questo dialogo.



Potete vedere quattro tracciati di attività cerebrale e nel momento in cui il mio collega interpella la sorella del cliente (Heli), lui mostra una risposta molto forte a livello fisico (Lasse). Si sta parlando della nonna, a lui molto cara, e la risposta del cliente non viene espressa a livello verbale. Anche nella mia curva di attività (T4) si può vedere che in quel momento ero molto coinvolto emotivamente (attivato).

Un altro punto che volevo menzionare è che c'è l'idea che se cambiassimo il nostro dialogo, in modo che il coinvolgimento affettivo diventi parte integrante del nostro lavoro, concentrandoci su ciò che accade prima che i nostri clienti riescano a dare voce, a narrare, la cornice dei clienti che possono accedere agli incontri diventerebbe più ampia. Non c'è bisogno di avere degli *insight*, o di dare dei *feedback* necessariamente “verbali” per contribuire alla psicoterapia. In Finlandia abbiamo un detto: gli uomini finlandesi non parlano di emozioni. In realtà tanto in Finlandia, così come in altre culture, come la Cina, gli uomini mostrano forti emozioni. Noi, seguendo il ritmo, favorendo le pause, cerchiamo di portare le persone ad entrare nelle loro manifestazione affettive e quindi la psicoterapia diventa più democratica. E non è più soltanto un business per le donne, che sono più abili a verbalizzare le loro esperienze emotive, ma diventa possibile lavorare insieme.

“TAVOLA ROTONDA”
L'Open Dialogue in Italia

Partecipano:

Giuseppe Salamina, *Responsabile del training sull'Open Dialogue (Asl Torino)*
Raffaella Pocobello, *Psicologa, Ricercatrice ISTC-CNR.*
Verena Di Marco, *Infermiera del Diagnosi e Cura di Modena.*
Roberta Montecchi, *Infermiera del Centro di Salute Mentale di Modena.*
Jimmy Ciliberto, *Psicoterapeuta.*
Fausto Mazzi, *Psichiatra del Diagnosi e Cura di Modena*
Paolo Migone, *Responsabile scientifico della rivista "Psicoterapia e Scienze Umane".*
Nina Salvi, *Infermiera e Assistente Sociale*
Chiara Tarantini, *Psicologa*

Modera J. Seikkula.

G. Salamina

In Italia, solo otto dipartimenti hanno partecipato al progetto di “introduzione” dell’Open Dialogue: due a Torino, due a Roma, uno a Catania, uno a Modena, uno a Trieste, uno a Savona. Abbiamo arruolato in modo casuale questi dipartimenti, e abbiamo avviato la formazione, che si è conclusa a settembre di quest’anno.

Volevo precisare che la vera formazione è consistita nell’arruolare famiglie, che sono state esposte a questo approccio e che hanno vissuto il *setting* di questa modalità trasparente di presa in carico, rispettosa, in cui il paziente ha partecipato agli incontri insieme a famigliari, amici e colleghi di lavoro.

R. Pocobello

Vorrei spiegare alle persone che ci ascoltano perché ci siamo seduti così, e cosa vogliamo fare. Vogliamo dare una dimostrazione del modo di lavorare appreso nel corso dell’anno di training. Faremo una conversazione non preparata, che nasce sulla base dello scambio di ciò che accade nel *qui ed ora*; da un lato raccoglieremo gli stimoli emersi nel corso di questi due giorni, dall’altra ci baseremo appunto su ciò che emerge adesso.

Rispetto a quanto emerso in questi giorni, mi veniva in mente che tra di noi, all’inizio del training la reazione principale era del tipo “facciamo già queste cose”. C’era un po’ la tendenza a dimostrare quanto già si fosse competenti in materia. Poi, col procedere del training, abbiamo tolto le maschere, abbiamo iniziato ad essere davvero un gruppo, dove potere esprimere le nostre emozioni. Mi ha colpito la sofferenza portata dagli operatori e la soddisfazione nel partecipare al gruppo. E’ stato un processo davvero importante e coinvolgente.

V. Di Marco

Sono d'accordo con quello che hai detto. Mi piacerebbe condividere con voi la mia esperienza personale. Per me è stata una crescita personale, un percorso che mi ha arricchito tantissimo. Mi ha permesso di pensare di poter essere una persona migliore. Impegnandomi di più, posso essere migliore anche nel mio lavoro. "Dialogo aperto" mi ha fatto venire voglia di cambiare ciò che secondo me non era giusto, che non rispecchiava la dimensione umana. Dimensione umana che a volte in psichiatria viene a mancare.

R. Montecchi

Io condivido ciò che dice Elena. Anche per me è stato un percorso coinvolgente, ma anche con tanta preoccupazione dato che la realtà lavorativa quotidiana poi è diversa. Mi sono ritrovata dei mesi a riportare ai colleghi quanto accaduto durante il training, le emozioni vissute. Ho visto un grosso cambiamento in me, ho migliorato il rapporto con i colleghi, con gli utenti e nella vita privata. Prima avevo difficoltà ad esprimermi, grazie al training c'è stato un cambiamento personale. È stata un'esperienza bellissima.

P. Migone

Ma "dialogo aperto" è una terapia per i pazienti o per gli operatori?

V. Di Marco

Se noi cambiamo, miglioriamo, diventiamo persone migliori, riusciamo a dare di più anche ai pazienti.

J. Ciliberto

In merito alla mia esperienza, un aspetto molto forte è stato il porre l'accento sull'ascolto di sé. Sentire quello che senti più che quello che pensi. E' davvero molto potente, permettersi di ascoltarsi, ascoltare ciò che senti e metterlo a disposizione dell'altro. A volte è più faticoso di quello che possa sembrare. Siamo molto abituati ad ascoltare con il pensiero piuttosto che con il corpo.

P. Migone

Il cambiamento degli operatori ha un effetto terapeutico sugli utenti? E' questa l'ipotesi di fondo?

J. Ciliberto

ci permette di tollerare meglio l'incertezza dovuta al fatto di avere qualcun altro che non conosciamo in quanto altro. Focalizzarsi su di sé per permettere all'altro di sentire che c'è spazio per ognuno.

P. Migone

Rispetto a ciò che rende il "dialogo aperto" terapeutico, la mia idea è che il paziente migliori perché si trova in un ambiente di persone che fanno un'esperienza di un certo tipo. La qualità dell'esperienza quindi si riflette, si ripercuote sui pazienti. Un po' un'idea rogersiana, del "terapeuta congruente", in contatto con i propri stati mentali, che risulta terapeutico per la persona che gli sta di fronte.

C. Tarantini

La tua domanda mi dà l'occasione di parlare di ciò che non ho avuto modo di dire. Io ho smesso di cercare una risposta alla domanda "cos'è che rende così potente il dialogo aperto", perché penso che ci siano tante risposte e la ricerca affannata di una sola risposta non mi porta da nessuna parte. Però mi sono accorta che in merito agli incontri con i membri delle famiglie che stanno facendo questa esperienza insieme a noi, ci sono incontri che vanno meglio e altri peggio. La mia riflessione è che gli incontri in cui sentiamo insoddisfazione, sono quelli in cui non mi prendo cura di me stessa. Sono stata così concentrata a far funzionare il processo che ho trascurato le mie sensazioni. Questo è uno degli elementi fondamentali. Non so se è terapeutico. Però so che gli incontri che lasciano una sensazione più positiva sono quelli in cui riusciamo a tenere conto di noi, di ciò che sentiamo.

R. Pocobello

Bisogna tenere presente che la persona è sempre presente. Tutto si fa nella sessione di "dialogo aperto". Ad esempio non ci sono più riunioni di équipe, non si può usare un linguaggio tecnico. Questa regola cambia tutto. Bisogna essere presente, devi esprimerti in modo che sia comprensibile a tutti. Questo ha un effetto terapeutico. La premessa è quello che avete già detto, del poter sentire ciò che si sente.

F. Mazzi

Come detto già dai colleghi in merito all'esperienza di "dialogo aperto", io mi sento essere umano tra esseri umani. Penso che questo sia un aspetto fondamentale. Uno degli obiettivi, forse l'unico, è cercare di costruire insieme la comunicazione, un dialogo autentico nel quale pensieri, emozioni, comportamenti vengono accettati senza pregiudizio, senza nessuno schema tecnico professionale. Per me è stato molto difficile in quanto io sono stato formato sulla base di presupposti scientifici forti, con orientamento cognitivo-comportamentale, quindi l'approccio con l'utente si basava sul dover insegnare loro qualcosa, una qualche abilità. Tutto questo non è svanito, ma è in secondo piano. La cosa che posso definire miracolosa è che io entro come uno di loro, un essere umano, che non ha soluzione sul problema. Le soluzioni alle difficoltà sorgono all'interno di questo spazio globale, con i presenti o con gli assenti che vengono rievocati. È una complessità meravigliosa, ricchissima. Tutte le volte che trovo una soluzione che non viene dal professionista la osservo con meraviglia. Le persone che stanno di fronte sono altrettanto ricche di quanto lo sono io, si conoscono meglio di quanto le conosca io e hanno più probabilità di me di trovare una soluzione alle difficoltà. Si sviluppa una sorta di fiducia, di fede nelle potenzialità di un gruppo che sta insieme come esseri umani reciprocamente disponibili ad aiutarsi. Le preoccupazioni e i ruoli professionali si sciolgono.

N. Salvi

Quello che Fausto dice mi risuona proprio forte, mi permette di comprendere meglio ciò che penso: questo percorso mi consente di essere più buona nei confronti di me stessa. Ho sempre avuto l'insicurezza di essere brava, di dovere essere all'altezza. Adesso posso dare spazio a queste domande, ma anche di aspettare, di non avere bisogno di una risposta immediata. Sono più buona con me e mi permette di essere più aperta... più fragile e più aperta. Un'apertura particolare, che ha a che fare con l'amore. Mi permette di tollerare l'insicurezza. Poter essere spinti verso l'abisso dell'alterità e sentire, tenere presente il proprio respiro mentre tutto questo accade. Durante le

supervisioni ossessionavo anche i due formatori. Ed ero indispettita per le risposte non chiare. Poi ho capito tramite la supervisione che il loro modo di stare con me permetteva a me stessa di stare con i pazienti che mi chiedevano la stessa cosa. La capacità poi di trovare una soluzione insieme. Cosa permette il cambiamento non è possibile dirlo, perché si cambia insieme all'altro. La sensazione di sicurezza che provo rispetto ad un gruppo riflessivo l'ho portata con me, nella mia vita privata e ho iniziato ad ascoltare anche la mia famiglia in modo diverso.

J. Seikkula

Ho sentito che avete parlato di esperienze molto profonde. In merito al seminario che stiamo facendo, mi sono venute due domande. Cos'è stato nel training che ha fatto sentire questo cambiamento del modo di *sentire*? Poi, quali sono le cose che avete trovato più difficili da applicare, da mettere in pratica e quali le principali delusioni che avete sentito, sperimentato.

F. Mazzi

Parto dalla delusione più grande. Ho difficoltà a comunicare con la scienza psichiatrica ufficiale. Non so ancora come posso comunicare con i colleghi che non hanno avuto questa formazione. Questo mi fa soffrire, è come se non riuscissi a superare le barriere, che conosco perfettamente perché erano anche le mie. Quando un collega mi parla di un utente partendo dalla diagnosi sento che non c'è la persona di cui si sta parlando.

Il training su "dialogo aperto" mi ha cambiato, mi ha fatto tornare ai miei vent'anni, ad alcune letture che mi hanno colpito, che parlavano di democrazia, di rispetto delle persone e delle loro scelte. Come se queste conoscenze autentiche, che sentivo mie, fossero state seppellite dalle conoscenze scientifiche ufficiali. Quando ho scoperto "dialogo aperto" sono risorte. Era già dentro di me, ma era costretto all'interno di teorie e formazione tecnica. Era già dentro di me come essere umano: la creatività, la libertà, il contatto umano.

R. Pocobello

Volevo sottolineare questo aspetto incredibile di cui parla Fausto. La riscoperta di uno scopo ultimo professionale è davvero commovente. Non riguardava solo Fausto, ma un po' tutti gli psichiatri. Come se si fossero ricordati il perché, la motivazione che li ha spinti a fare quel lavoro. Per rispondere alle domande, sulla base di quello che ho visto, credo che ci siano ancora delle difficoltà, essendo un processo molto profondo, che riguardano i team italiani nella capacità di lavorare con le famiglie, di avere questo atteggiamento non giudicante. L'altra difficoltà è quella di lavorare con le domande aperte; può sembrare semplice, ma risulta difficile. Inoltre, la grande criticità credo sia quella organizzativa, che ci fa un po' soffrire. Si è creato uno scollamento tra gli operatori che hanno fatto questo percorso di cambiamento e i vertici organizzativi che non hanno seguito questo processo. Non si sono creati i presupposti organizzativi per far sì che il processo di cambiamento avvenisse in modo sereno. Questo approccio richiede dei cambiamenti organizzativi importanti. Se questi non avvengono ne soffre tutto.

C. Tarantini

Le parole di Fausto mi hanno molto colpita, ascoltandoti ho pesato, ho sentito, quando parlavi della riscoperta, quanto invece io mi trovi in una posizione privilegiata, avendo inaugurato la mia carriera professionale in questo modo. Ciò che penso è che non potrebbe essere in altro modo che così. Mi

colpisce tanto che anche dopo 20 o 30 anni si possa cambiare.

Rispetto al cambiamento, quello che Nina provava rispetto alle supervisioni credo sia stato comune per tutti. Abbiamo iniziato con l'aspettativa che i formatori ci insegnassero come fare "dialogo aperto". Alla fine del training ho ringraziato i formatori di Torino per la loro presenza. Le nostre domande non hanno ricevuto delle risposte. Loro sono stati presenti. Ci hanno fatto vedere che non è importate il *fare per*, ma *l'essere con*.

CONCLUSIONI

F. Vanni

I nostri servizi, a mio giudizio, hanno bisogno di una svolta che chiamerei ‘umanistica’, che consideri la sofferenza e la difficoltà umane come esperienze della vita delle persone e non come malattie. Per questo motivo spero che l’approccio dell’Open Dialogue trovi spazio qui in Italia.

Vorrei aggiungere alcuni pensieri.^[1] Partiamo intanto dal termine ‘Esordio’ che è accompagnato, qui e spesso anche altrove, dall’aggettivo ‘psicotico’. Mi sembra che il termine ‘esordio’ meriti di essere accantonato e sostituito con uno più adatto. Questo termine infatti ha un chiaro significato in italiano e si riferisce all’inizio di un evento. Ora noi sappiamo bene come questa terminologia sia indicativa di una visione ‘serviziocentrica’ e non già ‘pazientecentrica’ come dovrebbe essere. L’esordio infatti è, nel nostro uso comune, la manifestazione che il servizio nel quale siamo vede per la prima volta. Ma la persona che abbiamo davanti non è affatto all’esordio del suo malessere ed anzi sviluppa da tempo una sofferenza che ha trovato strade sempre più difficili e sempre minore capacità di contenimento giungendo infine alla nostra osservazione. Tutto questo è ben noto e nessuno si sogna di pensare che l’esordio corrisponda all’inizio dell’esperienza di sofferenza del soggetto e della sua famiglia ma piuttosto di una evidenza che giunge oggi alla vista di qualcuno che può prendersene cura.

Cambiare le parole contribuisce a cambiare le cose e allora sarebbe meglio scegliere una parola che descriva questo scalino informativo e clinico e che lo guardi dal punto di vista del paziente e non già dei curanti. Forse la parola ‘emergenza’ in senso ‘complessologico’ potrebbe essere utile giacché essa indica l’esigenza di un sistema di autoprodurre una nuova organizzazione che non è riducibile alla precedente. Un tumore è un’emergenza, in questo senso, ma lo è anche una coppia che nasce o una vita che sorge.

Forse quello di cui ci occupiamo è uno sviluppo drammatico di una crisi umana che prende una strada diversa, più complessa, costituendo un’emergenza psicotica, ma magari anche maniacale o altro, che noi incontriamo spesso dopo un certo tempo e che speriamo, seguendo l’indicazione dei colleghi finlandesi, di accorciare molto.

Una seconda questione che vorrei qui sottolineare è la tendenza ad andare al di là delle frontiere tradizionali degli approcci sistemici e di considerare criticamente altri punti di vista sull’essere umano ed i suoi malesseri. Questa tendenza è una delle evenienze positive più significative delle scienze contemporanee, ed anche di quelle psicologiche e psichiatriche.

L’ho rintracciato recentemente in un bel libro di Selvini, Cirillo e Sorrentino che si muove nella stessa direzione di Seikkula, integrando saperi di matrice psicodinamica, in prevalenza, in un modello sistemico; ma è quello che sta avvenendo da tempo in una parte consistente della psicoanalisi, una parte che è oramai diventata il *mainstream* degli approcci psicodinamici e che va sotto il nome di psicoanalisi relazionale (in Italia più nota forse come ‘Psicoanalisi della relazione’, che in realtà ne è una costola).

Alla psicoanalisi relazionale appartengono molti autori, a partire da Daniel Stern per proseguire con Ed Tronick, e poi Aron, Mitchell, e, per stare in Italia, Lingiardi, Amadei, Minelli, ecc.

La rinuncia alla metapsicologia freudiana e dunque a pensare al soggetto come spinto da pulsioni in una logica di energie e la centralità invece della relazione, nonché la valorizzazione della figura del terapeuta come persona, concetti come *enactment* e *self disclosure*, citati anche da Seikkula,

l'adesione ad una logica neosistemica, la valorizzazione della ricerca empirica di tipo quantitativo e qualitativo, sono solo alcuni degli elementi chiave di questo approccio, che ha conquistato da tempo la psicoanalisi nordamericana e che oramai è sempre più condiviso anche da noi ed in molti altri paesi del mondo.

Questa visione sistemica è presente nel modo psicoanalitico a partire dai lavori di Emanuel Peterfreund degli anni settanta del secolo scorso ed è oggi un *frame of reference* importante per ricercatori che provengono dall'*Infant Research* come alcuni di quelli che ho citato poc'anzi. È molto positivo quindi questo movimento reciproco che per gli psicoanalisti ha portato a valorizzare le relazioni e per i sistemici ad occuparsi dei soggetti.

Un altro punto che vorrei sottolineare riguarda l'adolescenza. Come sappiamo l'adolescenza è assurda a epoca strategica nello sviluppo e nella intercettazione che i servizi fanno della sofferenza mentale in stato emergente. A fronte di un'epidemiologia che converge da tempo su questa posizione, i servizi sanitari continuano ad essere orientati primariamente sui bambini o sugli adulti, lasciando un vuoto pericoloso laddove maggiore dovrebbe essere l'attenzione e la competenza.

La Regione Emilia-Romagna ha presentato pochi giorni fa un documento importante che traccia le linee d'indirizzo per la clinica dell'adolescenza e che quindi fornisce le direttive alle Asl per i prossimi anni. Questo documento prende il toro per le corna e indica una chiara inversione di rotta rispetto all'attuale situazione, un'inversione di rotta che starà naturalmente alle Asl ed agli attori sociali territoriali prendere sul serio.

Ebbene, credo che quelle linee d'indirizzo abbiano molti punti di convergenza con quello che abbiamo ascoltato e detto qui. In primis, il modo in cui viene considerata la sofferenza delle persone, ovvero un fatto prima di tutto umano che richiede un incontro 'interumano' per essere 'risignificato' e fatto evolvere. La logica che Seikkula chiama dialogo, ma che io forse chiamerei 'plurilogo', ovvero una logica che riguarda diversi operatori (psicologi, medici, educatori, infermieri, etc) che incontrano l'adolescente e la sua famiglia in tempi molto ravvicinati rispetto alla richiesta; dunque la possibilità di intervenire rapidamente nella crisi adolescenziale è una logica ben presente nel documento. Naturalmente per fare questo è necessario che i servizi siano prontamente accessibili (anche da parte dei minori) e dunque gratuiti, collocati in luoghi non connotati in senso psichiatrico o sanitario, giacché la sofferenza umana non è primariamente un fatto sanitario, come abbiamo detto. Anche questo è ben presente e chiaramente formulato nelle linee d'indirizzo della Regione. Dunque credo che con le linee d'indirizzo sull'adolescenza abbiamo la possibilità di sperimentare su un ambito clinico che va rinnovato, un approccio molto congruente con quello dell'Open Dialogue, che potrà servirci da esempio ed esserci di aiuto anche in questa avventura che ci attende a breve.

M. Moroni

Rispetto a queste due giornate porto a casa diverse riflessioni. Ho percepito una sensazione di profonda autenticità, anche perché è stato eliminato molto "ciarpame linguistico".

Mi chiedo in che modo si possano organizzare meglio i Servizi, affinché si riesca a supportare una pratica di questo tipo. Naturalmente la situazione è complessa. Parlando con i nostri allievi commentavamo che tutte le terapie con l'Open Dialogue si svolgono all'interno di diverse "famiglie istituzionali". Intendo dire che noi apparteniamo a varie "famiglie istituzionali", come gli enti locali, il privato, l'Ausl, e anche i diversi dipartimenti.

Perché esistono le istituzioni? Si potrebbe dire che sono una "cerchiatura di botte". Se non esistessero le istituzioni, la realtà appartenente alle relazioni autentiche sarebbe talmente distruttiva per i gruppi, che non si riuscirebbe ad andare avanti. Le istituzioni rappresentano un modo di "limitare" la verità, di "censurarla", come avviene nei sogni. Le istituzioni sono un insieme di strutture e rapporti: se non ci sono le strutture, non possono esserci i rapporti, ma senza rapporti le strutture perdono di interesse. Questo è un momento in cui le strutture sono molto fragili e allo stesso tempo molto forti.

Allora torno a chiedermi "quale organizzazione?". Una che punti tutto sull'integrazione. Abbiamo bisogno che le rappresentanze siano molto articolate, a partire dal livello comunitario fino a quello specialistico. C'è bisogno di questo movimento di integrazione e occuparsi degli aspetti organizzativi è fondamentale.

Il nostro maestro diceva che "siamo parlati da codici affettivi"...la nostra autenticità, potremmo dire, "è parlata" dalle istituzioni a cui apparteniamo. Dunque, fra il timore della diffusione dell'identità e la paura della perdita dell'appartenenza ci troviamo ad affrontare dei compiti estremamente complessi. E questo sforzo va necessariamente compiuto.

P. Pellegrini

Sull'Open Dialogue si può dire molto riguardo a come funziona, cosa c'è dietro. Questo approccio è caratterizzato da un'apparente semplicità, ma ha in realtà una vasta cultura alla base.

L'aspetto "transteorico", il trascendere tutti gli approcci, è molto affascinante. Non voglio discutere sul perché funzioni, ma sul perché è importante. In psichiatria c'è un gran bisogno di questo tipo di approccio, poiché è un modo per introdurre l'aspetto umanistico, l'aspetto della vera psichiatria.

La psichiatria oggi si mostra in crisi. La questione è che il paziente sta male e viene messo in primo piano il trattamento farmacologico. Invece ci sono molti studi che dimostrano che il tema dell'attenzione al paziente, dell'ascolto, sono di estrema importanza. È stato dimostrato che le psicoterapie in senso lato, sono molto più efficaci dei farmaci utilizzati per molti disturbi. Questi dati sono incontrovertibili, ma se ne parla così poco perché il campo della psichiatria è controllato dalle case farmaceutiche. La formazione dei medici, le riviste di psichiatria, i Congressi, sono finanziati dalle case farmaceutiche, mentre l'ambito psicosociale non riesce ad essere pubblicizzato, non c'è abbastanza formazione.

Si dovrebbe dunque investire di più sulla formazione, anche nell'ambito dell'Open Dialogue, che credo rappresenti l'approccio più sensato possibile, per quanto riguarda gli esordi psicotici. L'applicazione di questo approccio permette al paziente di riflettere sul suo vissuto, e coinvolgendo anche la rete sociale e la comunità, aiuta a capire il senso della malattia.

G. Moi

Ho alcune considerazioni riguardanti queste intense giornate. Ho visto un insieme di menti che ha lavorato e ha cercato di costruire un ambiente, un contesto e una curiosità di approcciarsi, di diffondere e utilizzare quello che abbiamo all'interno dei nostri "contenitori". Con Moroni si parlava dell'anima delle istituzioni, le quali non sono democratiche, ma sono contenitori, organizzazioni di rango, gerarchiche. Invece con questo approccio sento di portare a casa un'idea di democrazia. Non c'è un esperto delle emozioni, i famigliari sono i migliori conoscitori di loro stessi, il paziente è il miglior conoscitore di se stesso. Non ha quindi senso mettersi nella posizione

dell'esperto, di quello che da all'altro una cura. Il processo del prendersi cura parte da noi, siamo noi in primis a dover prestare attenzione alle nostre emozioni, cercando di essere presenti con queste. Noi ci muoviamo in una danza tra responsabilità e libertà, le quali si devono compenetrare in maniera essenziale. A questo proposito vorrei concludere citando le parole di un libro, "Ammalarsi di psicoterapia", che affronta temi, secondo me, molto calzanti: *"Il lavoro terapeutico da una parte implica uno scontro con la realtà, dall'altro permette di diventare poeti e di costruire nuovi mondi. Comunque, il mandato sociale di psicologi clinici e psichiatri impone di sentirci responsabili delle azioni, emozioni, pensieri, che condividiamo con gli utenti, dei mondi che creiamo, delle narrazioni che facciamo emergere."*

C. Tarantini

Leggo ora una lettera di una famiglia che stiamo seguendo e che non ha ancora concluso il suo percorso. A scriverci è la mamma della ragazza, con cui noi abbiamo degli incontri di "dialogo aperto" già da un po':

"L'esperienza di "dialogo aperto", da quasi dieci mesi a questa parte, è stata per ed è tutt'ora la possibilità di sentirmi accolta, ascoltata, compresa e aiutata a comprendere. Durante gli incontri io e mia figlia sappiamo che lo spazio esistente tra tutti i membri del gruppo, noi comprese, può essere riempito dai racconti della nostra vita, da domande, da chiarimenti, da pensieri e ricordi...senza temere né la paura che fanno a noi stesse né la paura che possono provocare, o che noi stesse sentiamo o provochiamo. Il dialogo aperto è stata per me un'esperienza di ascolto attivo, risonanze emotive e condivisione di pensieri, capace di focalizzare, tra le tante cose che si mettono in gioco, le parole chiave dei problemi che affrontiamo, svelando a volte il significato non immediatamente visibile di vecchie paure...a volte la presenza di risorse che non si pensava di avere. Il gruppo di dialogo aperto è il luogo in cui le emozioni, i pensieri e le esperienze che io e mia figlia portiamo nel gruppo, entrano in cuori, menti e sensibilità diverse dalle nostre, ma capaci di alleggerirne il peso, arricchirne la visione e fornire nuove prospettive...un po' occasione di libertà nel parlare di sé in un modo mai accaduto prima e un po' occasione di condivisione e sostegno mai incontrati prima..."