

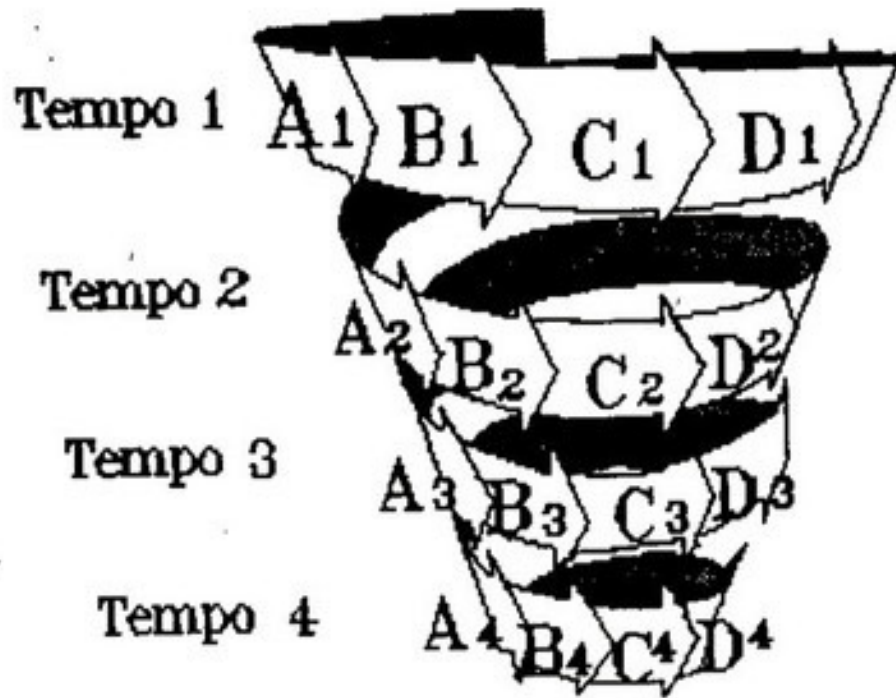
RIABILITAZIONE PSICHIATRICA

FAVARETTO Ettore

Psichiatra e Psicoterapeuta

BRESSANONE

LA SPIRALE VIZIOSA DI MARK SPIVAK



Tempo 1:

A 1: Forte stimolo all'azione, secondo le norme sociali correnti, da parte del paziente e delle altre persone nell'ambiente.

B 1: Agisce nell'ambiente fisico e sociale.

C 1: Risposta: Fallisce.

D 1: Conseguenza: Attivazione di elementi di ordine inferiore del Percorso della Desocializzazione.

Tempo 2:

A 2: Minore stimolo all'azione secondo le norme sociali correnti.

B 2: Agisce in un ambiente fisico e sociale più ristretto.

C 2: Risposta: Fallisce.

D 2: Conseguenza: Attivazione di elementi di ordine superiore del Percorso della Desocializzazione.

Tempo 3:

A3: Ancora minore stimolo all'azione secondo le norme sociali correnti.

B3: Agisce in un ambiente fisico e sociale ancora ristretto.

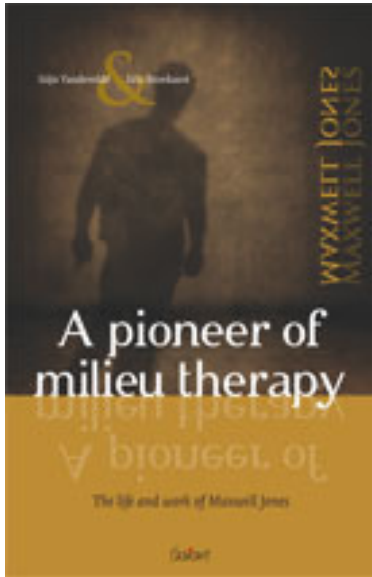
C3: Conseguenza: attivazione di elementi di ordine ancora superiore del Percorso della Desocializzazione.

Tempo 4:

A4: Poco o nessuno stimolo all'azione secondo le norme sociali correnti.

B4: Agisce in un ambiente fisico e sociale impoverito, le cui norme sono dirette al mantenimento del sistema.

C4: Conseguenza: Soddisfatte con successo le aspettative degli elementi di ordine più elevato del Percorso di Desocializzazione.



Dingleton è stato il primo ospedale psichiatrico “aperto” della Scozia: *Maxwell Jones* vi ha introdotto per primo la pratica delle riunioni alla pari tra pazienti e personale curante



Il modello concreto di riferimento cui a **Gorizia** ci si è ispirati viene dal mondo anglosassone. È la comunità terapeutica di Maxwell Jones, che *Franco Basaglia* ha visitato tra il 1961 e il 1962.

(Babini, 2009)

CARATTERISTICHE COMUNI A TUTTE LE TERAPIE EFFICACI

- una *relazione emotivamente significativa* e di fiducia
- un *setting terapeutico*
- uno schema concettuale che fornisca una *spiegazione plausibile per i disturbi del paziente* e che prescriva una procedura per trattarli
- un rituale o una procedura che richiede *l'attiva partecipazione* sia del *paziente* che del *terapeuta* e che è ritenuto da entrambi uno strumento affidabile per recuperare il benessere del paziente.

PRINCIPI RELAZIONALI COSTITUTIVI DELLE ESPERIENZE COMUNITARIE SVILUPPATE DA L.R. MOSHER

- necessità di *capire l'utente* senza schemi teorici
- *continuità della relazione* nei diversi contesti
- „*essere con*“, „*fare con*“ (vicinanza, confidenza, fiducia)
- rapporto più da „*consulente*“ che non da „*terapeuta*“
- reciprocità fra *pari* (Partnership)
- aspettativa di *autonomia*
- promozione dell' *auto-aiuto*
- messa a fuoco sui *problemi concreti*
- *flessibilità* di risposta



SOTERIA

PAUL-CLAUDE RACAMIER: LA COMUNITÀ DI CURA PSICOTERAPEUTICA „LA VELOTTE“

- azioni parlanti
- *co-creazione* continua
- *scelta condivisa*
- alleanza di lavoro terapeutico
- *responsabilità condivisa*
- transizionalità
- operatore come „ambasciatore della realtà“
- coproduzione feconda tra il paziente e noi stessi
- *empatia*: condizione per capire
- auto-riflessione

I FATTORI TERAPEUTICI COMUNI DEL METODO COMUNITARIO

- Atmosfera sensoriale e *clima emotivo* - Quotidianità e azioni parlanti (Modello inglese, Racamier, Correale)
- *Appartenenza - sicurezza – protezione* (Senso di Sé) (Hinshelwood, Keley, Correale)
- *Integrazione bio-psico-sociale* (Perris, Zapparoli)
- La rete di *relazioni gruppali* – intensa attivazione orientata a *potenziare le risorse* del soggetto (Main, Foulkes)

FUNZIONI TERAPEUTICO - RIABILITATIVE COMUNI

- CONTENIMENTO
- FUNZIONI DI STRUTTURA
- CONVALIDA
- SOSTEGNO
- COINVOLGIMENTO
- NEGOZIAZIONE
- PREVENZIONE



Umeå

STRATEGIE PER PROMUOVERE IL CAMBIAMENTO

- Le 4 dimensioni interazionali della risocializzazione:
 - *supporto empatico*
 - *permissività / tolleranza*
 - *disconferma delle aspettative del passato*
 - *feedback* - rinforzo dei comportamenti socializzati
- Le prime due funzioni implicano un atteggiamento di accettazione, ascolto, mantenimento dell'omeostasi
- Le seconde due di stimolo, perturbazione di un equilibrio disfunzionale, produzione di cambiamenti.

RAPPORTO DI POTERE UTENTE – OPERATORI

Tipologie degli ambienti residenziali e di ricovero secondo parametri di modello di intervento, tipo di relazione e rapporto di potere tra staff e ospiti:

- 1) **Modello terapeutico-sanitario:** caratterizzato da una relazione di potere fortemente asimmetrica di dominanza-dipendenza;
- 2) **Modello psicopedagogico:** l'asimmetria è data da una modalità relazionale tipo docente-allievo;
- 3) **Modello psicosociale:** vengono valorizzate le funzioni di ruolo e l'interazione empatica con l'utente, riducendo l'asimmetria;
- 4) **Modello familiare:** più paritario, incentrato sull'auto - organizzazione dei gruppi e sulla creazione di una dimensione di vita quotidiana di tipo “familiare”

DICHIARAZIONE DI CONSENSO (WHO 1996)

- La *riabilitazione* è un processo che deve fornire agli individui che abbiano un danno, una disabilità o un handicap (causati da una malattia mentale) tutte le opportunità per raggiungere il *proprio livello ottimale di funzionamento* indipendente nella comunità.
- Dunque la Riabilitazione Psicosociale implica sia un *miglioramento* delle *competenze individuali* sia l'introduzione di *modifiche ambientali*.

DEFINIZIONE DI RIABILITAZIONE PSICHIATRICA

- La **Riabilitazione Psichiatrica** promuove il *recupero (recovery)*, la piena *integrazione nella comunità* ed il *miglioramento della qualità della vita* per le persone a cui è stata diagnosticata qualsiasi condizione di salute mentale che compromette seriamente la loro capacità di condurre una vita significativa.
- I *servizi di riabilitazione psichiatrica* sono *collaborativi, orientati alla persona e individualizzati*. Questi servizi sono un elemento essenziale nell'ambito della sanità e dei servizi sociali e dovrebbero essere basati sulle evidenze. Essi si concentrano su come aiutare le persone a *sviluppare le competenze e accedere alle risorse necessarie* per aumentare la loro capacità di avere *successo e soddisfazione nella vita, nel lavoro, nello studio, nell'ambiente sociale di loro scelta*.

TRADUZIONE DEL TERMINE “RECOVERY”

Recupero

Ripresa

Guarigione

Riconquista

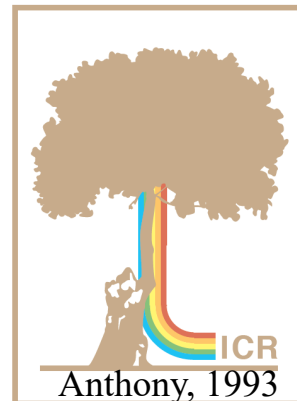
Il background storico del Recovery

- Il ruolo dei processi di de-istituzionalizzazione
- Il superamento dell'idea di cronicità e il contributo delle ricerche longitudinali
- La testimonianza dei “consumers/survivors”



DEFINIZIONE DI RECOVERY

- “Condurre una vita produttiva e soddisfacente anche in presenza delle limitazioni imposte dalla malattia mentale.
- E’ lo sviluppo, personale e unico, di nuovi significati e propositi a mano a mano che le persone evolvono oltre la catastrofe della malattia mentale”



RECOVERY AND PEOPLE WITH SEVERE MENTAL DISORDERS

Due “modelli” alternativi o complementari :

- Il punto di vista dei “**professionisti**”:
 - Recovery *dalla* malattia; recovery come *esito*
 - Basato su evidenze cliniche ed epidemiologiche
 - Correlato con gli interventi professionali
 - Farmacoterapia
 - Riabilitazione psicosociale
- Il punto di vista degli “**utenti**”:
 - Recovery *nella* malattia; recovery come *processo*
 - Basato sui racconti in prima persona e studi qualitativi
 - Correlato con alcuni interventi professionali ma anche self-help, cure informali, sforzi personali e “salute positiva”(resilienza, speranza, auto determinazione, etc.)

GUARIGIONE COME ESITO MULTIDIMENSIONALE

- Il recovery è un processo soggettivo e oggettivo che va visto all'interno di un continuum e non in termini di dicotomia guarito-non guarito.
- Gli esiti di recovery riguardano:
- **BIO**
 - Dimensione dei segni e dei sintomi della malattia;
- **PSICO**
 - Dimensione emotivo/cognitiva (abilità emotive e cognitive)
 - Dimensione dell'adattamento psicosociale
 - Dimensione dello stato soggettivo di benessere
- **SOCIALE**
 - Dimensione del funzionamento di ruolo e dell'integrazione nella comunità.

INDICATORI OGGETTIVI DI RECOVERY (RECOVERY COME ESITO)

- Riduzione dei sintomi e delle recidive
- Riduzione delle disfunzioni
- Riduzione della disabilità
- Aumento del funzionamento quotidiano
- Aumento del numero e della qualità delle relazioni
- Aumento della capacità di fronteggiare gli eventi stressanti
- Aumento della capacità di fronteggiare i sintomi e di prevenire le ricadute

INDICATORI OGGETTIVI DI RECOVERY (RECOVERY COME PROCESSO)

- Ripresa di speranza e di prospettiva esistenziale
- Aumento di efficacia personale
- Capacità di autodeterminazione (internal locus of control)
- Assunzione della responsabilità della propria vita (riduzione processi di delega agli altri)
- Senso di autostima, di valore e di rispetto di se stessi
- Attribuzione di un significato positivo alla propria vita

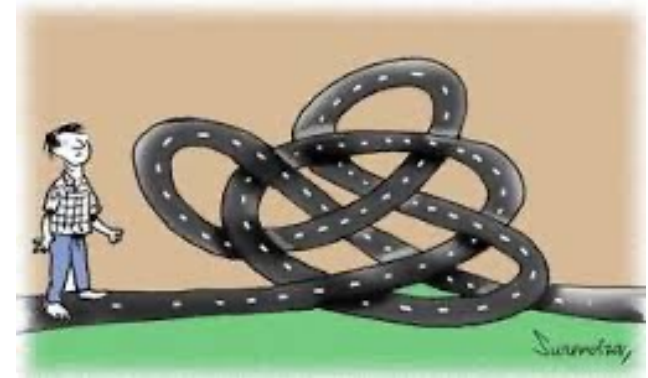
FATTORI FAVORENTI IL RECOVERY

- Abilita' di gestione della malattia
- Persone di supporto
- Fare attivita' significative
- Determinazione
- Senso di controllo
- Visione positiva del presente e futuro



FATTORI OSTACOLANTI IL RECOVERY

- Stigma interno ed esterno
- Sintomi persistenti
- Mancanza di risorse
- Ostacoli legati al servizio
- Gestione eventi stressanti

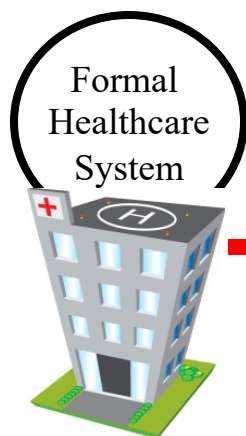




“La *disabilita'* e' da dove partiamo,
il *recovery* e' la nostra destinazione
e la *riabilitazione* la strada che
percorriamo”



SPOSTARE IL CENTRO DELLA CURA VERSO...



EDUCAZIONE ALLA SALUTE COME STRUMENTO DI AUTODETERMINAZIONE DELL'UTENTE

- Le strategie attive di **empowerment** prevedono la capacità degli operatori di impegnarsi nella relazione di aiuto in modo non solo di evitare l'effetto perverso della deresponsabilizzazione, ma di favorire **“il senso di poter fare”** degli interessati.
- L'educazione alla salute non si limita a comunicare le informazioni, ma favorisce anche la motivazione, le capacità e la fiducia, ossia quelle condizioni necessarie per agire nell'ottica di migliorare la salute.

ATTITUDINI E ABILITÀ DEL PERSONALE CHE FAVORISCONO IL PROCESSO DI RECOVERY

- L'approccio improntato al recovery richiede una *differente relazione tra l'utente e il professionista*.
- Si passa da uno staff che è sentito lontano, perchè considerato nella posizione di “esperto ” che ha una “autorità” indiscutibile a un ruolo più da “*personal coach o trainer*” che mette a disposizione le proprie abilità e conoscenze professionali , mentre al contempo impara dagli utenti e conferisce loro valore, riconoscendone inoltre la qualità di “esperti attraverso l'esperienza”

CARATTERISTICHE DEI SERVIZI CHE PROMUOVONO IL RECOVERY

- *Gli obiettivi dei servizi di salute mentale “orientati al recovery” sono pertanto diversi dagli obiettivi dei servizi tradizionali di trattamento e di cura.* Questi ultimi enfatizzano solo la remissione dei sintomi e la prevenzione delle ricadute.
- Nei processi di recovery il *miglioramento sintomatico* è molto importante e gioca un ruolo chiave nel recupero di salute mentale della persona, ma la *qualità di vita*, così come viene valutata dalla stessa persona, non è meno centrale.

APPROCCIO TRADIZIONALE VS APPROCCIO RECOVERY-ORIENTED

MALATTIA ➔ **FUNZIONAMENTO**

DEFICIT ➔ **RISORSE**

PASSIVO ➔ **ATTIVO**

ASIMMETRICO ➔ **PARITARIO**

PESSIMISTA ➔ **OTTIMISTA**



PUNTI CHIAVE DEL CAMBIAMENTO DI PARADIGMA DEI SERVIZI

Servizi centrati sul Provider - Istituzione

- Potere sulle persone
- Orientamento al controllo
- Basati su rischio e paura
- Individui devono adattarsi
- Creano assistenzialismo
- Aumento della disabilità e dipendenza

Servizi centrati sul Recovery

- Risveglio del potere delle persone
- Orientamento alla scelta
- Basati su ottimismo /speranza
- Provider deve adattarsi
- Producono aumento delle abilità
- Promuovono autonomia e vita ricca di significato

PROCESSO RIABILITATIVO



GRUPPO DI LAVORO RESIDENZIALITA'
PSICHIATRICA (AGENAS-GISM)
LE STRUTTURE RESIDENZIALI PSICHIATRICHE
(25 marzo 2013)

- Il percorso territoriale di un paziente con difficoltà di funzionamento personale e sociale, con bisogni complessi, ivi comprese problematiche connesse a comorbidità somatica, e con necessità di interventi multi professionali, deriva da una presa in carico da parte del Centro di Salute Mentale (CSM) che elabora un **Piano di trattamento individuale (PTI)**; nell'ambito di detto piano può essere previsto l'invio e il temporaneo inserimento in una struttura residenziale psichiatrica per un trattamento riabilitativo con un supporto assistenziale variabile.
- Si segnala che il PTI deve contenere la sottoscrizione di un "accordo/impegno di cura" tra DSM e utente, con la partecipazione delle famiglie e il possibile coinvolgimento della rete sociale, al fine di consentire la volontarietà e l'adesione del paziente al trattamento.

PROGETTO TERAPEUTICO RIABILITATIVO PERSONALIZZATO (PTRP)

- Definito ed elaborato dall'**equipe della struttura residenziale**, in coerenza con il **Piano di trattamento individuale (PTI)**, in accordo con il CSM.
- Il PTRP deve basarsi su una serie di informazioni e criteri comuni, presenti in una **Scheda di PTRP**, quali:
 - Dati anagrafici, diagnosi clinica e funzionale, con informazioni sul contesto familiare e sociale
 - Motivo dell'invio da parte del CSM, tratto dal Piano di trattamento individuale
- **Osservazione delle problematiche relative a:**
 - *area psicopatologica*
 - *area della cura di sé / ambiente*
 - *area della competenza relazionale*
 - *area della gestione economica*
 - *area delle abilità sociali*
- **Obiettivi dell'intervento**
 - **Aree di intervento:** descrivere la tipologia e il mix di interventi previsti, con riferimento alle seguenti categorie:
 - **Terapia farmacologica**
 - **Psicoterapia**
 - **Interventi psicoeducativi**
 - **Interventi abilitativi e riabilitativi**
 - **Interventi di risocializzazione e di rete per l'inclusione socio-lavorativa**
 - Indicazione degli **operatori coinvolti** negli interventi, comprese reti informali e del volontariato
 - Indicazione della **durata** del programma e delle **verifiche** periodiche:
- **Aggiornamento dell'andamento** del PTRP, con indicazione delle date di verifica.

**MANUALE PER
LA RIABILITAZIONE
IN PSICHIATRIA**

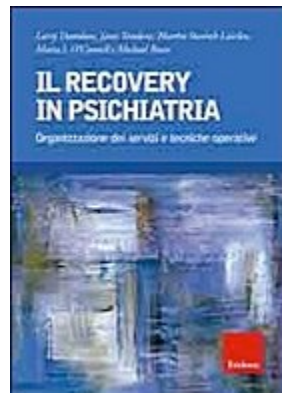
Pierluigi Morosini,
Lorenza Magliano e Luisa Brambilla

VADO
**Valutazione di Abilità
Definizione di Obiettivi**

Edizioni Erickson

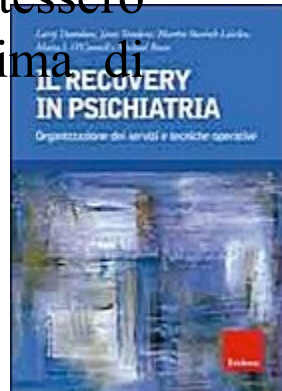
VALUTAZIONE BASATA SUI PUNTI DI FORZA

- La questione dei punti di forza è il fulcro principale di ogni valutazione piano assistenziale e sintesi del caso
- Puntare sull'autovalutazione
- Interpretare quelli che vengono considerati deficit in una cornice di „capacità e resilienza“
- Considerare attentamente qualità e risorse potenziali della famiglia, della rete, dei servizi, della comunità
- Considerare una definizione ampia di abilità, talenti, virtù e caratteristiche personali, storie e racconti familiari, conoscenze acquisite, /coping, successi, tutto ciò che „ha funzionato“
- Strategie di autogestione della malattia e approccio al benessere
- Fornire con cautela spiegazioni „causa/effetto“
- Raccogliere informazioni anche dalla rete sociale



VALUTAZIONE BASATA SUI PUNTI DI FORZA

- Uso di un linguaggio
 - Che rinforza
 - Non „vittimizza“
 - Non giudica
 - Non „etichetta“ (non viene nascosta o negata la malattia, ma essa non va messa al centro di ogni descrizione/narrazione della persona)
- Tenere conto delle eccezioni dovute alle preferenze del soggetto
- „Quando mi hanno chiesto in cosa ero bravo e quali erano le cose della vita che mi rendevano felice, all’inizio non capivo con chi stessero parlando...nessuno mi aveva mai chiesto cose del genere prima, di allora...“





La “Evidence-based medicine” (EBM) è l’integrazione delle migliori evidenze della ricerca scientifica con l’esperienza clinica ed i valori e le preferenze dei pazienti... Quando questi tre elementi sono integrati, i terapeuti e i pazienti formano una alleanza diagnostica e terapeutica che ottimizza gli esiti clinici e la qualità della vita.

PSYCHOSOCIAL TREATMENTS FOR SCHIZOPHRENIA PRATICHE EVIDENCE-BASED

- ASSERTIVE COMMUNITY TREATMENT (ACT)
- PSICOEDUCAZIONE FAMILIARE
- ADDESTRAMENTO ALLE ABILITA' SOCIALI (SST)
- TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTALE PER I SINTOMI PSICOTICI PERSISTENTI (CBT-P)
- INSERIMENTI LAVORATIVI SUPPORTATI
- RIMEDIO COGNITIVO

GLI OBIETTIVI DEI TRATTAMENTI EB SONO FORTEMENTE CORRELATI AGLI ESITI DI RECOVERY

- Gli esiti di recovery sono coincidenti con gli esiti delle EBP.
- Infatti, nella misura in cui le persone con malattia mentale
 - Lavorano (Supported Employment)
 - Imparano a gestire la loro malattia (Illness Management)
 - • Migliorano le relazioni familiari (Psicoeducazione individuale e familiare)
 - Hanno l'opportunità di beneficiare di supporti continui e flessibili (Assertive Community Treatment)
 - Restano astinenti dalle sostanze (Trattamento Integrato per la Doppia Diagnosi)
- Possono essere anche in grado di aumentare
 - L'autostima
 - L'efficacia personale
 - L'autodeterminazione
 - La capacità di scelta

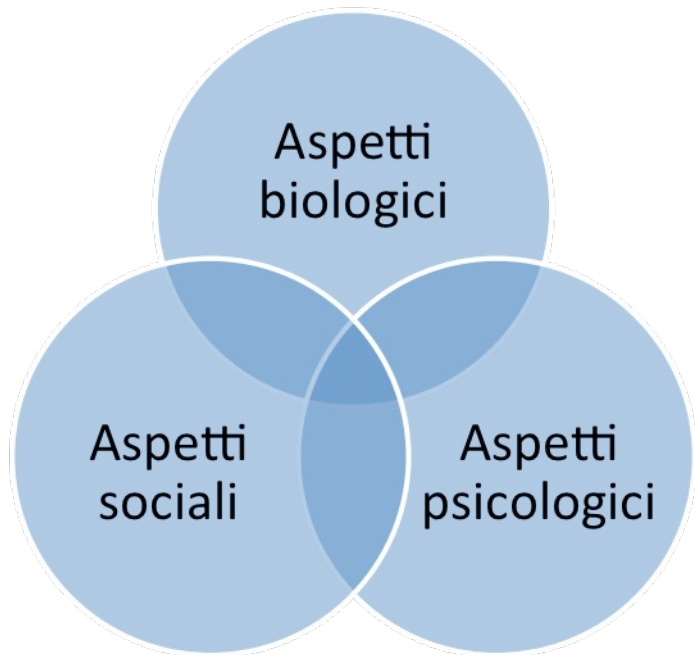
Illness Management and Recovery

An Evidence-Based Practice

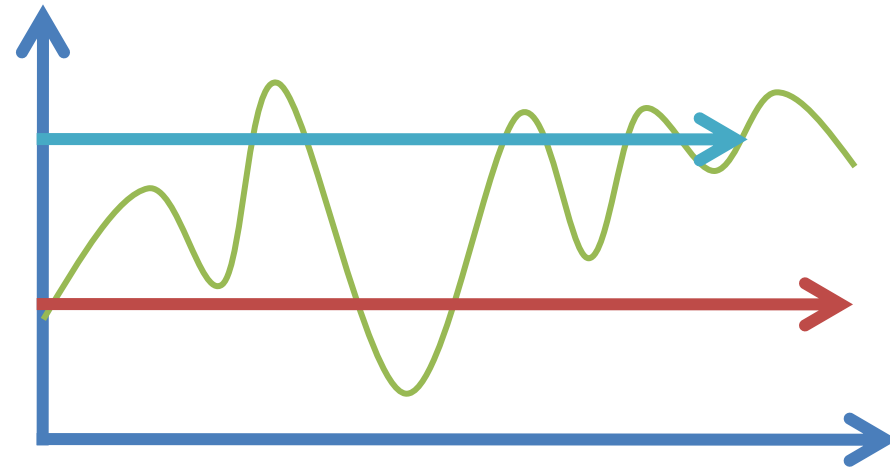
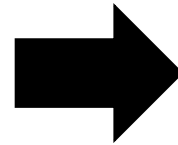


MODELLO STRESS VULNERABILITÀ

VULNERABILITÀ



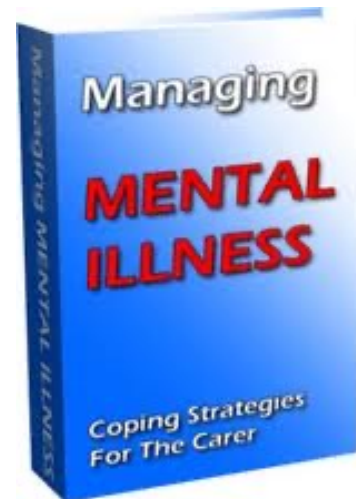
STRESS



Sia lo stress sia la vulnerabilità contribuiscono alla comparsa dei sintomi

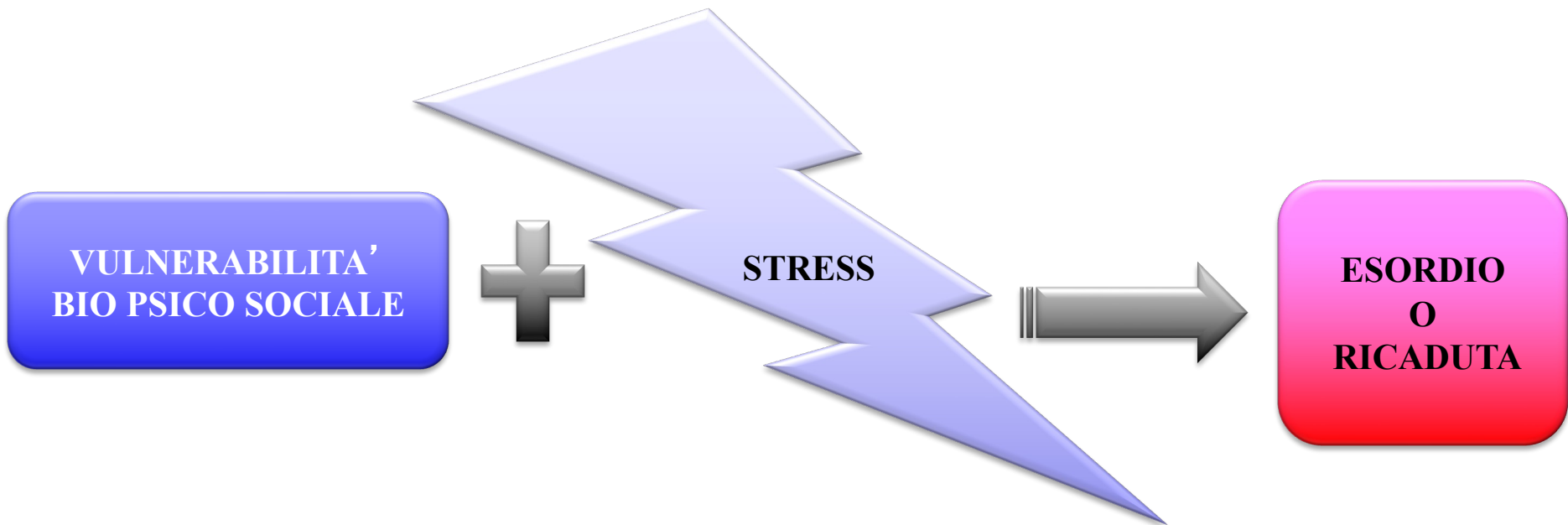
I CINQUE ELEMENTI FONDANTI DELL'IMR

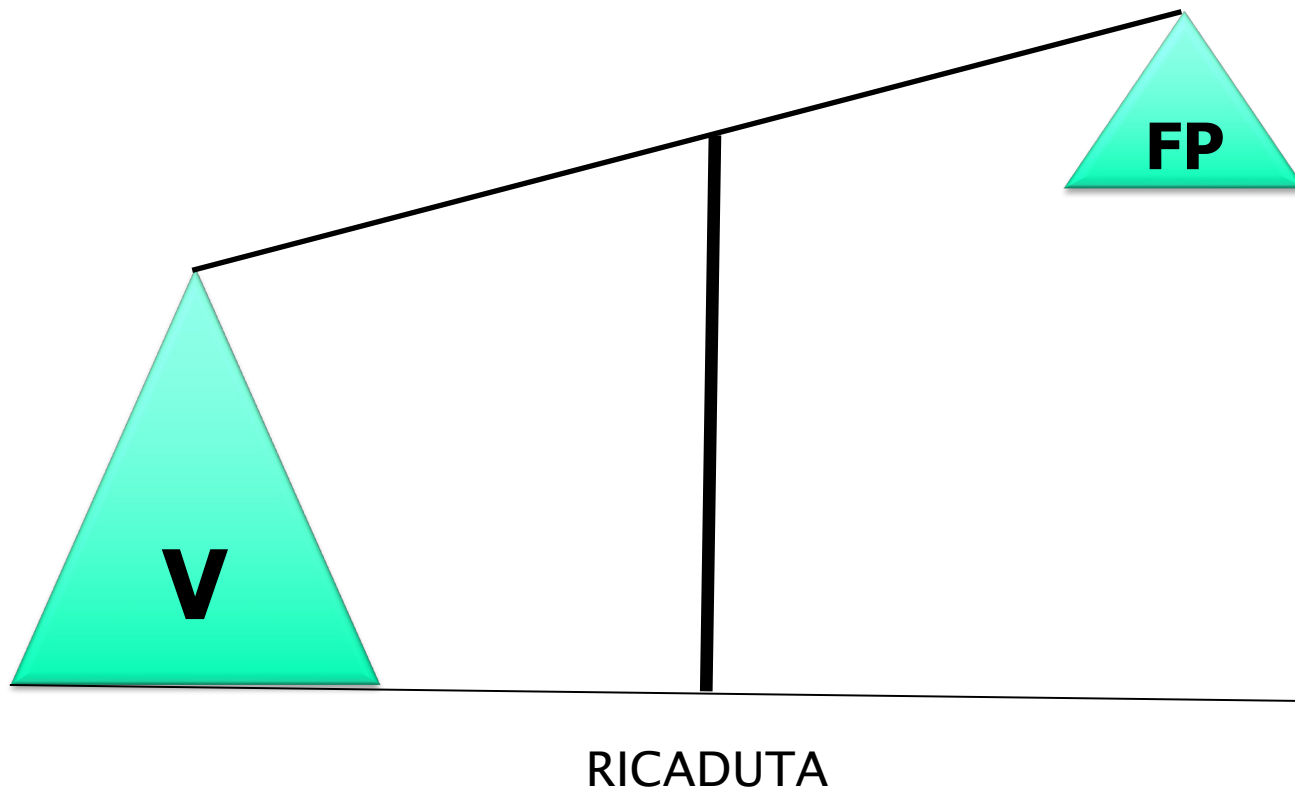
- Il Recovery
 - Motiva al cambiamento e aiuta ad individuare obiettivi significativi
- La gestione della terapia
 - Migliora la possibilità che i pazienti assumano la terapia come prescritto
- Le strategie di prevenzione delle ricadute
 - Riducono le ricadute
 - Riducono le ospedalizzazioni
- Le strategie di gestione dei sintomi persistenti
 - Riducono la severità dei sintomi persistenti
 - Riducono le esperienze stressanti legate ai sintomi
- La psicoeducazione
 - Migliora le conoscenze dei pazienti sulla malattia mentale e sul recupero
 - Fornisce informazioni sul trattamento



MODELLO
STRESS
VULNERABILITÀ
COPING
(FRONTEGGIAMENTO)

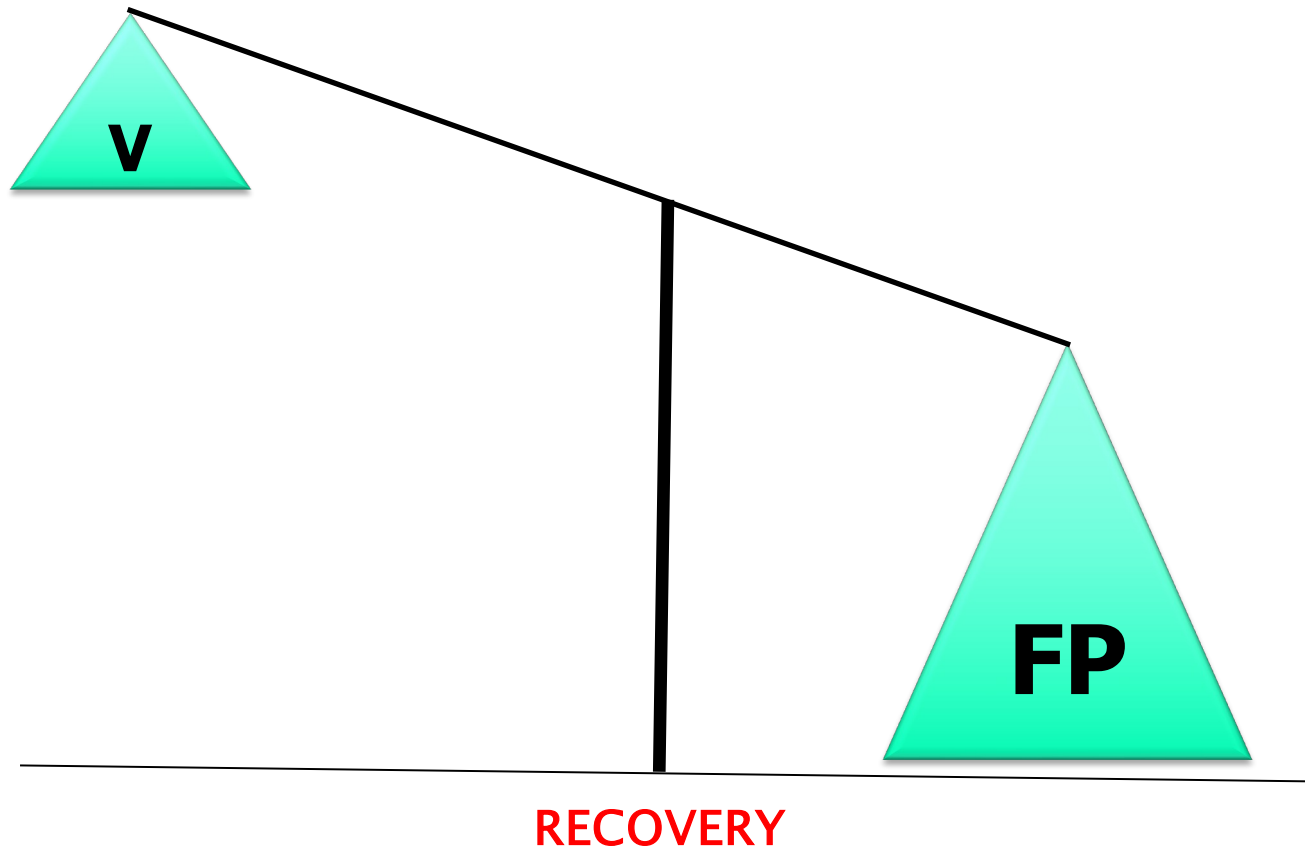
MODELLO STRESS VULNERABILITÀ





V= VULNERABILITA', FATTORI
STRESSANTI, STIGMA, VULNERABILITA'
PSICOLOGICA

FP= FATTORI PROTETTIVI

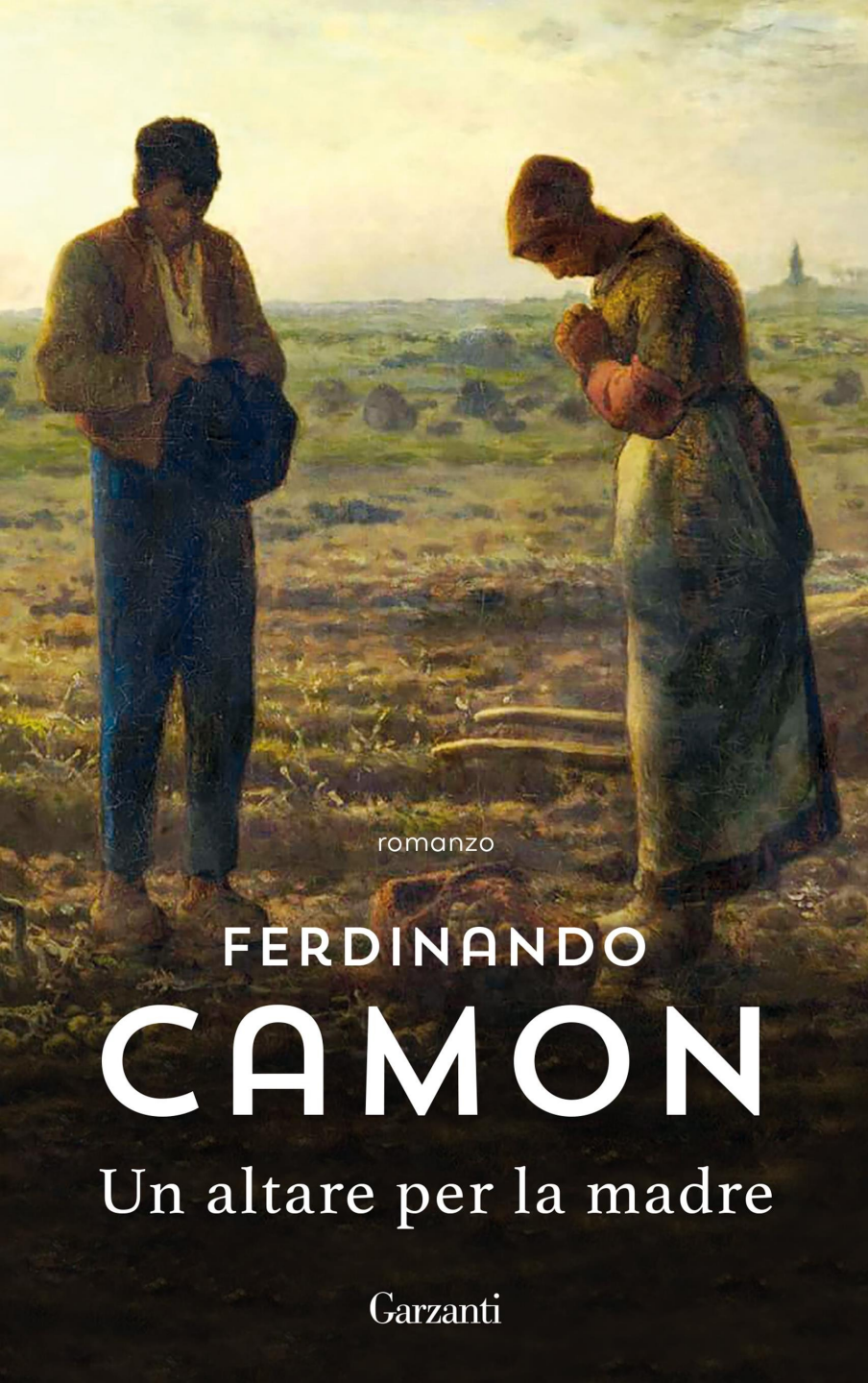


V= VULNERABILITA', FATTORI
STRESSANTI, STIGMA, VULNERABILITA'
PSICOLOGICA

FP= FATTORI PROTETTIVI

LETTURE CONSIGLIATE

- Paola Carrozza. Principi di Riabilitazione Psichiatrica. Franco Angeli 2006
- Mark Spivak Introduzione alla riabilitazione sociale :Teoria, tecnologia e metodi di intervento. Rivista Sperimentale di Freniatria 1987 (Nr. 3, pp 522-574; <https://www.rivistafreniatria.it/VediMacro.phtml?IDMacro=1201&sLang=IT>)
- Kim T. Mueser, Susan Gingerich. Illness Management and Recovery. Edizione italiana a cura di Ileana Boggian, Bruna Mattioli, Silvia Merlin, Giovanni Soro. SIRP Società Italiana di Riabilitazione Psicosociale (<http://www.riabilitazionepsicosociale.it/wordpress/archives/829>)



romanzo

FERDINANDO

CAMON

Un altare per la madre

Garzanti

“È come se da molte generazioni si vivesse tra uomini, animali, terra; mancavano le cose. Adesso è tutto il contrario: uomini e animali sono cose e la terra è sepolta sotto. Oggi farsi male vuol dire curarsi. Allora voleva dire aspettare che il male passasse. Davanti alle case vedevi ogni tanto qualcuno che non faceva niente; si era fatto male o gli era venuto male, adesso stava lì e aspettava.”