

## Editoriale – Editorial

---

# Panoramica sulla riabilitazione psichiatrica, dai suoi albori ad oggi: i principi, le pratiche e i futuri sviluppi

La riabilitazione psichiatrica è una pratica “giovane” che proviene e si è sviluppata dopo le riflessioni sul mondo psichiatrico stimulate dal “movimento” della legge 180.

La schizofrenia, negli anni '60, si è cominciata a liberare dal giogo della contenzione e del custodialismo. Da una parte si sono cercate ancora le prove biologiche della malattia; l'esordio psicotico era un quid novi non legato ad eventi significativi dovuto a una sregolazione biochimica (dopamina) o a qualcosa di simile ai virus (la teoria del retrotrasposone); si lavorava ad identificare nel sangue attraverso il microscopio elementi che ci dessero indicazioni della differenza con gli individui sani (i libri di Tobino, direttore del manicomio di Lucca, parlavano di questi aspetti). Andreasen e Crow avevano portato numerosi dati, attraverso tac e risonanza magnetica, che dimostravano alterazioni degli emisferi frontali che differenziavano due tipi di schizofrenia, quello più produttivo (schizofrenia positiva I) e quello più negativo (schizofrenia II) con conseguenti differenze rispetto alla prognosi ed alle cure.

Dall'altra parte stavano arrivando informazioni importanti dalle osservazioni dei pazienti liberati dalle catene manicomiali.

Leff e Vaughn, psichiatri inglesi, proponevano il modello dell'emotività espressa: se in un ambiente familiare esistevano molte interazioni con ostilità, criticismo e iperemotività i pazienti schizofrenici venivano ricoverati molto di più. Si cominciò a lavorare con le famiglie; Family life è un film di Ken Loach che descrive bene questo periodo.

Si cercarono e trovarono dati neuropsicologici che identificavano in un deficit neurocognitivo il core della schizofrenia. I pazienti avevano deficit dell'attenzione e difficoltà a filtrare gli stimoli esterni. Conseguentemente dovevi interagire in modo da stimolarli in un buon equilibrio tra sotto e sovrastimolazione.

Le alterazioni cognitive dei pazienti affetti da schizofrenia erano diverse da quelle riscontrate in altre patologie neurologiche e avevano una

## Editoriale – Editorial

---

loro specificità. I domini cognitivi che risultavano compromessi erano: velocità di elaborazione, attenzione, funzioni esecutive, memoria di lavoro, apprendimento e memoria verbale, apprendimento e memoria visiva, ragionamento, linguaggio, abilità visuo-spaziali e cognitività sociale. Tali deficit, seppur in forma più lieve, erano già presenti in fase premorbosa, prima della manifestazione conclamata della malattia e persistevano nel tempo anche quando la sintomatologia, positiva e negativa, andava incontro a remissione. Tali alterazioni cognitive impattavano significativamente sull'autonomia del soggetto, andando così a rappresentare un fattore predittivo negativo del funzionamento sociale e lavorativo per l'individuo.

Si cominciò, quindi, a parlare di vulnerabilità schizofrenica, una predisposizione congenita, in parte ereditaria e in parte acquisita, incrementata anche da disfunzioni cerebrali preesistenti, come ad esempio traumi da parto, encefalite o epilessia.

Non esiste una vulnerabilità unica, specifica, catalogabile, esistono piuttosto diversi gradi di vulnerabilità a disturbi mentali gravi. La vulnerabilità può variare nel tempo, ma la tendenza ad ammalarsi rimane stabile. L'impatto intenso e negativo degli stressor su un individuo vulnerabile porta all'esacerbazione dei sintomi psichici, a un aumento di deficit cognitivi, incremento di difficoltà sociali e interpersonali e, quindi, progressivo peggioramento della qualità della vita.

All'interno del modello stress-vulnerabilità che spiega l'eziopatogenesi della schizofrenia, sono importanti altre due nozioni: la vulnerabilità cognitiva e i fattori psicologici.

Chi soffre a causa di schizofrenia, spesso, sviluppa importanti deficit sul piano della cognitività, andando a compromettere funzioni esecutive, working memory, attenzione, linguaggio, ostacolando l'acquisizione delle abilità sociali e riducendo le capacità di far fronte alle situazioni in condizioni stressanti.

## Editoriale – Editorial

---

Per intervenire su queste componenti, fondamentali per favorire l'empowerment dell'individuo e la propria autodeterminazione in un graduale percorso di recovery; la sola farmacoterapia non è sufficiente, perché non in grado di aumentare l'autoefficacia percepita ed oggettiva e di sviluppare nel paziente le competenze sociali e interpersonali.

All'interno del modello stress-vulnerabilità, la personalità e le capacità cognitive personali hanno un ruolo fondamentale nella gestione degli stressor. L'interpretazione che una persona fa di un evento biologico o sociale, ha un peso centrale nella vita di tale individuo. La gravità del carico di stress è determinata dal significato che ognuno di noi riconosce agli eventi che vive. Essendo più fattori ad agire sull'individuo, saranno anche molteplici le concause riferite all'insorgenza dei disturbi. In alcune persone, l'effetto combinato di vulnerabilità genetica e fattori stressanti supera la soglia individuale di adattamento bio-psico-sociale, favorendo l'insorgenza dei sintomi psichiatrici. I fattori di vulnerabilità non sono sufficienti per l'instaurarsi della malattia e, viceversa, la presenza dei soli elementi stressogeni non implica necessariamente lo sviluppo della malattia. La riabilitazione psichiatrica, insieme alla psicofarmacologia, ha rappresentato il metodo di trattamento elitario per alcune situazioni di disagio.

Negli anni '80 molti psichiatri italiani andavano da Ciompi, in Svizzera, a imparare il lavoro riabilitativo con gli schizofrenici. Spivak in Israele, Ciompi in Svizzera e un po' più tardi Perris in Svezia ci descrivevano l'efficacia del loro operare sottoponendoci dati di efficacia del circa 30%.

In quel periodo, in Italia, il lavoro riabilitativo era tutto identificato nel modello psicodinamico, centrato sul contenimento delle parti malate e sull'attenzione a non stimolare più di tanto le parti sane. I luoghi di lavoro erano spogli, non dovevano evocare nessuno stimolo; l'arredamento era liminare, non c'erano quadri e nessun tipo di abbellimento: posti

## Editoriale – Editorial

---

silenziosi con poco calore umano. Il terapeuta era silenzioso, poco audace e infervorato dalle letture di Laing (L'io diviso) con un atteggiamento per nulla positivo rispetto a un'eventuale guarigione.

Un passaggio importante è stato l'avvento di Liberman (anni '90) che ha proposto un cambiamento radicale di vedute sul rapporto con lo schizofrenico. Non era più una questione di contenere parti malate con pochi stimoli e solo alcuni lavori di espressività (vedi ceramica e danza) ma di sviluppare un addestramento di qualità per inserirsi maggiormente nella quotidianità della comunità di cittadini. Si cominciarono ad applicare tecniche cognitivo-comportamentali (social skills) per migliorare le abilità dei pazienti. Il movimento riabilitativo esplose con un gran numero di iniziative in tutta Italia. Arrivò Falloon e la sua psicoeducazione, si sperimentarono centinaia di social skills nei Centri Diurni, si organizzarono vacanze formative di psicotici con gli operatori, nacquero gruppi sportivi, si cercò di inserire i pazienti in lavori protetti (il lavoro retribuito era più riabilitativo del lavoro non retribuito), nacquero le case famiglia.

Per lungo tempo si è tentato di trovare trattamenti psicofarmacologici che tuttavia si sono mostrati inefficaci nel favorire il miglioramento della capacità neuropsicologiche nei pazienti psichiatrici. In particolare, si è visto come gli antipsicotici di prima generazione abbiano un impatto negativo soprattutto sulle performance psicomotorie, mentre gli antipsicotici di seconda generazione hanno dimostrato solo lievi miglioramenti sul funzionamento neurocognitivo.

La scarsa sensibilità dei farmaci sul potenziamento delle funzioni cognitive ha spinto ricercatori e clinici a porre enfasi sull'introduzione di tecniche e strategie non farmacologiche di training cognitivo, finalizzate al miglioramento della performance cognitiva e quindi, indirettamente, anche del funzionamento psicosociale dell'individuo.

## Editoriale – Editorial

---

Dopo le sperimentazioni provenienti dall'IPT di Brenner, attualmente, il trattamento riconosciuto a livello internazionale come più efficace nella riabilitazione cognitiva nei pazienti con schizofrenia è la Cognitive Remediation (CR). Si tratta di un intervento cognitivo comportamentale specificatamente disegnato per la riabilitazione dei processi cognitivi nei disturbi psichiatrici, come il disturbo bipolare, la schizofrenia e altre forme di psicosi. Il miglioramento della performance cognitiva rappresenta, per la CR, un obiettivo primario, che tuttavia è strumentale al raggiungimento dell'obiettivo principale di incrementare e potenziare il funzionamento globale e la qualità di vita del paziente. Si è visto come l'apprendimento senza errori migliorasse la loro capacità di risoluzione dei problemi in contesti sociali e la performance lavorativa, oltre che migliorare anche le capacità mnesiche. Modificare la difficoltà di un compito in funzione dell'abilità del paziente, garantendo che quelle neoapprese possano consentirgli di svilupparne di nuove (tecnica scaffolding), si è dimostrata una strategia di apprendimento efficace sia per il miglioramento del ragionamento astratto che per il rafforzamento e l'incremento del livello di autostima in pazienti con schizofrenia. La pratica ripetuta di un compito favorisce la memorizzazione; il rinforzo aumenta o riduce la comparsa di un comportamento. Il chunking, ossia la semplificazione e suddivisione di un compito in più step riduce la quantità d'informazioni da elaborare.

Negli ultimi trent'anni diversi e molteplici sono stati i protocolli di rimedio cognitivo, provenienti dal modello cognitivo-comportamentale, strutturati specificatamente per la schizofrenia. In particolare, si è osservata una buona efficacia della CR nei pazienti con schizofrenia con le seguenti caratteristiche: giovane età, storia della malattia breve, pochi sintomi disorganizzati, alta riserva cognitiva al pre-trattamento, maggiore miglioramento al post-trattamento CR, basso dosaggio di antipsicotici

## Editoriale – Editorial

---

durante il trattamento. Inoltre, si sono riscontrati maggiori effetti quando la CR costituiva una parte di trattamento implementata all'interno di un intervento riabilitativo psicosociale.

Il trattamento multimodale integrato, che ingloba l'intervento farmacologico con gli interventi psicoterapici e psicosociali, è il gold standard. La guarigione in psichiatria, soprattutto per le gravi patologie come la schizofrenia, equivale al concetto di recovery, la capacità di vivere una vita soddisfacente e di scegliere nonostante la malattia.

La recovery aumenta l'empowerment nelle persone; infatti, la percezione di "avere potere/controllo" aumenta la possibilità di contribuire alle decisioni che le riguardano, di prendere decisioni attive sulla propria vita e aumentare la capacità di realizzare le proprie aspirazioni o desideri nonostante la patologia; quando si parla di empowerment durante il processo di recovery va inteso come affermazione del sé come persona con desideri, aspirazioni e dignità (il vecchio diritto di cittadinanza di Saraceno).

È quasi sottinteso il legame tra processi di recovery e processi di empowerment, che si costruisce attraverso il raggiungimento di successi nei compiti di tutti i giorni. Man mano che le persone ottengono risultati di successo, l'empowerment cresce contrastando sfiducia e paure.

La percezione degli operatori, e in particolare dei tecnici della riabilitazione psichiatrica (Te.R.P.), che lavorano all'interno di strutture riabilitative è molto varia. Gli operatori coinvolti all'interno di una struttura riabilitativa residenziale possono avere molte difficoltà a descrivere esempi di pratiche recovery-oriented, arrivando a identificare maggiormente gli ostacoli alla riabilitazione invece che le risorse e le attività che possano facilitare una buona riuscita del progetto, perché coinvolti molto spesso da questioni di tipo amministrativo e burocratico che portano a distogliere l'attenzione dalla reale valenza riabilitativa degli interventi.

## Editoriale – Editorial

---

I modelli d'intervento attuabili all'interno di una struttura residenziale di tipo riabilitativo in Italia prevedono la messa in atto di programmi riabilitativi a bassa, media, alta intensità. La stesura di un progetto terapeutico riabilitativo personalizzato prevede, infatti, interventi che rispondono ai bisogni specifici di ogni singolo utente attraverso attività riabilitative quali, ad esempio: la cura di sé e dell'ambiente di vita, il potenziamento o l'acquisizione di abilità di base, il coinvolgimento degli utenti in mansioni della vita quotidiana; l'attuazione di interventi di risocializzazione attraverso la partecipazione ad attività comunitarie, di gruppo di tipo espressivo, ludico o motorio; la messa in atto di specifici interventi di riabilitazione psicosociale; il coinvolgimento dell'utente in attività psicoterapeutiche strutturate e psicoeducative individuali, di gruppo o familiari; la preparazione e il supporto degli utenti al mondo del lavoro attraverso attività pre-lavorative o l'inserimento in programmi di avviamento al lavoro; altri interventi quali l'osservazione e valutazione clinico-diagnostica, colloqui individuali e familiari, somministrazione di farmaci, riunioni di coordinamento.

Il funzionamento di una struttura psichiatrica di tipo residenziale prevede il coinvolgimento di un'équipe multiprofessionale formata quindi da varie figure – medico psichiatra, psicologo, infermiere, Te.R.P., educatore professionale, OSS – chiamate a rispondere globalmente ai bisogni dell'utente e del gruppo, occupandosi quindi di tutte le aree di interesse della persona.

Una struttura residenziale psichiatrica si basa su principi riabilitativi che prevedono il supporto dell'utente nell'acquisizione o nel recupero dei ruoli e delle abilità personali e sociali di base, che gli consentano di sostenere l'effetto stress-vulnerabilità relativo alla patologia e di proseguire il proprio progetto anche all'interno degli ambienti di vita personali, riducendo il più possibile il rischio di cronicità. Sono quindi incluse an-

## Editoriale – Editorial

---

che attività che potrebbero assumere una valenza apparentemente poco riabilitativa, ma che in realtà mirano a fornire all'utente gli strumenti per raggiungere l'autonomia e l'indipendenza nella vita quotidiana, basti pensare all'attività di supporto nell'igiene personale, nella pulizia dei propri indumenti o dei propri spazi, oltre che a riacquisire abilità relazionali e comunicative che permettono loro di stare nella comunità del mondo.

Andando ad analizzare il ruolo che un operatore Te.R.P. dovrebbe avere, troviamo competenze di stimolo e supporto e fondamentale è l'utilizzo di alcune tecniche cognitive comportamentali come il rinforzo positivo, lo scaffolding, il modeling, lo shaping, il prompting, il fading, etc.

Lo scaffolding è una modalità di apprendimento e prevede che la presenza dell'operatore durante l'esecuzione di un'attività funga da "impalcatura" e quindi da sostegno all'utente; il modeling si basa sull'osservazione e sull'imitazione di un "modello", un esempio interpretato dall'operatore nella messa in atto di uno specifico comportamento; nello shaping o tecnica del modellaggio, il professionista rinforza positivamente l'utente e fornisce un esempio del comportamento desiderato, motivando la persona a riprodurre i comportamenti positivi partendo da obiettivi minimi, fino ad arrivare al comportamento desiderato; il prompting, consiste nel dare un aiuto al soggetto per facilitare l'apprendimento delle abilità attraverso suggerimenti che possono essere gradualmente, utilizzando quindi la tecnica del fading, fino alla completa acquisizione del comportamento desiderato.

All'interno del progetto riabilitativo personalizzato di un utente si pone l'attenzione in modo multidimensionale a molti aspetti di vita quotidiana, come la gestione del denaro, l'accompagnamento a visite mediche, interventi mirati alla compliance farmacologica, il supporto nella gestione degli ambienti di vita quotidiana e quindi della casa o il supporto nel fare la spesa. Molto spesso si tende a pensare che soltanto attività che prevedano strumenti complessi prevedano uno sfondo tecnico e strutturato.



# Editoriale – Editorial

---

Nell'effettuare questi interventi, il professionista non deve sostituirsi in modo assistenziale all'utente, bensì mettere in atto le tecniche riabilitative per supportarlo nell'acquisizione di abilità di base e sociali utili al raggiungimento dell'autonomia e al suo reinserimento nella società, proprio attraverso il rinforzo positivo, lo scaffolding, il modeling, lo shaping, il prompting, il fading, ecc. Ogni intervento riabilitativo in psichiatria prevede l'utilizzo di elementi quali l'empatia, la disponibilità ascolto e all'incontro con l'altro, la consapevolezza della storia di vita della persona con cui ci si relaziona, le sue fragilità, le sue risorse, le sue caratteristiche. Ogni utente richiede un diverso approccio multidimensionale che a sua volta orienta la scelta dell'intervento messo in atto. Prima di effettuare qualsiasi attività o di scegliere, in un determinato momento di non effettuarne alcuna, è importante tenere in considerazione che tipo di relazione intercorre tra un operatore e un utente, in quale fase del processo riabilitativo si interviene, qual è la valenza riabilitativa di uno specifico intervento.

Per una buona riuscita del progetto riabilitativo di un utente, il professionista Te.R.P. deve mettere in atto non solo le sue competenze tecniche, ma anche quelle relazionali, in tutti gli interventi riabilitativi effettuati, anche quelli che potrebbero risultare banali, oltre che alle proprie capacità di mantenere un clima di collaborazione tra le parti coinvolte in tutte le fasi del progetto, coinvolgendo e motivando l'utente, favorendo il suo empowerment, e supportandolo nel raggiungimento dell'autonomia e del reinserimento sociale all'interno del suo contesto di appartenenza.

Questo e altro è ciò di cui si parla in questo numero di *Psicobiettivo*. I principi di questo editoriale vengono ripresi dal contributo di Polimanti che, partendo dalla sua esperienza, spiega come questi possano trovare un'applicazione diretta, real-life. Anche gli interventi successivi di Sarco, Pepe, Buccino e Rullo propongono chiavi di lettura innovative per questo concetto "giovane", la recovery, in continua evoluzione.

*Ferdinando Galassi*