

FRANCO VELTRO, IRENE PONTARELLI, ILENIA NICCHINIELLO,
GIANMARCO LATTE, CRISTINA PONTARELLI, LILIA ZAPPONE

Functioning Management and Recovery (FM&R)

*per Strutture Residenziali Psichiatriche,
per Centri di Salute Mentale e Centri Diurni*

Collana di Psiche e dintorni
diretta da Loredana Petrone e Francesca Mamo



Alpes Italia srl - Via G. Gatteschi 23 - 00162 Roma
tel. 06-39738315 – e-mail: info@alpesitalia.it – www.alpesitalia.it

Franco Veltro: psichiatra. Già Direttore del DSM della Regione Molise. Presidente Associazione Italiana per la Diffusione di Interventi Psicoeducativi in Salute Mentale (AIDIPSaM-APS). Si è occupato della divulgazione, della formazione e della valutazione dell'approccio del Prof. Ian Falloon in Italia. Ha adattato gli interventi psicoeducativi per lo SPDC, per l'approccio multifamiliare, per la Promozione del Benessere Psicologico nelle scuole, per l'Intervento Telefonico per la gestione dell'Ansia. Ha elaborato l'Intervento di Gruppo per il raggiungimento di Obiettivi (InteGRO). Autore di numerose pubblicazioni scientifiche

Irene Pontarelli: Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica presso il CSM di Campobasso. Specializzata in Scienze delle Professioni Sanitarie della Riabilitazione. Esperta di interventi psicoeducativi in diversi contesti assistenziali. Co-Autrice di "InteGRO", dei Manuali per l'Intervento Multifamiliare e per l'Intervento Telefonico per la gestione dell'Ansia. Docente a contratto presso l'Università degli studi di L'Aquila e l'Università degli studi di Ferrara. Autrice di pubblicazioni scientifiche.

Ilenia Nicchiniello: Psicologa-Psicoterapeuta. Professionista presso il CSM di Campobasso e consulente presso 2 Strutture Residenziali. Da decenni conduce interventi di tipo psicoeducativo in diversi contesti assistenziali. Co-Autrice di "InteGRO", dei Manuali per l'Intervento Multifamiliare e per l'Intervento Telefonico per la gestione dell'Ansia. Autrice di pubblicazioni scientifiche.

Gianmarco Latte: Psichiatra. Responsabile di CSM presso il Dipartimento di Salute Mentale ASL Napoli 1 Centro. Co-Autore del Manuale per l'Intervento Telefonico per la gestione dell'Ansia. Docente a contratto presso la Scuola di Specializzazione in Psichiatria dell'Università di Napoli Federico II. Autore di pubblicazioni scientifiche.

Cristina Pontarelli: Psicologa-Psicoterapeuta ad indirizzo cognitivo neuropsicologico integrato. Professionista presso il CSM di Campobasso. Co-Autrice del Manuale per l'Intervento Telefonico per la gestione dell'Ansia. Docente a contratto presso l'UNIMOL Università degli studi del Molise. Autrice di pubblicazioni scientifiche.

Lilia Zappone: Psicologa-Psicoterapeuta. Professionista presso il CSM di Campobasso e presso una Struttura Residenziale Psichiatrica. Presidente della Cooperativa Sociale "Nuove Prospettive". Esperta di interventi di gruppo per la gestione dell'Ansia e della Depressione Medio-Lieve. Co-Autrice del Manuale per l'Intervento Telefonico per la gestione dell'Ansia. Autrice di pubblicazioni scientifiche.

Hanno collaborato alle ricerche per la validazione dell'approccio i seguenti professionisti:

Michele Biondi, Fabiana Priano, Battista Lorenzo (*Cooperativa Nuove Prospettive Busso - CB*); Domenico Mucci, Salvatore Iuso, Sandra Palumbo, Iryna Skladanova, Giuseppe Di Ielsi, Stefania Rinaldi, Alessia Pozzuto, Antonio Barrea, Alessia Capece, Altea Alviani, Gabriella Matrondola, Nicoletta Giantomasi, Sara D'Antonio, Concetta Coduti (*Consorzio Utilità Sociale Molise-Puglia*); Mirella Alberti, Filomena Cilfone, Iulia D'Aquila, Alessandro Prezioso (*Centro Diurno "Nardacchione" di Campobasso*); Paolo Leggero, Matteo Tedde, Stefano Perello, Valentina Fonte Assunta Bruno, Andrea Antonucci, Elena Bolognini, Monica Salbeggo, Marco Spadafora, Claudia Sasso, Andrea Bosonin, Maurizio Previtali, Maria Gloria Cali (*Interactive Cooperativa Torino*); Mara Barcella, Laura Silveri, Gabriele Cardone, Roberta Pellegrino, Chiara Airaldi, Manolito Werner Wachtel, Stefania Andreis, Bethel Lingua, (*Dipartimento di Salute Mentale di Cuneo*); Gaetano Pinto, Pietro Giordano, Clementina Fontanella, Claudia Salernitano, Giulio Corrivetti (*Dipartimento di Salute Mentale di Salerno*).

In copertina: Disegno "Leggerezza" di Alessandro Veltro.

TUTTI I DIRITTI RISERVATI

Tutti i diritti letterari e artistici sono riservati.

È vietata qualsiasi riproduzione, anche parziale, di quest'opera.

Qualsiasi copia o riproduzione effettuata con qualsiasi procedimento (fotocopia, fotografia, microfilm, nastro magnetico, disco o altro) costituisce una contraffazione passibile delle pene previste dalla Legge 22 aprile 1941 n. 633

e successive modifiche sulla tutela dei diritti d'autore.

Indice generale

PREFAZIONE (<i>Armida Mucci</i>)	IX
INTRODUZIONE	XI
ISTRUZIONI	XXV

I. FUNCTIONING MANAGEMENT AND RECOVERY PER STRUTTURE RESIDENZIALI

PSICHIATRICHE	1
<i>Indice dello svolgimento degli incontri</i>	2
<i>Incontro 1 - Presentazione degli Incontri</i>	3
<i>Incontro 2 - Definire Obiettivi Piacevoli</i>	7
<i>Incontro 3 - Modello Stress Vulnerabilità in un'ottica salutogenica</i>	11
<i>Incontro 4 - Comprensione del disagio psichico stress-correlato: paura, ansia e somatizzazione</i>	17
<i>Incontro 5 - Segni di stress (segni precoci di crisi)</i>	24
<i>Incontro 6 - Alfabetizzazione Emotiva: Tristezza</i>	27
<i>Incontro 7 - Migliorare gli stili di vita e definire obiettivi di vita</i>	30
<i>Incontro 8 - Pianificazione modificazione comportamenti:</i>	
<i>SMC, Stili di vita e definizione obiettivi di vita</i>	34
<i>Incontro 9 - Problem solving pratico: presentazione e dimostrazione</i>	37
<i>Incontro 10 - Problem Solving Pratico applicato come esercitazione allo SMC</i>	40
<i>Incontro 11 - Saltare frettolosamente alle conclusioni</i>	41
<i>Incontro 12 - Promuovere il dialogo interno con lo schema ABC (D) o APEC</i>	44
<i>Incontro 13 - Valutazione dei progressi</i>	47
<i>Incontro 14 - Promuovere il dialogo interno con lo schema ABC (D) o APEC</i>	48
<i>Incontro 15 - Empatizzare</i>	49
<i>Incontro 16 - Comunicazione efficace:</i>	
<i>sentimenti piacevoli e richieste in maniera positiva</i>	53
<i>Incontro 17 - Alfabetizzazione della rabbia</i>	56
<i>Incontro 18 - Rilassamento muscolare</i>	60
<i>Incontro 19 - Tecniche di gestione della rabbia:</i>	
<i>comunicare bene con gli altri e con sé stessi</i>	64
<i>Incontro 20 - Problem solving applicato a un problema personale</i>	68
<i>Incontro 21 - Migliorare nella capacità di accettare un problema -</i>	
<i>Respirazione consapevole</i>	70

<i>Incontro 22 - Valutazione dei progressi</i>	73
<i>Incontro 23 - Coinvolgere i familiari o la rete amicale</i>	74

2. FUNCTIONING MANAGEMENT AND RECOVERY

PER CENTRI DI SALUTE MENTALE E CENTRI DIURNI (SORGE – GR)	75
<i>Indice dello svolgimento degli incontri</i>	76
<i>Incontro 1 - Presentazione degli Incontri</i>	77
<i>Incontro 2 - Modello Stress-Vulnerabilità</i>	81
<i>Incontro 3 - Individuare eventi stressanti personali</i>	86
<i>Incontro 4 - Lavoro per definire la Propria Rete sociale e per individuare 2-3 persone per ogni utente (figure chiavi) da contattare per il prossimo incontro</i>	91
<i>Incontro 5 - Incontro congiunto con gli utenti e i caregivers per spiegare cosa faremo</i>	94
<i>Incontro 6 e 7 - Definire Obiettivi Piacevoli</i>	95
<i>Incontro 8 e 9 - Migliorare nella soluzione di un problema</i>	99
<i>Incontro 10 - Incontro congiunto con gli utenti e i caregivers per spiegare cosa si è fatto e cosa faremo</i>	101
<i>Incontro 11 - Riconoscere le emozioni: “paura”</i>	102
<i>Incontro 12 - Riconoscere le emozioni: “tristezza”</i>	108
<i>Incontro 13 - Riconoscere le emozioni: “vergogna”</i>	114
<i>Incontro 14 e 15 - Obiettivi di cambiamento</i>	120
<i>Incontro 16 - Incontro congiunto con gli utenti e i caregivers per spiegare cosa si è fatto e cosa faremo</i>	124
<i>Incontro 17 - Riconoscere le emozioni: “gioia”</i>	125
<i>Incontro 18 - Riconoscere le emozioni: “rabbia”</i>	130
<i>Incontro 19-21 - Avvenimento, Pensieri, Emozioni, Comportamenti</i>	135
<i>Incontro 22 - Incontro congiunto con gli utenti e i caregivers per spiegare cosa si è fatto e cosa faremo</i>	138
<i>Incontro 23 - Non saltare frettolosamente alla conclusioni, parte prima. Vedi FM&R per SRP</i>	139
<i>Incontro 24 e 25 - La Mente dell'Altro</i>	140
<i>Incontro 26 - Modificare gli Stili di Vita</i>	145
<i>Incontro 27 - Respirazione Consapevole</i>	146
<i>Incontro 28 - Incontro congiunto con gli utenti e i caregivers per spiegare cosa si è fatto e cosa faremo</i>	147
<i>Incontro 29-32 - Incontri di Rinforzo sulle Difficoltà come riferite dagli Utenti, o su Strategie specifiche necessarie concordate da Utenti e Operatori.</i>	

<i>Si affrontano con il Problem Solving o con strategie specifiche di fronteggiamento (coping) oppure con il Social Skill Training</i>	148
ALLEGATI	149
1. <i>Attivazione corporea</i>	149
1. ^{bis} <i>Attivazione corporea</i>	151
2. <i>Individuazione delle Aree di Cambiamento con particolare riferimento agli Obiettivi Piacevoli</i>	153
3. <i>Scheda per favorire le Modifiche Comportamentali</i>	154
4. <i>Scheda di Modifiche Comportamentali (SMC)</i>	155
5. <i>Abilità di comunicazione: Esprimere i Sentimenti Piacevoli</i>	156
6. <i>Abilità di comunicazione: Fare richieste in maniera positiva</i>	157
7. <i>Abilità di comunicazione: Esprimere i Sentimenti Spiacevoli</i>	158
8. <i>Ascolto Attivo</i>	159
9. <i>Schema di esercitazione del Problem-Solving</i>	160
10. <i>Schema ABCD/APEC-D Ascolto Attivo</i>	161
11. <i>“Non Saltare Frettolosamente alle Conclusioni”</i>	162
12. <i>Empatizzare</i>	168
13. <i>Alfabetizzazione emotiva: Gioia</i>	170
14. <i>Alfabetizzazione emotiva: Tristezza</i>	171
15. <i>Alfabetizzazione emotiva: Paura</i>	173
16. <i>Alfabetizzazione emotiva: Vergogna</i>	173
17. <i>Alfabetizzazione emotiva: Rabbia</i>	174
18. <i>Valutazione utilità e piacevolezza dell'incontro</i>	175
<i>Bibliografia</i>	177

Ringraziamenti

Gli Autori ringraziano la Cooperativa “Nuove Prospettive” di Busso che ha sostenuto la pubblicazione del presente manuale; la Cooperativa “Nardacchione” che ha sostenuto la ricerca di FM&R per i centri Diurni; il Consorzio di Utilità Sociale (CUS) Molise-Puglia per aver sostenuto la formazione per i professionisti della ricerca FM&R per i Centri Diurni; la Interactive Cooperativa – Torino per aver sostenuto la formazione per i professionisti della ricerca FM&R per le Strutture Residenziali Psichiatriche; il Dipartimento di Salute Mentale di Cuneo per l’organizzazione delle ricerche FM&R per le Strutture Residenziali e per i Centri Diurni.

*Siate attenti Adesso, guardatevi
dai pensieri che persistono
e serpeggiano nella vostra testa.
Nella mancanza di speranza intorno a Voi
nel cuore della notte,
guardatevi dalla tristezza.
Può colpirvi,
ferirvi,
farvi soffrire e quel che più conta,
non è il destino per cui siete qui.
Siate attenti Adesso,
guardatevi dai ciarlatani che
danzano lungo i marciapiedi.
Come ogni sofferente inconsapevole
che vaga senza uno scopo,
guardatevi dalla (dea) Illusione.
(Beware of Darkness, G. Harrison)*

La Relazione

“Altro” e non “paziente”, ricordando una delle sue frasi che ricorre spesso: siamo tutti sempre soprattutto umani.
(Prefazione di Pier Francesco Galli al Vol. “Teoria Interpersonale della Schizofrenia”, H.S. Sullivan)

La Psicoeducazione

Educere: trarre fuori. E-ducere: trarre, condurre.

La Salutogenesi

*L'orientamento salutogenico non è proprio l'altra faccia della medaglia [della patogenesi] e soddisfa le tre tesi proposte:
guardare i dati in modo diverso, porre domande in modo diverso, suggerire ipotesi alternative.*
(Unraveling the Mystery of Health, A. Antonovsky)

Il Gruppo

Giova Restare Uniti Per Perseguire Obiettivi
(F. Veltrò)

Gli Obiettivi

*Quali sono gli effetti della definizione di obiettivi per le persone?
Dalle rassegne di studi specifici emerge che nel 90% dei casi
Obiettivi Specifici e Stimolanti portano a migliori performance rispetto a obiettivi generici o all'assenza di obiettivi.*
(Cognitive Foundations of Clinical Psychology, C. R. Brewin)

La comunicazione

*Oggi vediamo bene che bisogno e capacità di comunicare si radicano negli strati più profondi della costituzione degli esseri viventi.
Da alcuni anni qualcuno azzarda ormai l'ipotesi che non c'è vita biologica, anche nelle forme più elementari, senza comunicazione.*
(Contare e Raccontare. Dialogo sulle due culture, C. Bernardini e T. De Mauro)

C'è da aggiungere, infine, che la comunicazione influenza il comportamento ed è questo l'aspetto che noi definiamo pragmatica
(Pragmatica della Comunicazione Umana, P. Watzlawick, J.H. Beavin, D.D. Jackson)

Le emozioni

*Le Emozioni non sono mere reazioni al mondo.
Non siete dei ricevitori passivi di input sensoriali, bensì degli attivi costruttori delle vostre emozioni.
A partire dagli input sensoriali e dalle esperienze passate, il vostro cervello costruisce dei significati e determina l'Azione”*
(Come sono fatte le Emozioni, Lisa Feldman Barrett)

Il Problem-Solving

*Il futuro è decisamente aperto. Esso dipende da noi.
Dobbiamo diventare i creatori del nostro destino.
E imparare a fare le cose nel miglior modo che ci è possibile e ad andare alla ricerca dei nostri errori.
Ma questo significa che dobbiamo cambiare noi stessi.*
(Tutta la vita è risolvere problemi, Karl Popper)

La Consapevolezza

Essere consapevoli della pienezza della nostra esperienza ci rende consapevoli del mondo interno della nostra mente e ci immerge completamente nella nostra vita
(Mindfulness e Cervello, D.J. Siegel)

La Mente dell'Altro

*Maria pensa che Giovanni pensa / che c'è qualcosa che Maria non vede.
Giovanni pensa che Maria lo vede / ma Giovanni non vede che Maria pensa che Giovanni pensa che Maria non vede.*
(Nodi, R.D. Laing)

PREFAZIONE

di Armida Mucci¹

I soggetti con disturbi mentali gravi, quali schizofrenia, disturbo bipolare o depressione maggiore ricorrente, spesso sperimentano difficoltà nel funzionamento personale, sociale e lavorativo e infrequentemente si sentono attivamente coinvolti nelle decisioni che riguardano la propria cura o molti aspetti della propria vita.

Molti dei servizi di salute mentale si dichiarano *recovery-oriented* ma non sono presenti pratiche consolidate con un'attenzione specifica all'*empowerment*, all'identità, al significato e alla resilienza (Maj et al, 2021; Fowler, 2024), ossia agli ingredienti attivi della *personal recovery*. L'*empowerment* ha una correlazione significativa con il benessere mentale e fisico complessivo dei pazienti (Sakellary, 2008; De Smet et al, 2020) ed è centrale nel promuovere i processi di *recovery* personale che non sempre coincidono con la *recovery* clinica (Slade et al 2014).

Molti operatori che lavorano nel campo della salute mentale non sono formati per aiutare le persone con disturbi mentali gravi a perseguire un percorso di *recovery* e di autonomia, attraverso l'*empowerment*. Interventi evidence-based che migliorano il funzionamento sono sicuramente disponibili (Semisa et al, 2022) ma non sempre implementati nella pratica dei centri di riabilitazione residenziali o nei centri di salute mentale. Inoltre, quando sono implementati e offerti all'utenza, spesso non sono integrati nel processo di *recovery*, ossia non sono inseriti nel contesto della costruzione di obiettivi significativi per l'individuo. L'applicazione di interventi anche molto efficaci, quali quello psicoeducativo e di rimedio cognitivo, va finalizzata al raggiungimento di obiettivi significativi per il soggetto, alla valorizzazione delle risorse personali e all'utilizzo ottimale di quelle ambientali sia formali (es., servizi di Salute Mentale) che informali (es., rete amicale).

La necessità di introdurre in tutte le strutture che si occupano di soggetti con disturbi mentali gravi interventi strutturati per favorire i percorsi di *recovery* e l'*empowerment* è alla base del presente volume che include due manuali per l'implementazione dell'intervento *Functioning Management and Recovery* (FM&R), rispettivamente nei Centri Residenziali (prima parte) e nei Centri Diurni e di Salute Mentale (seconda parte).

L'approccio salutogenico adottato nell'intervento FM&R e illustrato nel presente volume è incentrato sull'*empowerment*, essendo finalizzato ad aiutare la persona a dare uno scopo e degli obiettivi alla propria esistenza, promuovendo una visione generativa delle difficoltà che la malattia mentale comporta per trasformare le stesse in opportunità di conoscenza di sé e di cambiamento.

¹ Professoressa Ordinaria di Psichiatria, Università della Campania Luigi Vanvitelli.

L'intervento FM&R è stato sviluppato a partire dall'Intervento Psicoeducativo di Gruppo per il Raggiungimento degli Obiettivi (InteGRO, Veltro et al, 2016) con l'integrazione di interventi mirati a promuovere specificamente l'*empowerment*. In particolare, per il secondo manuale, all'intervento FM&R è stato integrato il modulo delle Strategie Ottimali per il Rafforzamento in Gruppo dell'Empowerment con il Gruppo Risorse, traendo ispirazione da un intervento recentemente introdotto (Tjaden et al, 2021) che ha dimostrato un impatto molto positivo sull'*empowerment*.

La lettura dei manuali chiarisce che l'intervento FM&R addestra gli operatori a promuovere un atteggiamento attivo di partnership degli utenti, nell'ottica salutogenica, per la definizione di obiettivi personali significativi e per aiutare a perseguire tali obiettivi di vita promuovendo la centralità del soggetto nella propria cura.

L'intervento per i centri residenziali è stato applicato in uno studio multicentrico italiano in 9 strutture distribuite nelle tre macroregioni (Nord, Centro e Sud). I risultati pubblicati di recente (Veltro et al., 2024) sono molto incoraggianti mostrando un miglioramento del funzionamento e dei domini chiave della *personal recovery*. L'intervento per i centri diurni e di salute mentale è in corso di validazione in un altro studio multicentrico.

Speriamo che la pubblicazione del presente volume, insieme alla pubblicazione dei risultati dell'applicazione dell'intervento FM&R nei due contesti principali (residenziale e di comunità), possa rappresentare un'opportunità per la più ampia diffusione della cultura e della pratica della *recovery* e dell'*empowerment* nel nostro Paese, nelle diverse articolazioni dei Dipartimenti di Salute Mentale.

Riferimenti bibliografici

- Maj M., van Os J., De Hert M., Gaebel W., Galderisi S., Green M.F., Guloksuz S., Harvey P.D., Jones P.B., Malaspina D., McGorry P., Miettunen J., Murray R.M., Nuechterlein K.H., Peralta V., Thornicroft G., van Winkel R., Ventura J. (2021). The clinical characterization of the patient with primary psychosis aimed at personalization of management. *World Psychiatry*. 20(1):4-33. doi: 10.1002/wps.20809. PMID: 33432763; PMCID: PMC7801854.
- Fowler D. (2024). The promise of social recovery therapy in non-affective psychoses. *World Psychiatry*. 23(2):289-290. doi: 10.1002/wps.21208. PMID: 38727066; PMCID: PMC11083908.
- Sakellari E. (2008). Empowering mentally ill people: a new health promotion challenge? *Int J Caring Sci*. 1(1):21-25.
- De Smet M.M., Meganck R., De Geest R., Norman U.A., Truijens F., Desmet M. (2020). What "good outcome" means to patients: Understanding recovery and improvement in psychotherapy for major depression from a mixed-methods perspective. *J Couns Psychol*. 67(1):25-39. doi: 10.1037/cou0000362. Epub 2019 Jun 17. PMID: 31204837.
- Slade M., Amering M., Farkas M., Hamilton B., O'Hagan M., Panther G., Perkins R., Shepherd G., Tse S., Whitley R. (2014). Uses and abuses of recovery: implementing recovery-oriented practices in mental health systems. *World Psychiatry*. 13(1):12-20. doi: 10.1002/wps.20084. PMID: 24497237; PMCID: PMC3918008.
- Veltro F., Vendittelli N., Pontarelli I., Pica A., Nicchiniello I. (2006). *Intervento psicoeducativo di Gruppo per il Raggiungimento di Obiettivi (INTE.G.R.O.)*, Roma: Alpes Italia.
- Semisa D., Bellomo A., Nigro P., Merlin S., Mucci A. (2022). *Raccomandazioni di buone pratiche in riabilitazione psicosociale per adulti*. Roma: Fioriti Editore.
- Veltro F., Latte G., Pontarelli C., Barcellona M., Silveri L., Cardone G., Nicchiniello I., Pontarelli I., Zappone L., Luso S., Leggero P. (2024). FMR-Working Group. Functioning Management and Recovery, a psychoeducational intervention for psychiatric residential facilities: a multicenter follow-up study. *BMC Psychiatry*. 5;24(1):601. doi: 10.1186/s12888-024-06033-2. PMID: 39237923; PMCID: PMC11375939.

Introduzione

Questo volume contiene due manuali operativi caratterizzati entrambi da un intervento che abbiamo definito Functioning Management and Recovery (FM&R), con il Focus di migliorare la capacità delle persone affette da Disturbo Mentale Grave di gestire il proprio funzionamento sociale e personale nell'ottica del Recovery Personale e dell'Empowerment.

Questo intervento non prevede alcun lavoro sul Disturbo Mentale come invece avviene con l'Illness Management and Recovery; nessun accenno a disturbi, sintomi e trattamenti. Il primo manuale dell'intervento FM&R è stato strutturato in modo specifico per le Strutture Residenziali Psichiatriche (SRP); il secondo per Centri Diurni (CD) e Centri di Salute Mentale (CSM) con lo scopo soprattutto di migliorare l'empowerment basandosi sulla costituzione di un Gruppo Risorse (GR) costituito da figure chiave della persona con Disturbo Psichiatrico. L'ispirazione per l'affiancamento del GR è derivata dall'intervento FACT-RG (Tjaden et al, 2021) dei colleghi olandesi che si è dimostrato efficace nel migliorare l'empowerment di persone con Disturbo Mentale Grave in alcuni studi controllati randomizzati. Sia l'intervento per le SRP, sia quello per i CD e CSM derivano da InteGRO (Veltro et al., 2016).

Evidenziamo da subito che l'elemento di forza del FM&R per SRP è il lavoro sulla Modifica degli Stili Comportamentali attraverso una Scheda Operativa che deve rappresentare l'elemento centrale nello svolgimento dell'intervento. Essa deve essere condivisa con gli operatori che lavorano nella Struttura. L'elemento di forza invece dell'altro manuale (CD e CSM) è il GR che diventa il gruppo che attraverso la condivisione e la conoscenza del lavoro facilita il funzionamento e il raggiungimento degli obiettivi personali dei partecipanti.

Per entrambi i manuali, il lavoro deve essere svolto come previsto dalle Unità e dalla loro successione temporale che non può essere modificata. Allo stesso modo non è possibile variare i contenuti delle Unità di Lavoro, porre delle domande in modo diverso da come sono state concepite, saltare delle parti. Gli interventi che qui proponiamo si sono dimostrati efficaci in due studi che sono stati condotti a livello nazionale. Per il primo manuale è stato effettuato un follow-up multicentrico con 9 strutture residenziali. I risultati che hanno visto miglioramenti statisticamente significativi di outcome primario e secondario sono stati pubblicati di recente (Veltro et al., 2024).

Per quanto riguarda il secondo manuale è stato effettuato uno studio controllato randomizzato multicentrico nazionale presso 5 centri diurni che ha dato soddisfacenti risultati di outcome primario e secondario che saranno oggetto di pubblicazione nel giro di pochi mesi.

Nel presente volume dopo questo capitolo introduttivo, ne seguirà uno di istruzioni per i conduttori dei gruppi, poi ve ne saranno due per lo svolgimento degli incontri dei due manuali operativi e quindi gli allegati.

InteGRO e FM&R

Functioning Management and Recovery (FM&R) è un approccio rielaborato dall'Intervento di Gruppo per il Raggiungimento degli Obiettivi (InteGRO), concepito quest'ultimo meramente per la Promozione della Salute Mentale nella comunità. Lo scopo di InteGRO è di facilitare il Recovery di persone con disturbo mentale grave, che hanno un buon livello di funzionamento psicosociale e cognitivo in un'ottica anche di affrancamento dal circuito della psichiatria al limite con un piccolo sostegno e supervisione da parte dello staff. InteGRO non prevede tecniche specifiche di gestione di aree di funzionamento problematiche o di deficit cognitivi o di problematiche psicologiche.

Questo intervento può essere effettuato sulla base dunque di precisi criteri, di cui quello più importante è l'omogeneità del gruppo per quanto riguarda gli aspetti clinici e soprattutto di funzionamento sociale che non può essere inferiore al punteggio di 40 nella scala di valutazione PSPS del manuale VADO (Morosini et al., 1998). Un altro criterio è una discreta consapevolezza del disturbo da parte del partecipante, l'essere paucisintomatici e collaborativi. L'intervento è stato concepito infatti per aiutare le persone a perseguire obiettivi di vita pratici e relazionali, a migliorare la comprensione delle proprie ed altrui emozioni, e a vivere in modo più soddisfacente. Si tratta di un percorso abilitativo. Quindi InteGRO ha delle indicazioni molto precise.

Si aggiunge che anche l'organizzazione delle unità di lavoro per ogni incontro e la loro successione nel tempo non sono state concepite in modo lineare e intensivo (come spesso prevede il lavoro riabilitativo). Si segue invece un approccio "reticolare" dove il reticolo è rappresentato da tutti gli elementi utili per migliorare un Obiettivo di funzionamento personale o sociale. Per esempio, per quanto riguarda l'alfabetizzazione emozionale essa non prevede il lavoro su tutte le emozioni fondamentali. Si insegnano dapprima alcune emozioni, per esempio la vergogna cui segue il training del problem-solving pratico e poi interpersonale; l'alfabetizzazione della rabbia avverrà quindi dopo diversi incontri da quella della vergogna in relazione alla comprensione delle emozioni nella propria mente e nella mente altrui. Si tratta di una tecnica definita di Criss-Crossing per la prima volta esplicitata, per nostra conoscenza in salute mentale, e che si basa su un apprendimento di "memoria dilazionata".

Questa tecnica non viene invece utilizzata in questo modo per gli approcci di Functioning Management and Recovery. Esistono diversi studi che ne hanno mostrato l'efficacia pratica per quanto riguarda gli outcome (Veltro et al, 2022a; 2019; 2018) consolidati anche nel medio periodo di 3 anni (Veltro et al., 2022b).

Il Functioning Management and Recovery (FM&R) condivide con InteGRO gli elementi psicoeducativi, di salutogenesi e quindi il lavoro per Obiettivi, ma con una diversa articolazione dei moduli. Esso però contiene anche tecniche di gestione di problematiche cliniche ed emozionali come ad esempio lo schema ABC-D.

Non tutte le unità di lavoro di Integro sono contenute nello FM&R; ve ne sono dunque alcune nuove. La Scheda di Modifiche Comportamentali e degli Stili di Vita è una delle novità e come già detto è l'elemento centrale su cui sviluppare il lavoro riabilitativo. Essa è utile per aiutare a definire le aree di funzionamento personale e sociale e per monitorarle nel tempo. Non ci stanchiamo di ripetere che la finalità è il funzionamento e l'empowerment. Ipotizziamo però, soprattutto per i professionisti che si occupano di riabilitazione, in Italia e probabilmente anche all'estero, che forse è più chiaro il concetto di empowerment piuttosto che quello di funzionamento.

A nostro avviso, il funzionamento non è inteso come dovrebbe esserlo, cioè come termine a ombrello che comprende tutte le funzioni corporee (e mentali), la partecipazione e le attività, ma assume ancora la cornice teorica delle conseguenze della malattia, e quindi si riferisce in modo neanche tanto implicito al concetto di disabilità/deficit secondo il vecchio schema dell'ICIDH dell'Organizzazione Mondiale della Salute (OMS), e fa riferimento a quello di attività e partecipazione solo come "intervento del sociale" sulla persona e non viceversa, cioè sull'empowerment della persona per i propri obiettivi di vita. Da un punto di vista operativo, per essere ancor più chiari, non comprende il lavoro sul funzionamento corpo/mente, sulle risorse della persona, sulle sue capacità di perseguire nel mondo reale (attraverso le attività e la partecipazione) i propri obiettivi. A nostro avviso questa confusione potrebbe derivare proprio dalla presentazione dello ICF in Italia (OMS, 2004).

Infatti viene sottolineato più volte che la classificazione internazionale di disturbi (ICD) deve "andare a braccetto" con l'ICF, che:

- a) è una classificazione delle «componenti della salute», cioè degli elementi costitutivi della salute, a differenza delle «conseguenze disabilitanti» che si focalizzano sull'impatto delle malattie o di altre condizioni di salute (ad es., i deficit);
- b) ha una «posizione neutrale rispetto all'eziologia», permettendo ai ricercatori e ai professionisti dell'assistenza di *utilizzare i metodi e le strategie appropriate*;
- c) è un'interazione dinamica tra le condizioni (malattie, disturbi, lesioni, traumi, ecc.) e le componenti (i domini) della salute e i fattori contestuali che includono sia i fattori personali, sia quelli ambientali.

Nonostante queste premesse si ripropone in modo semplicistico un'integrazione tra "Modello Medico" (relativamente alla Disabilità come conseguenza delle Malattie e Compromissioni) e "Modello Sociale" per le componenti della Salute, in particolar modo per l'interazione con i fattori ambientali.

Questa integrazione viene definita **MODELLO BIOPSIICOSOCIALE**. In tal modo il funzionamento corrisponde o alla interazione disabilità/ambiente come equivalente dei due modelli medico/sociale o prettamente come sociale (attività e partecipazio-

ne). Viene meno nell'approccio dell'OMS proprio l'attenzione al funzionamento personale, come integrazione delle funzioni corporee e della mente nelle dimensioni comportamentali, cognitive ed emozionali in ragione delle attività e della partecipazione! Viene trascurato l'aspetto della persona come esperto di sé e come partner attivo nei percorsi di cura orientati alla recovery.

Per quel che ci riguarda la nostra proposta di InteGRO e del FM&R è una radicale revisione dell'operare nel campo della salute mentale dando priorità ad un lavoro finalizzato all'abilitazione comportamentale, cognitiva ed emozionale facendo leva sui principi psicoeducativi e salutogenici. La ragione più importante della nostra proposta dell'approccio di salutogenesi è il far proprio quei componenti (quei domini) della salute cui fa riferimento l'OMS al fine di utilizzare *metodi e strategie appropriate* che invece nella proposta del modello biopsicosociale, come abbiamo visto precedentemente, non sono prese in considerazione. È il tentativo quindi di usare strategie di intervento più pertinenti. Come viene illustrato nel paragrafo sulla salutogenesi di seguito. Allo stesso tempo non si può escludere dal lavoro sul funzionamento della persona con disturbo mentale la dimensione emotiva come integrazione delle sfere che appartengono all'essere umano: comportamento-cognizione-emozione-ambiente.

Non può essere altresì escluso un percorso di alfabetizzazione emozionale come concepito già in InteGRO e qui riproposto con lievi adattamenti. Anche questo lavoro viene proposto in modo armonico con la nostra visione di abilitazione piuttosto che in riferimento ai deficit. Si fa riferimento ad una visione più moderna delle emozioni, concettualizzate non come semplici reazioni agli input esterni, ossia risposte automatizzate agli eventi esterni, ma, in accordo con la teoria della costruzione delle emozioni (Lindquist 2012; Barrett, 2023), come attribuzione di significato alle percezioni. Il significato attribuito costituisce l'emozione e "costruisce tutto ciò che vivete, comprese le emozioni", perché esse non sono entità distinte dalle cognizioni e dalle percezioni.

Non è certo questa la sede per un approfondimento delle attuali problematiche neuroscientifiche evidenziando che pubblichiamo manuali strutturati e operativi invitando i professionisti ad approfondire autonomamente aspetti teorici anche grazie ai suggerimenti della nostra bibliografia. Ci sembra utile esplicitare meglio qui che il lavoro attraverso le due "lavagne", quella della mente propria e quella della mente altrui, a completamento della descrizione analitica delle singole emozioni considerate nei vari manuali, ha questi presupposti teorici e viene effettuato diversamente nei vari manuali proprio in funzione degli obiettivi di lavoro. In particolar modo il lavoro con la "seconda lavagna" che rappresenta la "mente dell'altro" si basa su una operatività che mette al centro dell'azione le "emozioni come ipotesi" probabilistiche, come sostenuto dalla concezione moderna delle emozioni (Barrett, 2023), che i singoli partecipanti sono chiamati a validare (o invalidare).

Il lavoro con lo FMR non esclude l'effettuazione contemporanea di altri interventi che operano in modo diretto sui deficit se questi sono valutati come utili e ne-

cessari per la persona, come ad esempio il rimedio cognitivo e altri interventi simili. Allo stesso modo la programmazione di attività che ci si augura siano finalizzate a migliorare gli Obiettivi Personali di Vita. Allo stesso modo i professionisti dovranno operare con il Training di Abilità Sociale usando il manuale che ritengono più idoneo (Nicolò & Bernabei, 2022; Granholm et al., 2021).

Per quanto riguarda il primo manuale, per le strutture residenziali, è possibile anche effettuare a conclusione dell'intervento l'alfabetizzazione emozionale con i moduli del manuale di InteGRO. Ritorneremo su questo aspetto nella parte iniziale del capitolo dedicato allo svolgimento degli incontri. Avere la possibilità di fare questo lavoro significa una grande opportunità per l'utenza con grandi benefici dei partecipanti.

Per il lavoro sull'empowerment previsto dal secondo manuale proponiamo di affiancare l'acronimo SORGE-GR a quello di FM&R; l'acronimo sta per Strategie Ottimali per il Rafforzamento in Gruppo dell'Empowerment con il Gruppo Risorse. Il FM&R-SORGE-GR prevede non solo elementi non presenti nella versione per SRP ma anche una diversa operatività, come, ad esempio, la prima parte del percorso di alfabetizzazione emozionale per la definizione e i criteri di riconoscimento teorico di una emozione che si svolge nello stesso incontro per la comprensione delle proprie emozioni, diversamente da InteGRO. Si dispone quindi adesso di tre manuali di lavoro a cura degli stessi autori, di tre interventi psicoeducativi basati su un approccio salutogenico, di cui poi vedremo anche la cornice teorica, strutturati in modo specifico per obiettivi e per tipologia di contesto. Ciò significa rispettare l'appropriatezza Prescrittiva, Professionale e Organizzativa.

Appropriatezza

Un intervento sanitario è appropriato se viene erogato secondo i criteri della corretta prescrizione (appropriatezza prescrittiva), al paziente giusto, nel momento giusto e per la giusta durata (appropriatezza professionale), nonché nel setting adeguato e dal professionista giusto (appropriatezza organizzativa).

L'appropriatezza prescrittiva si riferisce dunque alla corretta e giusta applicazione delle prescrizioni, considerando diversi fattori come la diagnosi del paziente, il suo stato di salute generale, eventuali complicanze, nonché le linee guida cliniche e le evidenze scientifiche disponibili. In parole semplici, l'appropriatezza assicura che la terapia prescritta è adeguata e sicura per il paziente specifico, garantendo che i benefici superino i rischi potenziali. Questa pratica è fondamentale per garantire un trattamento efficace e sicuro, personalizzato per le esigenze di ciascun paziente, ed assume una valenza ancora maggiore quando si tratta di pazienti che ricevono diverse tipologie di interventi, come è il caso della salute mentale: trattamenti farmacologici, psicologici, percorsi di sostegno e inserimento lavorativo, di attività sociali

e ricreative. Per quanto riguarda l'appropriatezza professionale che include quella prescrittiva nel campo della salute mentale è ancor più importante per gli aspetti di multidimensionalità e multimodalità dell'assessment (clinico, biologico, cognitivo, di funzionamento personale e sociale, delle risorse interne ed esterne della persona). Infine il "setting adeguato". Nel campo dell'assistenza psichiatrica è importante considerare il contesto, ma non sempre accade. Purtroppo ne abbiamo personale e diffusa esperienza. Proprio InteGRO ci ha spronato ancor di più nell'elaborare l'approccio FM&R. Infatti in molti contesti, al Sud come al Nord, gli operatori hanno iniziato ad utilizzare InteGRO nelle Strutture Residenziali o nei Centri Diurni per utenti con gravi compromissioni cognitive e di funzionamento senza preoccuparsi delle precise indicazioni contenute nel manuale. Alcuni hanno affermato che InteGRO si applicava diffusamente in tutto il Dipartimento! In realtà InteGRO è per alcuni aspetti un intervento di "nicchia", nel senso che dovrebbe essere effettuato per persone che "si candidano" a parteciparvi perché loro stessi hanno deciso di intraprendere un percorso di Recovery. Questo intervento infatti "facilita" la Recovery, come è stato scritto nel manuale e nelle pubblicazioni.

Approccio Salutogenico

Questi tre Interventi, InteGRO e i due del FM&R sono dunque definiti come interventi psicoeducativi basati sull'approccio salutogenico. La salutogenesi ha uno specifico background culturale e metodologico. Riteniamo sia utile in primo luogo enfatizzare il concetto di salutogenesi, concettualmente diverso, ma non radicalmente alternativo a quello che definiamo qui di patogenesi che si riferisce alla patologia e al trattamento di sintomi e compromissioni presenti.

L'approccio di patogenesi fa parte della storia della medicina dalle sue fondamenta. Il guaritore e poi il medico sono stati sempre e soltanto interessati alla noxa patogena, alla malattia, al non funzionamento di un organo o di una parte del corpo umano.

La storia della psichiatria è identica, anzi sotto certi aspetti anche più estrema della medicina, poiché non si accettava la condizione "psicologica" e con essa anche la persona. Quindi non crediamo di esagerare nel poter dire che la psichiatria sia stata "professionalmente" nel secolo scorso anche patogena fino al confinamento degli ammalati in istituzioni totali. Usiamo però il termine "patogenesi" solo per evidenziare l'interesse puro del curante per la malattia che non prende in considerazione le risorse personali, relazionali e ambientali della persona. Certamente l'approccio di patogenesi è importante e fondamentale per comprendere la natura dei problemi e quindi ipotizzare un trattamento.

Il processo diagnostico e valutativo del Disturbo e delle sue conseguenze è prioritario ma per essere completo deve necessariamente prendere in considerazione le caratteristiche della persona, le sue risorse personali e ambientali e anche i suoi valori.

Possiamo ipotizzare il migliore trattamento ma la persona potrebbe non assumerlo per tanti motivi che nulla hanno a che vedere con la psicopatologia o le compromissioni da essa derivanti.

Uno degli scopi della salutogenesi condiviso con gli interventi psicoeducativi è “insegnare” alle persone a prendersi cura di se stessi, a evidenziare quali sono gli elementi più importanti del prendersi cura di sé. Non è sufficiente declamare che un intervento deve essere “tailored” o personalizzato se lo si fa soltanto con un approccio di patogenesi per un trattamento farmacologico, psicologico o riabilitativo. Il campo del sapere Salutogenico riguarda il prendersi cura di sé stessi al fine di rinforzarsi per fronteggiare le avversità. Non riguarda come «Trattare la malattia», ma come insegnare alle Persone a «Trattare Se Stessi» a Prendersi Cura di Se Stessi.

Per perseguire un approccio salutogenico bisogna conoscere e rispettare teoria e principi di sua appartenenza. Iniziamo col dire che Salutogenesi è tutto ciò che permette alle persone, anche in **situazioni di forte avversità** (una malattia cronica, la disabilità, precarie condizioni socioeconomiche, ecc.), **di utilizzare risorse** (interne ed esterne), **per accrescere la propria resilienza e capacità pro-attiva**. Le parole chiave della salutogenesi sono:

- a) **Stress**, come ubiquitario, presente nella vita quotidiana che rappresenta dei challenges, delle sfide per la persona
- b) **Risorse Generali di Resistenza**: interne (fattori costituzionali, di personalità, atteggiamenti, life skills) ed esterne (beni, relazioni, servizi). Non è importante «avere» alcuni di questi fattori, ma l’«essere» in grado di utilizzarli.
- c) **Senso di Coerenza**: è «un globale, sebbene penetrante, sentimento che qualsiasi cosa accada nella vita può divenire comprensibile e può essere gestita. Ci sono anche uno scopo e un significato legati a ogni cosa». Dunque si caratterizza come: comprensibilità, gestibilità e significatività di ciò che ci accade.
- d) **Miglioramento (continuo) delle proprie condizioni** anche attraverso la capacità di risolvere i problemi crescenti

Per una migliore comprensione del Senso di Coerenza, elemento centrale della salutogenesi come proposta dall’ideatore, Antonovsky (1979) offriamo il seguente schema utile anche per comprendere la distinzione dei nostri 3 interventi:

- 1) **Comprensibilità**: rappresenta l’aspetto cognitivo, il processo che porta ad avere chiarezza della difficoltà che si deve affrontare. È il processo della comprensione degli eventi, degli stimoli, interni ed esterni.
- 2) **Gestibilità**, rappresenta l’aspetto *cognitivo*-comportamentale, perché riguarda la valutazione delle proprie risorse e delle proprie abilità e le modalità di impiego di queste risorse. Le risorse ricordiamolo sono interne ma anche esterne (*formali* che comprendono i servizi socio-sanitari, e *informali* che comprendono familiari, amici, ecc.).
- 3) **Significatività**, che rappresenta l’aspetto *emotivo*-motivazionale, il dare un significato all’evento (che significa anche imparare a dare un senso ad una sfida

per chi deve affrontarla). Significa trasformare le difficoltà, le crisi in opportunità di conoscenza di sé e di cambiamento. Significa dare uno scopo e degli obiettivi alla propria esistenza.

Chiarita la triade di Antonovsky (1979) elenchiamo i domini della salutogenesi:

- La Persona al centro, non il paziente!
- Centralità dello Stress.
- La Psicologia Positiva.
- L'Enfasi sui determinanti di benessere.
- Il Migliorare gli Stili Comportamentali.
- Il Migliorare le Abilità di Vita.
- Favorire la «cooperazione».
- L'Approccio Olistico.

Un professionista con una solida formazione per gli interventi psicoeducativi riconosce in questi domini elementi comuni con i principi della psicoeducazione che dettagliamo maggiormente di seguito:

- Enfasi sulla Persona, mai sul paziente.
- Modello Stress-Vulnerabilità-Coping.
- Uso dell'Informazione come elemento strutturale della pratica operativa.
- Approcci Pedagogici e non Psicoterapici.
- Interventi Proattivi.
- Favorire il Decision-making.
- Uso del Problem-Solving.
- Tendenza all'Ottimismo, Speranza, Positività.

Vi è una similitudine anche con gli interventi psicoeducativi. Gli autori moderni della salutogenesi ad esempio fanno coincidere quest'approccio con il problem-solving (Lindstrom & Eriksson, 2005) presente come strategia in molti interventi psicoeducativi. Landsverk e Kane (1998) in un testo di salutogenesi affermano che il lavoro sulla triade del Senso di Coerenza deve giovare dell'approccio psicoeducativo:

- a) “... esperienze di comprensibilità possono essere fornite dalla psicoeducazione in molti modi. Fornendo alla persona con schizofrenia informazioni sui problemi legati al Disturbo (...) al fine di aumentare la sua sicurezza; stimoli che possono essere dentro di noi o che derivano dall'esterno possono essere strutturati, prevedibili e spiegabili”;
- b) “la gestibilità – la percezione che uno potrà riunire le risorse necessarie per gestire gli stimoli – può certamente essere migliorata dalla psicoeducazione. Un programma psicoeducativo completo può fornire un insieme di informazioni e training finalizzati ad aiutare il paziente a gestire sia il disturbo, sia le interazioni con il mondo esterno”;
- c) “la psicoeducativa può migliorare la significatività di più creando un'atmosfera di speranza ed empowerment come opposti a quello di perdita di speranza... Fondamentalmente, ci dovrebbe essere una collaborazione che migliora le capacità di

empowerment dell'utente nel prendersi le responsabilità per la sua salute sviluppando le capacità individuali per essere responsabile per la propria vita attraverso una sufficiente conoscenza, le risorse e l'esperienza per prendere, implementare e valutare le proprie decisioni" (Landsverk e Kane, 1998).

Quest'ultimo aspetto della triade è davvero importante perché evidenzia il limite che separa l'approccio di patogenesi da quello salutogenico; con il secondo si lavora per migliorare le capacità di assunzione di responsabilità del proprio progetto di cura e di vita. Questo non viene insegnato in nessun corso di formazione universitario in medicina e nelle professioni sanitarie. Ed è fondamentale anche quando proponiamo interventi di promozione specifica della salute come nel caso di InteGRO e del FM&R perché questa dimensione deve essere diversamente calibrata e modulata in questi interventi, come vedremo tra poco. Prima è importante considerare ancora due cose.

Gli attuali esperti di salutogenesi ritengono che uno degli elementi chiave dell'approccio salutogenico sia l'orientamento al problem-solving; uno dei motivi per il quale dedichiamo molto tempo e diverse unità di lavoro per il suo training. Inoltre la Significatività è stata individuata da una recente rassegna sistematica della letteratura (Jaiswal et al., 2020) come un costrutto delle tre dimensioni che contribuiscono alla Recovery, insieme alle "relazioni" e alla "partecipazione", ognuna con le sue specifiche componenti che nel nostro caso sono il "Senso di Sé" definibile come senso di autoefficacia, autosufficienza, accettazione, la ben nota "Speranza" e lo "Scopo" in termini soprattutto di obiettivi condivisi e processo di *empowerment*.

Bisogna considerare che le persone con Psicosi hanno un problema di *Attribuzione di Significato* che rappresenta un importante dominio della Cognizione Sociale. Anche per questo motivo i nostri approcci sono di interesse perché in modo implicito ed esplicito hanno come obiettivo il miglioramento di questa funzione.

In conclusione offriamo la seguente schematizzazione per classificare gli interventi che abbiamo elaborato (InteGRO, FM&R per Strutture Residenziali Psichiatriche e per i Centri Diurni/Centri di Salute mentale) in accordo con la Triade di Antonovsky, cioè per meglio mettere in evidenza il focus "esplicito" su cui si va ad agire:

- a) **Comprensibilità di problematiche disfunzionali:** entrambi gli interventi FM&R, ma non InteGRO;
- b) **Gestibilità:** in particolar modo gli interventi FM&R, solo in parte InteGRO;
- c) **Significatività:** è la componente pienamente soddisfatta da InteGRO, in parte da FM&R-SORGE-GR

Interventi Psicoeducativi

La maggior parte degli interventi psicoeducativi riguarda prevalentemente e tradizionalmente lo scambio di informazioni tra professionisti, pazienti e loro familiari sulla natura del disturbo e del loro trattamento. Sin dagli anni '80 agli elementi

tipicamente psicoeducativi furono associate le tecniche e le strategie cognitivo-comportamentali come le abilità di comunicazione e il Problem Solving (Anderson et al., 1980; Falloon et al., 1982).

Con l'evoluzione di questi interventi per varie tipologie di disturbi e contesti assistenziali, identificare la psicoeducazione solo con lo scambio informativo su natura e trattamento è molto riduttivo; consideriamo inoltre del tutto di non comprovata efficacia, per assenza di studi e di prove, la cosiddetta “psicoeducativa passiva” caratterizzata da opuscoli distribuiti nei centri di salute o da filmati sui disturbi. Allo stato attuale gli interventi psicoeducativi sono sempre più diffusi per varie condizioni patologiche (Candini et al., 2013; Casacchia & Roncone, 2014; Colom & Vieta, 2016; Falloon, 1992; Fiorillo et al., 2015; Luciano et al., 2022, 2018; Migliaresi et al., 2023; Ridolfi et al., 2019; Salvo, 2018; Sampogna et al., 2023; Veltro et al., 2024), ma non riguardano solo natura e trattamento delle condizioni patologiche.

Si pensi ad esempio ai percorsi di alfabetizzazione emotiva (Servadi, 2023), di promozione della salute mentale nelle scuole (Gigantesco et al., 2015, 2013; Veltro et al., 2017, 2015), di psicoterapia (Albert et al., 2017; Bianchini et al., 2013; Camoni et al., 2021; Fiorino et al., 2016; Leveni et al., 2018), multi-familiari (Veltro et al., 2014), di Recovery (McGuire et al., 2014), di “shared decision making” per la pianificazione di un trattamento farmacologico (Fiorillo et al., 2020), per il trattamento della sofferenza psicologica da grandi traumi (Hamblen et al., 2018), nei contesti per acuzie (Gigantesco et al., 2018; Vendittelli et al., 2008) così come nelle Rems (Lombardi et al., 2023; Lombardo & Decorato, 2023) e ai programmi per lo stigma (Yanos et al., 2024).

Per tutte queste condizioni si fa uso della “psicoeducativa attiva”, che implica il coinvolgimento attivo del professionista con le persone destinatarie dell'intervento (siano esse affette dal disturbo, familiari, partecipanti) durante il processo di interazione e chiarimenti.

Azione Psicoeducativa

L'azione psicoeducativa si estende ad ogni fase del percorso di cura e riguarda lo scambio di informazioni relativo ad un problema o condizione. Vale sempre la pena di valutare quanto sia importante l'informazione per una persona soprattutto se ha un problema di salute.

Il miglioramento di noi stessi, la nostra evoluzione, si basa infatti proprio sulla capacità di raccogliere, conservare e gestire le informazioni per ridurre il grado di incertezza e per farci padroneggiare meglio circostanza e condizioni; preconditione per l'acquisizione di nuovi comportamenti che ci permettono l'adattamento. Preferiamo il termine “scambio” di informazione e non “dare” informazione per sottolineare la modalità con la quale deve avvenire l'interazione professionista/persona, il coinvolgimento attivo di entrambi i protagonisti dell'incontro. Psicoeducativa non è fare una lezione su

un argomento; al contrario il professionista dovrebbe parlare di meno e permettere alla persona di “dare le informazioni” in modo tale che possano essere migliorate. Si tenga presente l’etimologia del termine “educare” che deriva dal latino “*educere*”, **tirare fuori**. Dobbiamo formarci per imparare a tirare fuori le informazioni importanti come se fosse un **auto insegnamento in un processo attivo di condivisione**. L’azione psicoeducativa è eccellente quando il soggetto sperimenta che “sta insegnando a stesso” con un helper, un facilitatore, e quindi il contrario di un processo top-down.

Si tenga presente che preferiamo i termini di professionista, conduttore, facilitatore o helper e non di esperto, poiché si deve considerare che il professionista è un esperto per studi e per esperienza, ma anche il paziente è un esperto per esperienza perché vive il disturbo e le sue conseguenze, come i suoi familiari che osservano i comportamenti e le modalità di fronteggiamento dei pazienti. L’azione psicoeducativa si fonda sulla relazione, sull’Ascolto attivo e sulla capacità di ridefinizione continua delle informazioni, sulla capacità di migliorarle convinti come siamo che il paziente o il suo familiare le possiedono anche perché oggi su internet si documentano.

In questa interazione, individuale o di gruppo si mette al centro la **Persona**, protagonista dall’inizio alla fine di un percorso dove sono scambiate e condivise tutte le informazioni necessarie e utili da apprendere tra Esperti. L’azione psicoeducativa presuppone quindi il dialogo socratico dove si aiuta la persona con delle domande a chiarirsi le idee sulle sue problematiche, sui propri bisogni, sugli obiettivi e sul desiderio di conoscere e di migliorare le proprie abilità.

I nostri manuali si possono definire come un insieme di Unità di lavoro che contengono precise domande per facilitare il compito del conduttore, per fargli ottenere le risposte per proseguire il dialogo nello svolgimento dell’incontro previsto dall’intervento. Allorquando il conduttore è convinto che la definizione, anche riformulata, del partecipante è chiara, completa, utile per il lavoro che si sta svolgendo dichiara il suo accordo, la condivisione, rinforza e si complimenta.

La migliore metafora per comprendere questo passaggio è il Maestro Zen, consapevole che lo zen non può essere spiegato con le parole e che deve essere compiuto un atto per avvicinare l’allievo alla sua verità, che batte i piedi quando l’allievo ha dato la giusta risposta. Le nostre Unità di Lavoro vanno concepite come una serie di passi, propedeutici, ponendo attenzione alla chiarezza delle risposte che sono date, da condividere tra tutti i partecipanti per permettere di continuare con i passi successivi. Il conduttore può padroneggiare questo lavoro se possiede l’Abilità dell’Ascolto attivo e della maieutica.

Psicoeducativa e lavoro in gruppo

I vantaggi del lavoro di gruppo, ben descritti da Yalom e Leszcz (2005), sono i seguenti:

- a) **Condividere le informazioni.** L'opportunità di riflettere insieme facendo continue domande di chiarimento per facilitare l'apprendimento. Inoltre ci si confronta con gli altri su come hanno affrontato problemi difficili e come hanno avuto successo. La condivisione dei risultati e degli sforzi dà energia positiva al gruppo e incoraggia il cambiamento.
- b) **Instillare la speranza.** È strettamente connesso con il punto precedente. Quando ci si accorge che i problemi possono essere simili, si ha anche l'occasione di verificare insieme piccoli cambiamenti che potrebbero passare inosservati da soli. Felicitarsi insieme per piccoli cambiamenti inizia a far emergere la speranza che in tal modo si auto alimenta. Anche la sensazione che la sofferenza non sia esclusiva o unica e che altre persone con problemi simili siano disposti a sostenerci alimenta la speranza e la prospettiva di cambiamento.
- c) **"Catarsi".** L'interazione può stimolare fugaci intuizioni sui propri vissuti riguardo a particolari eventi di vita e questo può far emergere intense emozioni di dolore o rabbia associate a vecchi "traumi". Un bel gruppo, quello che noi auspichiamo, può essere un contesto dove è più facile accogliere questi momenti e i conduttori e co-conduttori possono aiutare la persona a dare un significato a quelle emozioni.
- d) **Familiarità.** Il gruppo può avere anche le sembianze di una famiglia perché alcuni membri possono rappresentare una fratellanza. Nel "bene" o nel "male" si possono trarre benefici anche da questo fattore perché si possono sperimentare nuovi modi di relazionarsi.
- e) **Eventi di Vita.** Il gruppo a volte diventa l'occasione per parlare di fatti di vita particolarmente stressanti che si sono verificati tra un incontro e un altro. Si può quindi ricevere sostegno dal gruppo anche per accettare e di confrontarsi con gli altri, per avere suggerimenti su come fronteggiare quegli eventi!
- f) **Coesione di gruppo.** Rappresenta il vero senso di appartenenza. È una bella e potente sensazione che dà un particolare significato e valore alle relazioni. In questo modo i membri del gruppo si sentono anche più sicuri per affrontare dei cambiamenti importanti per sé stessi.
- g) **Altruismo.** Ogni persona in cuor suo desidera rendersi utile per il prossimo, desidera aiutare gli altri quando sono in difficoltà; quando ci si sente utile per gli altri ci si sente davvero bene e in pace con sé stessi. Indubbiamente quando si è alle prese con una grande sofferenza, ci si concentra sulla propria e si ha difficoltà a vedere quelle degli altri e questo sentimento di altruismo non è coltivato. Un intervento di gruppo offre alle singole persone l'opportunità invece di sentirsi utile per gli altri, con i propri esempi, con le proprie riflessioni, con i propri suggerimenti, di imparare quindi a riconoscere questo sentimento, coltivarlo e farlo crescere sempre di più.
- h) **Apprendimento tra pari.** Il gruppo deve essere considerato anche come un laboratorio dove si comunica apertamente e si forniscono feedback, commenti

costruttivi. Inoltre è più facile apprendere le cose da una persona più simile a noi; lo abbiamo appreso da bambini “imitando” quelli che ci apparivano più bravi e chiedendo loro come facevano. Anche da adulti ci viene più facile a volte confrontarci con un familiare, un amico o un collega piuttosto che chiedere all’esperto!

- i) **Comportamenti imitativi.** I comportamenti imitativi sono un’importante fonte di apprendimento. Il gruppo offre questa grande opportunità perché si è in tanti; si affrontano più facilmente con successo i problemi di natura relazionale. Il gruppo facilita, di fatto, l’acquisizione di nuovi comportamenti e supporta il cambiamento stesso. In questo fattore facciamo rientrare il modellamento
- j) **Apprendimento Collaborativo.** Sovrapponibile al “cooperative learning” applicato sempre più nelle scuole (Johnson & Johnson, 1989, 2009). Il vantaggio per un apprendimento collaborativo è relativo al fatto che i partecipanti lavorano più a lungo sul compito, stancandosi di meno, con risultati migliori e aumento della motivazione, stimolati nella capacità di ragionamento, pensiero critico e creativo. Il ruolo del conduttore nel gruppo è proprio quello di far partecipare, collaborare, tutti, far parlare quindi coloro che sono più taciturni e “contenere” i più loquaci.
- k) **Apprendimento Attivo.** È “learner-centered”, cioè centrato su colui che deve apprendere; viene favorito grazie alla maieutica e all’ascolto attivo. Negli interventi psicoeducativi di gruppo lo si utilizza quasi sempre. Ad esempio uno dei partecipanti prova una abilità e gli altri sostengono attraverso il *feedback costruttivo*. L’uso del feedback da parte di tutti può essere considerato come il sale dell’apprendimento.
- l) **Mutualità.** Tra i principi della mutualità vi sono la *condivisione* e la *valorizzazione* con l’associato sentimento di *auto-efficacia*. La condivisione di una esperienza giova sia a colui che viene aiutato sia a colui che aiuta perché rafforza in quest’ultimo il benessere; a sua volta ritorna utile per aiutare la persona meno abile. Si evidenzia anche la valorizzazione del senso di speranza perché un nostro simile con gli stessi nostri problemi sta riuscendo nel raggiungimento dei suoi obiettivi.
- m) **Monitoraggio.** Il gruppo è l’occasione per vedere in pratica le abilità che si apprendono da parte di tutti e migliora il processo di auto-valutazione. Questo processo è importante soprattutto per le persone che hanno un disturbo psicotico perché presentano spesso un deficit di self-monitoring. Abituare tutti alla valutazione significa dare le possibilità di “correggere il tiro”, di migliorare un percorso abilitativo.

Si tenga presente che questi vantaggi devono essere comunicati durante i vari incontri soprattutto in quello di presentazione dell’intervento.

Istruzioni

Pazienti e composizione del gruppo

È preferibile formare un gruppo di 6 pazienti che aderiscono volentieri e per i quali è ipotizzabile un lavoro di 3 mesi per SRP e di 6 mesi per i CSM e i CD, che siano “ben seguiti” dal servizio con un Progetto Terapeutico Personalizzato, in possesso di informazioni relative alla natura del proprio disturbo, al trattamento farmacologico, in assenza di abuso continuativo di sostanze o dipendenza da alcool e/o sostanze psicoattive. È preferibile che non abbiano gravi compromissioni cognitive, disorganizzazione del pensiero e/o sintomi disturbanti che impediscono l’attiva e adeguata partecipazione all’attività di gruppo.

Il gruppo può essere formato non necessariamente per omogeneità diagnostica. In relazione alla composizione del gruppo si devono considerare soprattutto le funzioni cognitive poiché si tratta di un intervento di tipo psicoeducativo quindi di un approccio didattico-formativo.

Conduttori

I conduttori devono essere ben formati, devono padroneggiare il modello stress-vulnerabilità, conoscere bene il manuale che va usato in maniera continua nello svolgimento degli incontri leggendo le parti scritte in corsivo. Infatti le domande devono essere lette e non modificate!!! Devono utilizzare al meglio le abilità di comunicazione efficace, la chiarezza e la semplicità espositiva, limitando al massimo termini tecnici. Il conduttore e il co-conduttore dovrebbero avere lo stesso livello formativo per essere interscambiabili. Ma solo uno di essi conduce l’intervento in modo attivo. Il conduttore svolge il ruolo del moderatore o facilitatore. Non è un terapeuta. Pertanto si sforza di far parlare chi tende a non farlo, invita a tacere chi parla troppo e controlla il clima emotivo, soprattutto durante alcuni incontri nei quali la discussione può essere accesa. Il co-conduttore per tutta la durata dell’incontro scrive alla lavagna come previsto sul manuale, svolge il ruolo di supervisore intervenendo solo se nota che ci si sta discostando dal manuale o dal corretto svolgimento dell’incontro.

È fondamentale che i conduttori dei gruppi conoscano gli aspetti clinici essenziali dei pazienti, la storia, le risorse, le abilità, il funzionamento personale e sociale ed anche gli eventi o situazioni che possono scatenare una crisi.

Coinvolgimento dei pazienti

È necessario fornire tutte le informazioni relative agli scopi dell'intervento e alle caratteristiche organizzative. Va ben chiarito che si tratta di un intervento che promuove abilità personali in funzione di raggiungimento di obiettivi piacevoli, personali, di gestione delle proprie emozioni, di buona comunicazione con l'altro, di soluzione dei problemi, di rilassamento corporeo e mentale, ecc. Tali informazioni sarebbe preferibile siano date in modo esaustivo dal referente del paziente e/o dal suo curante. In parole semplici il paziente deve essere motivato e informato di che cosa si tratta. Il referente del paziente presenterà anche i conduttori i quali si renderanno disponibili per ulteriori chiarimenti. In presenza del referente sarà assicurato il segreto professionale. Il referente possibilmente insieme ai conduttori dopo aver dato le ulteriori informazioni chiederà il consenso informato del paziente (Modulo Consenso Informale).

Materiali di lavoro

È necessario il manuale, le copie di schemi e allegati come previsti per ogni incontro. Spazio confortevole e adeguato (se possibile, gradevole come ambiente e come arredi), con sedie da disporre a semicerchio e due lavagne con dei grandi fogli e con pennarelli di vario colore (nero, blu, rosso, azzurro e verde).

Uso del Manuale

Per un adeguato svolgimento degli incontri e per l'efficacia dell'intervento è necessario che i conduttori seguano pedissequamente quanto scritto sul manuale senza rivisitazioni personali.

Monitoraggio

Moduli Utilità, Piacevolezza.

Alla fine di ogni incontro, a partire dal secondo (Obiettivi Piacevoli), a tutti i partecipanti verrà chiesto di valutare sull'allegato che sarà distribuito l'Utilità e la Piacevolezza dell'incontro. Si chiede ad ogni partecipante di attribuire un punteggio da 3 a 8 sia per l'Utilità dell'argomento trattato, sia per la piacevolezza dello stesso.

Assegnazione dei compiti a casa. Di particolare importanza è l'assegnazione degli esercizi da fare che si assegnano alla fine di ogni incontro sull'argomento trattato. Impiegare tempo per spiegare bene e motivare i partecipanti ai compiti. Dare la disponibilità per eventuali "ripetizioni" infrasettimanali. Ricordare che ogni incontro inizia con la verifica degli esercizi svolti durante la settimana.

Stile di conduzione dell'intervento

- 1) Parlare in modo semplice, chiaro, quanto più vicino possibile al linguaggio usato dai partecipanti. Evitare l'uso di termini tecnici (meglio palpitazione che tachicardia);
- 2) Saper ascoltare. Il conduttore è solo una buona guida. Non interpreta, mai! Non è uno psicoterapeuta;
- 3) Leggere il manuale. Cambiare termini e aggiungere parole o portare esempi solo se utile;
- 4) Partecipazione attiva. Con enfasi, ripetere spesso che gli incontri prevedono ampia partecipazione;
- 5) Comunicazione efficace. Complimentarsi spesso, fare richieste in maniera positiva.
- 6) Attenersi sempre al tema dell'incontro ed alla pertinenza degli argomenti. Evitare discussioni su argomenti anche importanti ma che non sono trattati in quel momento;
- 7) Tenere viva l'attenzione, evitare la noia;
- 8) Ascolto attivo. Fare domande di chiarimento e tendere sempre a riassumere quanto è proposto affinché sia chiaro.
- 9) Flessibilità. Essere tolleranti se vi sono piccole distrazioni e per le piccole inesattezze delle risposte.
- 10) Ottimismo. Avere un atteggiamento orientato all'ottimismo e alla speranza.

Le tecniche più importanti da utilizzare in questi interventi

MAIEUTICA. L'approccio maieutico o "socratico" diventa operativo, cioè sta funzionando se risponde in modo graduale a questi 3 passi:

- 1) "Fai una domanda chiara e aspetta la risposta".
- 2) "Non dare l'informazione prima di aver compreso bene che cosa sa il partecipante" (evita ogni interpretazione. Se necessaria tienila per te!).
- 3) "Puoi dare l'informazione solo quando sei arrivato al punto che devi integrare o correggere al minimo quello che sa già la persona".

Per noi il principio è: non dico mai niente. Domando e integro "poco".

FEEDBACK: usare sempre il feedback soprattutto per commentare ciò che viene fatto bene, per le risposte pertinenti. Dare suggerimenti, dimostrando come si fa, solo se necessari, per importanti correzioni.

RINFORZO SPECIFICO: è parte del feedback. Vi si deve ricorrere quanto più spesso. Rinforzare il comportamento o l'azione che s'intende valorizzare.

NORMALIZZAZIONE. Bisogna sforzarsi di comunicare alle persone che le loro esperienze sono sovrapponibili a quelle altrui. In particolare suggeriamo di utilizzare questa tecnica quando si parla di stress, quando si affrontano le crisi emotive. È un modo semplice ed efficace per rassicurare e incoraggiarli a lavorare con le tecniche del nostro approccio.

VALIDAZIONE. Si deve essere capaci di trovare le parole più adatte per legittimare, nel senso di dare importanza alle emozioni che una persona prova o a ciò che pensa. “Dare importanza” in questo campo significa saper cogliere che quell’emozione per l’altro è importante, ha un senso, e noi riusciamo a comunicargli ciò. Significa anche comunicare all’altro che le sue risposte emotivo-cognitivo-comportamentali hanno senso e risultano comprensibili all’interno del proprio contesto di vita e situazionale. Chi conduce un incontro deve immaginare che al posto della persona in quella particolare situazione non avrebbe che potuto provare o pensare o fare le stesse cose; si dovrebbe utilizzare questa tecnica soprattutto in presenza di vissuti emotivi intensi.

MODELLING. È l’apprendimento attraverso l’osservazione di un modello competente. Si usa quando nell’insegnare una abilità si vuole dimostrare all’altro come si fa una cosa. Si tengano presente però due punti: 1) non dare mai una dimostrazione dell’abilità perfetta, ma solo accettabile per non scoraggiare chi deve migliorare in quell’abilità; 2) è preferibile che la dimostrazione pratica sia eseguita da un altro partecipante che ne è capace, piuttosto che da un professionista. Si invitano gli altri presenti ad osservare la dimostrazione per dare il feedback (vedi sopra).

SHAPING: è in parte simile al modellamento. Consiste nella costruzione di fasi o step sequenziali a piccoli passi predisponendo in modo accurato i prerequisiti per le fasi o step successivi. Ogni singola fase o step deve prevedere il rinforzo selettivo.

ROLE-PLAYING. Significa “Fare una simulata”. Si tratta di una tecnica esperienziale, in una situazione sperimentale e protetta. È un metodo basato sulla simulazione di una situazione o di un evento, che presuppone il coinvolgimento dei partecipanti, chiamati a immedesimarsi e a vestire i panni di altri e a ipotizzare soluzioni.

COMUNICAZIONE EFFICACE. Essere competenti nelle 4 abilità di comunicazione che saranno insegnate: esprimere sentimenti piacevoli e spiacevoli, fare richieste in maniera positiva e ascolto attivo.

ASSERTIVITÀ. Dire ciò che si pensa e soprattutto le proprie esigenze in modo chiaro e diretto, senza offendere l’altro, sforzandosi di mantenere buona la relazione con l’altro. Si contrappone alla remissività (sottomettere le proprie esigenze al volere degli altri o al contesto) e all’aggressività. I conduttori dovranno usare l’assertività per il rispetto delle regole e lo faranno utilizzando al meglio le abilità di comunicazione.

RESPIRAZIONE CONTROLLATA. Può aiutare a tranquillizzarsi, a distogliere l’attenzione dalle preoccupazioni o da una circostanza molto penosa e a pensare con maggiore chiarezza. Per fare questo esercizio è utile mantenere lo stesso ritmo respiratorio nelle fasi di inspirazione, apnea, espirazione, pausa. In genere si consiglia di contare lentamente fino a 3 per ogni fase. Per mantenere il ritmo può essere ancora più utile contare mentalmente con “mille-e-uno”, “mille-e-due” e “mille-e-tre”. Tener anche presente che nella fase di inspirazione con il naso bisogna dilatare l’addome come per fare spazio all’aria e ovviamente nell’espirazione con la bocca l’addome deve essere contratto. Abituare da subito i partecipanti a respirare in questo modo.

SCHEMA ABC. Per il modello cognitivo-comportamentale c'è uno stretto legame tra ciò che l'essere umano sperimenta, ciò che pensa, le emozioni che prova e il comportamento o l'azione che mette in pratica come conseguenza di ciò che si è pensato o provato in una determinata situazione. Lo schema dell'ABC (Emozioni, Cognizioni, Comportamento) potrebbe essere ridefinito come APEC (Avvenimento, Pensiero, Emozione, Comportamento). Il classico schema dell'ABC presuppone una breve analisi della relazione per una ristrutturazione cognitiva:

Avvenimento o situazione → emozione → cognizione → comportamento

Vale a dire: sono sul marciapiede del corso principale della città e vedo in lontananza avvicinarsi un mio conoscente che però improvvisamente attraversa la strada (Avvenimento o situazione) e non mi saluta. Si può provare una sensazione di tristezza (emozione) per il fatto di essere stati ignorati e pensare che non si è degni di attenzione; di conseguenza invece di andare al bar con gli amici come previsto si torna a casa (comportamento) per lo stato di tristezza. Ciò si verifica per molte persone quando non imparano a considerare che non è il ragionamento che segue l'emozione, ma che probabilmente emozione e cognizione sono simultanee, inscindibili. In termini operativi è importante tener presente che il soggetto può aver pensato per un attimo «mi evita perché non mi considera o perché ha saputo del mio ricovero». Quindi è la convinzione o cognizione (mi evita) associata all'emozione più naturale (tristezza) che ci fa prendere la decisione di tornare a casa. Proviamo a immaginare pensieri alternativi del tipo:

1. «non ho alcun elemento per decidere se mi sta evitando»;
2. «non posso essere certo che mi abbia visto»;
3. «se fosse stato sovrappensiero potrebbe non essersi accorto della mia presenza»;
4. «forse mi ha intravisto ma aveva fretta ed ha scelto di non fermarsi».

Sulla base di questi pensieri si modifica anche lo stato emotivo, ovviamente.

FAVORIRE LA COLLABORAZIONE TRA I PARTECIPANTI. I conduttori sono facilitatori e quindi devono favorire sempre e comunque la comunicazione tra i presenti, facendoli intervenire per suggerimenti, opinioni, commenti sempre attinenti al tema e argomento trattato

EVITARE ATTEGGIAMENTI DI SIMMETRIA, di “braccio di ferro” per convincere l'altro delle proprie convinzioni o delle giuste ragioni. Non accettare mai dinamiche di sfide.

