

Como 10 Ottobre 2012

Psichiatria oggi: La risposta dei servizi del D.S.M agli utenti affetti da disagio psichico.

Comunità Terapeutica: Quale opportunità di riabilitazione e di reinserimento sociale.

Inf. Mereu Claudiano
Comunità Riabilitativa Alta Assistenza (C.R.A.)
Appiano Gentile

Definizione di comunità:

Struttura organizzativa sociale di estensione geografica limitata, in cui gli abitanti abbiano delle caratteristiche comuni.

In senso più sociologico per l'appartenenza ad una comunità servono caratteristiche molto forti tali da creare un'identità degli appartenenti, tramite una storia comune, ideali condivisi, tradizioni e/o costumi.

Una dimensione di vita comunitaria implica tipicamente la condivisione di un sistema di significati, come norme di comportamento, valori, religione, una storia comune.

La comunità terapeutica:

Origine del termine:

L'espressione *comunità terapeutica* viene riferita a Thomas Main che, nel 1946, descrivendo il lavoro degli psichiatri britannici di Northfield (Scozia) si riferì all'ospedale in cui operavano con il termine di "*comunità terapeutica*".

Tale vocabolo fu ufficializzato nel 1953 dall'Organizzazione mondiale della sanità (OMS), in uno studio sulle organizzazioni psichiatriche internazionali, in cui si suggeriva l'opportunità di trasformare gli ospedali psichiatrici in *comunità terapeutiche*

La comunità terapeutica:

Storia:

La prima comunità terapeutica fu creata nel 1952, in Inghilterra, dallo psichiatra Maxwell Jones, con l'obiettivo di far partecipare attivamente i pazienti, e quindi responsabilizzarli, nella gestione dell'istituzione psichiatrica in cui erano ospitati.

Una delle prime sperimentazioni di comunità terapeutica in Italia, fu attivata da Franco Basaglia nei primi anni 60 nell'ospedale psichiatrico di Gorizia.

Il concetto di questo psichiatra, per l'epoca innovativo, era il rifiuto dell'istituzionalizzazione come unico metodo di cura e di recupero del malato psichiatrico.

Dall'esperienza iniziata da Basaglia nel 1962 si arrivò, circa 15 anni dopo, alla legge 180/78 (detta anche *Legge Basaglia*) che prevedeva la trasformazione dei così detti "manicomi" in luoghi di cura e di recupero della dignità umana e sociale.

Dopo la legge 180/78 le comunità terapeutiche si sono moltiplicate su tutto il territorio italiano, operando non solo nell'ambito psichiatrico, ma anche nei settori della devianza, della tossico dipendenza e del disagio sociale.

La comunità terapeutica:

Obbiettivi generali:

- Lotta contro la cronicità, intesa come stato di perdita di abilità sociali o competenze sociali , condizione non modificabile dalle risposte dell'ambiente.
- Ridurre il costo sanitario che il peso di un problema psichiatrico, trattato sia col solo intervento ambulatoriale o ospedaliero non è in grado di alleggerire.

La comunità terapeutica:

Obbiettivi specifici:

Migliorare la qualità di vita

Promuovere l'autonomia

Promuovere la crescita personale

Migliorare la capacità di adattamento

Migliorare il funzionamento personale e sociale.

Favorire il reinserimento sociale.

La cultura della comunità:

Nella comunità terapeutica confluisce la cultura dei pazienti-utenti e la cultura della comunità.

- La *cultura degli utenti* si esprime attraverso una serie di "norme comportamentali" che vengono mantenute all'interno del gruppo di appartenenza-provenienza; questa cultura può a volte divergere dalle finalità terapeutiche della comunità o essere in parte sconosciuta.

-La *cultura della comunità* è costituita dall'insieme delle norme condivise dagli utenti e dagli operatori, con lo scopo di produrre un'atmosfera di collaborazione che permetta di affrontare in modo aperto e realistico le difficoltà e i problemi degli utenti.

La cultura della comunità:

Nella cultura di comunità vengono presi in esame i seguenti aspetti:

- i valori culturali generali e le norme di convivenza condivise;
- il modo più efficace di trasmettere la *cultura di comunità* ai nuovi ospiti.
- la modalità attraverso cui la cultura influisce sul comportamento dei pazienti;
- in quale misura la cultura di comunità influisce o influirà sulla vita dei soggetti dopo l'uscita dalla comunità.

La cultura della comunità:

la comunità induce nella persona un modo di "agire" diverso, cioè un cambiamento.

Il comportamento degli utenti più anziani e degli operatori, spinge in modo intensivo il nuovo arrivato nel gruppo a:

- 1) comportarsi in conformità alle norme della comunità;
- 2) avere fiducia negli altri;
- 3) parlare dei propri problemi ed angosce;
- 4) lasciarsi coinvolgere come membro attivo della comunità

La comunità terapeutica:

I principi fondamentali della comunità terapeutica sono basati sui rapporti di:

- *Democrazia* (non applicabili a tutti i contesti);
- *Permissività* (non applicabile a tutti i contesti);
- *Confronto con la realtà.*
- *Comunitarietà, concetto che presuppone la necessità di*

favorire la comunicazione.

facilitare la partecipazione di tutti i membri alla vita sociale .

offrire la possibilità di condividere degli obiettivi.

La comunità terapeutica:

La comunità terapeutica implica la definizione di alcuni aspetti comuni fra utenti e operatori:

- *Alleanza tra il singolo paziente e lo staff degli operatori;*
- *Mandato sociale*, inteso come compito della comunità di curare e rieducare/riabilitare l'individuo;
- *Mandato terapeutico*, nel senso di consentire all'individuo l'acquisizione di una identità sana e adulta, la capacità di sapersi distinguere dagli altri e di ritornare nel contesto sociale, dotato di maggiori competenze, abilità e soft skills (competenze sociali), rispetto a quando è entrato nella comunità terapeutica.

Riabilitazione:

Il termine riabilitazione significa letteralmente *restituire le abilità*.

In medicina, al termine della terapia, la riabilitazione si propone l'obiettivo di superare nel migliore dei modi gli impedimenti fisici che ostacolano il pieno recupero della potenzialità della persona.

La riabilitazione è il processo attraverso il quale un individuo viene aiutato ad adattarsi ai limiti imposti dalla sua disabilità.

Le abilità perdute possono essere riacquistate o possono essere sviluppate nuove strategie di adattamento in modo che il soggetto possa raggiungere un grado di funzionamento migliore.

“E' la natura specifica della disabilità che determina l'area di intervento riabilitativo, ma in tutti i casi la persona deve essere trattata come un individuo”.

(C. Hume, 1994)

Riabilitazione psicosociale.

"La *riabilitazione psicosociale* è un processo di soluzione dei problemi e di educazione sociale e psichiatrica con la finalità di far raggiungere al paziente/utente il miglior livello di vita sul piano fisico, funzionale, sociale ed emozionale".

La riabilitazione con opportune azioni e modalità, si interessa dell'individuo nella sua globalità fisica, mentale affettiva, comunicativa e relazionale, fino a coinvolgere il contesto familiare sociale e ambientale

La riabilitazione psico sociale:

“I programmi riabilitativi sono finalizzati al complessivo miglioramento della qualità di vita del soggetto svantaggiato intesa come la più ampia autonomia del paziente nello svolgimento di tutte le attività della vita quotidiana, ma anche la conquista di un reinserimento sociale e lavorativo completo dignitoso e soddisfacente”.

Tuttavia, non sempre questo è possibile. Ciò significa che in relazione alle caratteristiche del soggetto ed alle sue risorse, alla gravità clinica della sua malattia, all'ambiente sociale e familiare nel quale vive nonché agli strumenti/risorse a disposizione dell'equipe curante si devono studiare obiettivi riabilitativi realistici e mirati per il singolo individuo.

Riabilitazione psicosociale:

Principale scopo della riabilitazione è permettere all'individuo di raggiungere *il suo massimo livello* di indipendenza psicologica, sociale, fisica ed economica.

Con *massimo livello* si intende un livello ottimale per ciascun individuo, ed è inappropriato cercare di definire un valore standard generale di autonomia.

Possiamo quindi dire che la riabilitazione consiste dunque nel permettere al singolo di sviluppare al **massimo le proprie potenzialità nel contesto dell'ambiente in cui vive.**

L'oggetto della riabilitazione psichiatrica è, in primo luogo la disabilità; in secondo luogo l'handicap che ne scaturisce.

La riabilitazione psicosociale:

L'insieme degli interventi terapeutici e riabilitativi costituisce la cura psichiatrica.

Quando si parla di cura nel campo delle malattie mentali più gravi si deve far sempre riferimento all'integrazione coerente tra terapia e riabilitazione.

Principi della riabilitazione:

Non c'è nulla di particolarmente difficile o complesso nei concetti della riabilitazione.

L'applicazione pratica di questi però può non essere altrettanto facile.

La riabilitazione implica l'applicazione di tecniche sia terapeutiche sia educative o psicoeducative, sia compensatorie.

Lavorando sulle risorse personali dell'individuo, utilizzando strategie compensatorie laddove queste risorse sono carenti, insegnando al soggetto le abilità necessarie alla vita quotidiana e le diverse strategie adattative, è possibile aiutarlo a raggiungere una qualità di vita accettabile.

I principi della riabilitazione:

Una componente essenziale della riabilitazione è il lavoro d'equipe.

Il gruppo è la pietra angolare del processo riabilitativo.

Senza un produttivo lavoro di gruppo, senza comunicazione e cooperazione, i concetti teorici hanno ben poca utilità.

Un'organizzazione e una comunicazione efficienti e funzionali sono premesse indispensabili per il raggiungimento di risultati positivi.

I principi della riabilitazione:

I principi della riabilitazione si possono riassumere nei seguenti 10 punti:

- 1) Ascoltare il paziente;
- 2) Conoscere il contesto;
- 3) Prestare attenzione ai dettagli;
- 4) Programmi gradualità;
- 5) Programmazione temporale;
- 6) Educazione e rieducazione;
- 7) Atteggiamento dello staff;
- 8) Coerenza;
- 9) Sicurezza;
- 10) Atteggiamento rispetto alla terapia farmacologica;

I principi della riabilitazione:

1) Ascoltare il paziente.

L'ascolto è il primo approccio terapeutico

E' molto importante evitare di imporre al paziente il proprio punto di vista e "buttarsi" in considerazioni e commenti quando è opportuno un silenzio riflessivo.

Altri possono aver identificato una serie di problemi, ma è il paziente stesso che porta a conoscere le sue vere difficoltà.

Tuttavia potrebbe aver bisogno di aiuto per distinguere problemi più importanti da quelli di minor rilevanza.

I principi della riabilitazione:

2) Conoscere il contesto.

Il contesto di provenienza può darci indicazioni utili per comprendere come muoverci.

E' molto importante conoscere ed avere familiarità con la community in cui i pazienti sono inseriti, allo scopo di venire a conoscenza delle risorse localmente disponibili.

E' inoltre necessaria una conoscenza delle norme culturali (o di funzionamento) che accompagnano la persona.

I principi della riabilitazione:

3) prestare attenzione ai dettagli;

Niente è così irrilevante od ovvio da poter essere considerato scontato.

Un ostacolo apparentemente banale per alcune persone può rivelarsi un ostacolo insormontabile per altre.

Semplici compiti quotidiani, che la maggior parte delle persone compie senza pensarci, possono assumere per alcuni un'importanza esagerata.

I principi della riabilitazione:

4) Programmi graduali.

La gradualità e la suddivisione in fasi del programma riabilitativo consente all'individuo di progredire secondo i propri tempi, lungo una serie di compiti, verso il raggiungimento dell'eventuale obiettivo.

Una meta troppo generale e lontana può indurre un abbassamento della motivazione.

Il successo legato allo svolgere compiti più semplici, appropriati all'individuo, rafforza la fiducia in se stessi e incoraggia a sforzi ulteriori.

I principi della riabilitazione:

5) Programmazione temporale:

Un gradino alla volta è abbastanza.

L'individuo ha bisogno di tempo per consolidare ogni nuova esperienza prima di intraprendere quella seguente.

I principi della riabilitazione:

6) educazione e rieducazione:

Alcune persone non hanno mai avuto l'opportunità di acquisire le abilità necessarie al vivere quotidiano. Altri possono averle dimenticate o queste possono essersi atrofizzate perché a lungo non utilizzate a causa della malattia. Educare e rieducare diventa una tappa fondamentale e obbligatoria nel processo riabilitativo.

I principi della riabilitazione:

7) Atteggiamento dello staff.

L'atteggiamento è d'importanza fondamentale. Essere positivi è il valore aggiunto del trattamento.

Il ruolo dello staff è in un certo senso simile a quello di un genitore: fornisce una base sicura a partire dalla quale avventurarsi verso nuove esperienze e a cui far ritorno quando si ha bisogno di aiuto.

Interventi troppo limitati possono equivalere ad un disimpegno istituzionale, un'eccessiva stimolazione può rivelarsi controproducente, comunque raggiungere un giusto equilibrio può essere difficile.

Lo staff potrebbe trovarsi nella situazione di dover imparare a tenersi in disparte e a limitarsi ad osservare una persona nei tentativi e impegno a fare da sola.

Non è certamente facile resistere alla tentazione di intervenire, ma lasciare che la persona possa sperimentarsi correndo il rischio di un fallimento è importante allo stesso modo. Impariamo tutti facendo degli errori. Ovviamente è necessario anche aver successo e i risultati ottenuti vanno rinforzati.

I principi della riabilitazione:

8) Coerenza.

Gli operatori sono credibili e coerenti quando applicano ciò che insegnano.

Messaggi conflittuali e atteggiamenti mutevoli creano confusione sia nei pazienti che nei colleghi.

Sicuramente se il paziente non è sicuro delle relazioni che può aspettarsi dallo staff ridurrà la fiducia che ha in esso.

I principi della riabilitazione:

9) Sicurezza:

Essere in grado di fare tentativi è il modo migliore per imparare, anche se non sempre l'apprendimento è indolore.

I pazienti necessitano di un ambiente in cui il fallimento è accettato come parte della vita piuttosto che come un irreparabile disastro.

Il "fallimento" deve essere il punto di partenza per un nuovo obiettivo.

I principi della riabilitazione:

10) Atteggiamento rispetto alla terapia farmacologica:

La scarsa compliance farmacologica in psichiatria è una costante.

L'obiettivo di raggiungere una adeguata aderenza al trattamento farmacologico è un percorso tortuoso e complesso.

Diventa quindi essenziale avere una adeguata conoscenza sulla tipologia di farmaci disponibili, sulla loro efficacia, sugli effetti collaterali, sui meccanismi d'azione e sulle vie di somministrazione disponibili.

La terapia farmacologica non è una punizione ma un'opportunità.

Saper e poter discutere di farmaci con chi realmente deve assumerli è essenziale per costruire una duratura aderenza al trattamento.

Saper ascoltare e dare spazio decisionale a "colui che assume il farmaco" è fondamentale per l'intero processo di cura.

I principi della riabilitazione:

E' importante ricordare che la maggior parte del personale che lavora nel campo della salute mentale non ha una formazione specifica per questo ambito, e che la formazione scolastica di base è alquanto scarsa.

Spesso si è poco preparati e poco si conosce degli interventi possibili con questi pazienti.

Sebbene vi sia il desiderio di fornire cure e assistenza a questi soggetti, vi può essere negli operatori la sensazione che ci sia poco da fare per loro, se non fornire servizi che cercano di provvedere ai bisogni di base dei pazienti (Milton, Patwa e Hafner, 1978)

il legislatore ha cercato di sopperire a questa carenza istituendo percorsi formativi di specializzazione post-laure in area psichiatrica e in ambito riabilitativo (master di primo livello "Infermieristica in salute mentale-psichiatria", e "Tecnico della riabilitazione psichiatrica").

L'aggiornamento continuo, individuale e collettivo, diventa quindi una necessità.

I principi della riabilitazione:

Esistono poche ricerche relative all'efficacia delle diverse tecniche in campo riabilitativo, ma è stato messo in evidenza che le evoluzioni favorevoli o sfavorevoli dei pazienti vengono influenzate da fattori poco collegabili al tipo di tecnica adottata (R.Paterniti, 1999).

Sembra invece che il successo o l'insuccesso degli interventi dipenda maggiormente da variabili extracliniche ed extratecniche:

- Il contesto sociale nel quale si sviluppano i programmi di riabilitazione;
- Il luogo dell'esperienza inteso come ambito istituzionale (un reparto, un centro diurno, una residenza, il CPS);
- La motivazione e le aspettative degli operatori;
- Lo stile di lavoro, il tempo dedicato all'ascolto, l'empatia;
- La presenza assenza della dimensione del lavoro nel progetto riabilitativo che rappresenta un processo di restituzione di soggettività e di recupero di contrattualità sociale.

Queste variabili assumono un'importanza maggiore nella riuscita dei programmi di riabilitazione rispetto alla variabile " modello teorico-tecnica specifica".

I principi della riabilitazione:

E' comunque possibile individuare una serie di linee guida comuni alle diverse teorie della riabilitazione psicosociale e ai differenti approcci metodologici:

- Il luogo della riabilitazione è la comunità nel suo insieme e l'obiettivo principale è ridurre la disabilità e favorire l'autonomia.
- E' essenziale il clima (cultura della comunità) che supporta qualsiasi tipo di tecnica; l'intervento riabilitativo si basa sulla relazione tra persone e questa relazione deve essere improntata ad affetto, comprensione, calore, fiducia, rispetto (R. Paterniti, 1999);
- L'avvio di una relazione di fiducia, emozionalmente "carica" con una persona preparata ad aiutare;
- Un setting di cura riconosciuto;
- Uno schema concettuale razionale (cioè la teoria che supporta l'intervento) che spieghi in maniera plausibile i disturbi del paziente e indichi il percorso da seguire per aiutarlo;
- Una procedura condivisa che possa essere seguita durante il corso della terapia.

E' indubbio, che tra le varie tecniche proposte in ambito terapeutico quelle ad orientamento cognitivo comportamentale si prestano maggiormente alla verificabilità dei risultati raggiunti

Riabilitazione: modelli teorici:

Diversi e numerosi sono i modelli teorici di riferimento. A titolo informativo ma non esaustivo ne cito alcuni:

- *Cognitivo comportamentale;*
- *Psicodinamico;*
- *Integrato*

Riabilitazione: modelli teorici

Approccio psicodinamico:

Il disturbo mentale esprime una alterazione della capacità di relazione del soggetto con se e con gli altri e questo, spesso, a causa di incapacità di differenziare se stesso dagli altri.

Questa incapacità di intraprendere e mantenere valide relazioni oggettuali si traduce in una alterazione della capacità di relazione e di comunicazione con il mondo esterno, che si esprimono attraverso il linguaggio o altre modalità comunicative (siano esse figurative e/o simboliche o gestuali).

Per questo la riabilitazione va mirata alla ricostruzione di un'organizzazione funzionale, la più ottimale possibile, delle strutture del Se intrapsichico, che sono alla base dei vari modi di relazione oggettuale: il Se corporeo, il Se espressivo, e il Se verbale ed è proprio su di essi che deve attuarsi l'intervento riabilitativo

Riabilitazione: modelli teorici

Approccio integrato:

Prevede l'integrazione di diversi interventi:

farmacologico, psicoterapico, riabilitativo (cognitivo, comportamentale, psicodinamico) a seconda delle necessità.

Si focalizza l'attenzione sulla specificità del paziente e sull'importanza dell' lavoro d'equipe.

Riabilitazione: modelli teorici:

Approccio cognitivo comportamentale:

- modelli di Social Skills Training;
- modello di potenziamento dei comportamenti socialmente competenti (Spivak);
- modello di Ciompi;
- modelli psicoeducazionali (Falloon);

Attività riabilitative:

Le attività riabilitative possono centrare il proprio focus su diversi ambiti che consentono la loro classificazione in :

Attività di primo livello;

Attività di secondo livello;

Attività riabilitative:

Attività di primo livello:

Sono attività inerenti la vita quotidiana del soggetto nei suoi risvolti personali, familiari e sociali.

Sono orientate prevalentemente sulla realtà esterna del soggetto, i comportamenti, il modo d'interagire con l'ambiente.

Utilizzano prevalentemente l'agire.

Sono attività mirate allo sviluppo delle competenze di vita quotidiana, per esempio Social Skills Training, supporto allo studio, reinserimento lavorativo, ecc.

Attività riabilitative:

Attività di secondo livello:

Sono finalizzate al recupero di più adeguate capacità introspettive e relazionali, infatti mirano a far emergere, riconoscere ed elaborare il vissuto emotivo al fine di facilitare nel paziente il raggiungimento di un miglior livello di consapevolezza ed adattamento, (per esempio l'arte terapia, la musicoterapia, l'attività d'ascolto, l'assertività, i gruppi discussione ecc.)

Si rivolgono al interno del paziente, alle sue ansie, ai conflitti e alle emozioni.

Alcune di queste attività devono essere condotte da figure terapeutiche con formazione specifica nel campo.

Le tecniche della riabilitazione:

Moltissime sono le tecniche che possono essere utilizzate, a titolo esemplificativo ma non esaustivo citiamo:

Tecniche cognitivo comportamentali:

- Modelli di Social Skills Training (Anthoni, Liberman, Farkas)
- Modello di Ciompi
- Modello di potenziamento dei Comportamenti Socialmente Competenti di Spivak
- Modello psicoeducativo familiare di Fallon
- Terapia Psicologica Integrata e metodo casa lavoro e tempo libero (Brenner)

Le tecniche della riabilitazione:

Tecniche espressive:

- Arte terapia
- Danza movimento terapia
- Musicoterapia
- Teatro terapia

Le tecniche della riabilitazione:

Tecniche verbali:

- Discussione
- Supporto alle famiglie (interventi individuali, gruppi di auto mutuo aiuto, ecc)
- Problem Solvin

Le tecniche della riabilitazione:

Altre tecniche:

- *Assertività*
 - *Cura del sé*
 - *Gioco e tempo libero*
 - *Terapia facilitata da animali (Pet Therapy)*
 - *Terapia occupazionale*
 - *Psicomotricità*
 - *Gruppi vari*
 - *Inserimento lavorativo*
 - *Quotidianità*
- ecc.*

Le tecniche della riabilitazione:

Tecniche cognitivo - comportamentali

Esistono modelli diversificati sia in termini teorici che operativi, ma è presente una comunanza di intenti terapeutici rappresentati da:

- migliorare l'adattamento sociale dei pazienti psichiatrici;
- promuovere l'acquisizione di quelle condizioni affettive, cognitive e relazionali essenziali per l'acquisizione e la conservazione dei ruoli sociali.

Il modello esplicativo più condiviso dai vari autori è rappresentato dal modello Vulnerabilità-Stress, secondo il quale alcuni individui sono biologicamente più vulnerabili allo stress (per esempio disagi e conflitti quotidiani; life events altamente significativi quali lutti, rotture relazionali, perdita del lavoro, esami scolastici, traslochi, ecc), ed in conseguenza di questa vulnerabilità un evento stressante, di intensità tale da superare la capacità di adattamento della persona, può determinare l'insorgenza di un episodio acuto e successivamente di disabilità.

Le tecniche della riabilitazione:

Modelli di Social Skills Training (Lieberman):

Secondo i modelli bio-psico-sociali l'esordio il decorso e l'esito della malattia mentale possono essere spiegati grazie a fattori psicologici e biologici.

Si tratta di approcci finalizzati al rinforzo delle performance di social skills del soggetto tra cui : autogestione, self help, gestione dello spazio abitativo, attività lavorative ecc.

Secondo Lieberman i fattori che determinano, con maggior probabilità, l'insorgenza di disabilità sono:

- Un apprendimento inadeguato delle social skills;
- Un non corretto utilizzo delle social skills che ha appreso prima dell'esordio;
- Una carenza di rinforzi da parte dell'ambiente circostante;
- Una sintomatologia caratterizzata da ansia sociale che può raggiungere un'intensità tale da impedire al soggetto l'utilizzo totale o parziale delle social skills;
- Le interferenze dei sintomi produttivi quali deliri e allucinazioni;
- Il rinforzo, da parte dell'ambiente circostante, del suo comportamento inadeguato e del ruolo di malato;
- La presenza di effetti collaterali farmacologici che possono rendere difficile l'utilizzo delle social skills possedute.

Le tecniche della riabilitazione:

Modello di Ciompi:

Ciompi centra il proprio modello riabilitativo sul reinserimento sociale, sulla ricerca dell'autonomia, responsabilità e libertà del soggetto.

Il suo protocollo d'intervento prevede un processo terapeutico che si sviluppa lungo due assi:

- lavoro (con una declinazione di sviluppo che va da nessun lavoro a al lavoro normale;
- casa (con una progressione di sviluppo che va da reparto psichiatrico chiuso all'abitazione non protetta).

Il compito della riabilitazione è quello di favorire il passaggio del paziente da livelli più regrediti a livelli più maturi.

L'autore afferma che il successo dell'intervento non dipende dalla malattia o da variabili generali (sesso, età, ecc), ma da fattori di tipo sociali, dalla struttura della rete sociale del paziente, la durata temporale dell'esclusione dal mondo del lavoro, da fattori legati alla personalità e alla motivazione del paziente stesso.

Le tecniche della riabilitazione:

Modello di potenziamento dei comportamenti socialmente competenti (Spivak)

Questo modello è basato sulla prevenzione della cronicità grazie ad interventi essenzialmente di tipo psicosociale che sono attuati secondo due filoni:

- 1) la valutazione dei CSC del paziente nel suo contesto;
- 2) le interazioni tra CSC e le aspettative del contesto in cui il soggetto vive.

Questi programmi sono solitamente individuali e si centrano sulle competenze abitative, della cura di sé, lavorative, delle relazioni familiari e sociali.

Per Spivak l'obiettivo fondamentale della riabilitazione è l'aumento dell'articolazione sociale del paziente, che deve poter sviluppare le abilità sociali che gli consentano di soddisfare i bisogni e le richieste proprie ed altrui in maniera efficace e secondo norme sociali accettabili e condivisibili.

L'autore individua 5 aree o spazi vitali che sono:
abitazione, il lavoro, i compagni e/o famiglia, la cura personale, lo spazio sociale e ricreativo.

Le tecniche della riabilitazione:

Modello psicoeducativo Familiare (Falloon)

Questo modello è finalizzato ad aumentare la consapevolezza dei familiari sulla patologia del paziente, a ridurre l'Emotività Espressa Familiare, a migliorare la compliance farmacologica e a ridurre le ricadute utilizzando alcune strategie:

- potenziare lo sviluppo delle risorse sane della famiglia senza interferire con i presupposti base della famiglia stessa;
- fornire informazioni sulla natura, le manifestazioni, e le possibili terapie della patologia del paziente;
- ridimensionare le aspettative familiari, gli atteggiamenti di iper coinvolgimento emotivo, di ostilità e ipercriticismo che determinano l'isolamento del paziente del nucleo familiare;
- migliorare la compliance al trattamento del paziente e dei familiari;
- favorire l'accettazione della cronicità indotta dalla malattia.

L'addestramento di familiari e pazienti si centra sui seguenti aspetti fondamentali:

- sviluppo delle capacità di comunicare sentimenti positivi o negativi;
- sviluppo di capacità nuove di affrontare i problemi (Problem Solving);

Grazie a questo metodo i problemi del singolo possono essere condivisi dall'intera famiglia, facendo convergere nella soluzione del problema tutte le risorse emotive, cognitive del nucleo familiare, inoltre è favorita l'apertura di nuovi canali di comunicazione.

Le tecniche della riabilitazione:

Terapia psicologica integrata e metodo casa lavoro e tempo libero
(Brenner):

Il metodo IPT interviene sui deficit cognitivi presenti nel paziente, prima che su quelli comportamentali, invece il programma CLT ottimizza gli interventi sulle abilità sociali applicandoli ad ambiti specifici e rilevanti della vita del paziente quali quello abitativo, lavorativo e del tempo libero.

Il metodo IPT si avvale in modo particolare di quattro tecniche terapeutiche:

- role-play
- problem solving
- interventi di ristrutturazione cognitiva
- tecniche di rilassamento.

Le tecniche della riabilitazione:

Supporto alla famiglia:

Il coinvolgimento della famiglia nel progetto riabilitativo è uno degli elementi centrali dell'intervento, infatti creare una rete di supporto e comunicazione tra paziente equipe riabilitativa e famigliari facilita la comprensione dei reciproci bisogni, delle aspettative, delle difficoltà e delle potenzialità presenti, riducendo la frammentazione che il paziente vive. Inoltre lavorare con le famiglie fornisce loro la possibilità di avere un contenitore e un supporto emotivo nel percorso di cura.

Sono diversi i modelli di terapia familiare che sono stati strutturati nel corso degli anni, :

- **il modello psicoanalitico** che secondo la tecnica propria psicoanalitica, effettua l'analisi delle dinamiche interpersonali e intrafamigliari nel "qui e adesso" (hic et nunc) della seduta che della storia passata della famiglia

- **il modello strategico**, segue un orientamento pragmatico: durante la seduta il terapeuta decide le modalità di soluzione del problema posto dalla famiglia, problema che diventa la guida del procedimento terapeutico della famiglia.

- **il modello strutturale** è costituito da un intervento attraverso prescrizioni ai famigliari da svolgere durante le sedute finalizzate a ristrutturare il modello famiglia, rompendo coalizioni patologiche, ridefinendo i confini in famiglie invischiate o attivando famiglie disimpegnate.

- **l'approccio sistemico relazionale**, in questo approccio invece di cercare le cause, l'osservatore si allena a capire come i membri del sistema si organizzano fra loro, che tipo di regole hanno strutturato nel tempo e su quali premesse è basato il sistema.

- **il modello psicoeducativo** si basa sulla discussione in famiglia degli aspetti cruciali della malattia quali la diagnosi, l'eziologia, i sintomi, spesso confusi con atteggiamenti volontarie tratti del carattere.

Viene discussa l'evoluzione del disturbo e la gestione della crisi.

Viene facilitata nella famiglia l'acquisizione di modalità di comunicazione a bassa emotività espressa per ridurre l'ostilità ed il criticismo e viene sostenuto il miglioramento delle capacità di soluzione di problemi e di gestione del carico emotivo e pratico creato dalla malattia di un membro.

Le tecniche della riabilitazione:

Assertività:

Per assertività si intende sostanzialmente uno stile di vita, caratterizzato da un atteggiamento positivo e costruttivo nei riguardi di sé stessi e degli altri.

Quindi un comportamento assertivo è un comportamento sociale (di relazione) in cui si esprimono liberamente e onestamente le proprie opinioni, i propri bisogni i desideri e i sentimenti, senza imbarazzo o sensi di colpa, possibilmente in modo adeguato alla situazione specifica in cui ci si trova.

Il comportamento assertivo rende possibile un aumento del senso di efficacia personale, un aumento dell'autostima e della fiducia in se stessi, anche quando la soluzione a cui perviene non soddisfa completamente i propri bisogni e desideri.

Progettazione individualizzata:

La regione Lombardia con il Piano Regionale per la Salute mentale (DGR17513 del 17/05/2004) Introduce il concetto di "percorso di cura personalizzato" per quei soggetti affetti da disturbi psichiatrici gravi.

(...introduzione della metodologia dei **percorsi clinici** per garantire agli utenti una valutazione approfondita delle loro esigenze e **percorsi di cura personalizzati** per i soggetti affetti da disturbi psichiatrici gravi, per malati con maggiori bisogni e a **maggior rischio di abbandono**. Per questi pazienti è previsto un trattamento centrato sull'elaborazione del **Piano di trattamento Individuale (PTI)**, l'istituzione della figura del **Case Manager...**).

La competenza sulla stesura dei PTI è attribuita ai CPS territoriali.

Progettazione individualizzata:

Piano terapeutico riabilitativo (PTR)

Il percorso terapeutico che la persona intraprende in comunità terapeutica si definisce e realizza nella strutturazione di un percorso individuale e personalizzato centrato sulle disabilità e basato sulla pianificazione di passi graduali e progressivi di miglioramento del funzionamento personale e sociale (FPS).

Il PTR deve essere coerente con il PTI che a sua volta può e deve essere modificato in base all'evoluzione dinamica del percorso intrapreso.

Deve essere il più possibile costruito e condiviso dal paziente e dai suoi famigliari

Il progetto riabilitativo è centrato sulle disabilità e richiede un preciso riconoscimento di queste, un'attenta analisi delle condizioni che le hanno determinate e un'approfondita valutazione delle capacità residue della persona.

Il progetto riabilitativo deve essere equilibrato e realistico in funzione del soggetto.

Un progetto è terapeuticamente valido se risulta personalizzato e in grado di rispettare il più possibile le caratteristiche e i bisogni della persona; inoltre deve essere caratterizzato da uno sviluppo temporale adeguato alle reali condizioni del paziente.

La definizione del progetto riabilitativo è un importante compito dell' lavoro d'equipe teso a stabilire i contenuti, i tempi e le modalità attuative dell'intervento, compresa l'individuazione delle figure professionali incaricate a realizzarlo.

Progettazione individualizzata:

Esempio di PTR:

Valutazione (raccolta dati)

La valutazione o raccolta dati si avvale di strumenti operativi validati, strutturati e standardizzati. Possono essere strumenti di auto somministrazione, interviste strutturata o semi strutturata, Test cognitivi ecc.

Gli ambiti che più spesso vengono indagati sono:

Valutazione psicopatologica: (BPRS, PANSS, CPS 50 State)

Valutazione delle disabilità: (SAFFE, VADO)

Valutazione dei bisogni di cura: (CAMBERWELL)

Valutazione della qualità di vita: (LQL)

Valutazione del funzionamento sociale (HoNOS, FPS)

Valutazione della soddisfazione nei confronti dell'assistenza ricevuta: (FACE)

Valutazione del carico familiare.

Esempio di un PTR:

Definizione del progetto riabilitativo:

Definizione delle aree disfunzionali su cui intervenire (stabilire priorità modalità e tempistica)

Obiettivi: Definire obiettivi realistici e raggiungibili (modalità e tempistica)

Competenze (chi fa cosa)

Coinvolgimento e presa in carico della famiglia (modalità e tempi, chi fa cosa)

Ricerca della rete sociale.

Data di revisione del progetto

Esempio di un PTR:

Attuazione del progetto riabilitativo:

Interventi di primo livello:

Inerenti la vita quotidiana del soggetto, orientati prevalentemente sulla realtà esterna del soggetto.

Interventi di secondo livello:

prevalentemente finalizzate al recupero di adeguate capacità introspettive e relazionali, ad elaborare il vissuto emotivo in chiave più accettabile, a migliorare la capacità di adattamento. Si rivolgono al mondo interiore del paziente, alle sue ansie, alle sue angosce, ai conflitti e alle emozioni. (arte terapia, musica terapia, training autogeno, terapia razionale emotiva, ecc).

Interventi sulla famiglia:

Interventi specifici su famiglie ad alta emotività espressa.

Sensibilizzazione e training informativo su terapia, malattia e segni precoci di crisi.

Gruppi di auto mutuo aiuto.

Supporto psicologico ed emotivo.

Training su problem solving, ecc.

Coinvolgimento della rete sociale:

Assistente sociale del territorio, associazioni, scuola, centri formazione, servizi di inserimento lavorativo, medico di base, oratorio, ecc.

Esempio di un PTR:

Revisione del progetto:

Indicatori di esito (strumenti per la misurazione dei risultati)

Abilità sociali prima e dopo l'intervento, capacità di problem solving acquisite, compliance farmacologica, conoscenze specifiche su terapia effetti collaterali possibili e segni precoci di crisi, riduzione della conflittualità familiare, riduzione o assenza di ricoveri ospedalieri, riduzione o cessato allarme sociale, qualità di vita raggiunta (in senso fisico, psicologico e sociale), soddisfazione del paziente e della famiglia sul trattamento ricevuto, impatto che la malattia determina sulla famiglia (carico familiare).

Utilizzo di scale di valutazione standardizzate (VADO, FPS, CPS, FACE, ecc)

Utilizzo di test di apprendimento.

Conferma del progetto in corso o formulazione di un nuovo progetto.

Lo specifico dell'infermiere:

Per formazione, per mandato istituzionale, per profilo professionale , l'infermiere si candida a pieno titolo come attore protagonista del processo riabilitativo in ambito comunitario.

Sempre più spesso è chiamato a "gestire il caso" secondo il modello del Case Management.

L'infermiere è colui che, inserito in un contesto di lavoro costituito da un equipe multidisciplinare, definisce, coordina, e attua il processo riabilitativo in stretta collaborazione con le altre figure professionali coinvolte al fine di massimizzare l'interazione fra esse.

La costante formazione rende il professionista infermiere più capace di articolare pianificare e gestire situazioni complesse in collaborazione con le altre figure professionali.

Lo specifico dell'infermiere:

Alcune caratteristiche specifiche quali:

Flessibilità, coerenza, credibilità, preparazione, capacità relazionale, assertività, assenza di pregiudizi, non giudicare, disponibilità, capacità d'ascolto, empatia, stabilire le giuste priorità in base al contesto e alla situazione ecc.

Possono e devono essere il bagaglio formativo che accompagna e facilita il lavoro dell'infermiere nell'ambito dell'assistenza psichiatrica.

Conclusioni:

La riabilitazione non si rivolge solo alla patologia, ma soprattutto alle risorse residue, incrementandole, sviluppandone di nuove, tenendo sempre conto di quali capacità siano necessarie per un determinato paziente in quel determinato contesto, in modo che il setting riabilitativo sia isomorfo rispetto a quello della società, affinché l'esperienza compiuta dall'utente sia sintonica a quella che troverà all'esterno, cioè quando uscirà dalla rete assistenziale.

Conclusioni:

Il lavoro psicosociale nei servizi di salute mentale ha bisogno molto più di coinvolgimento che di tecnologia; è sempre interpersonale e quindi richiede che i valori di riferimento siano condivisi.

Ecco alcuni valori che vengono considerati fondanti:

Non fare danno (dal giuramento di Ippocrate)

Non fare agli altri quello che non vorresti fosse fatto a tè

Essere flessibili e disponibili

Lasciare sempre la possibilità di scelta

Rispettare il diritto di rifiutare

Il consenso informato

L'adesione volontaria

Questi sono valori essenziali per l'instaurarsi di buone relazioni terapeutiche e riabilitative.

Conclusioni:

“ Se una persona si trova in difficoltà, il miglior modo per venirle in aiuto non è quello di dirle cosa fare, quanto piuttosto quello di aiutarla a comprendere la sua situazione e gestire il problema assumendo da sola e pienamente le responsabilità delle scelte eventuali”

Carl Rogers, *La terapia centrata sul cliente*, Martinelli

1970

A blue-tinted photograph of a vast ocean under a cloudy sky. The text "Grazie per l'attenzione." is overlaid on the left side of the image.

Grazie per l'attenzione.