

**AUTORI:**

Vincenzo Francesco Scala

Nicola Giorgio De Toma

Paola Tulli

Maurizio Bacigalupi

**ISTITUZIONE DI APPARTENENZA:** Dipartimento di Salute Mentale ASL Roma B

Per comunicazioni:

Maurizio Bacigalupi e-mail: [dsm.direzione@aslromab.it](mailto:dsm.direzione@aslromab.it)

Dipartimento di Salute Mentale ASL Roma B

V.le B. Bardanzellu, 8

00155 Roma.

**NUOVI STRUMENTI PER LA SALUTE MENTALE**

**NEW TOOLS FOR MENTAL HEALTH**

## RIASSUNTO

Gli autori, partendo dal rilievo del diffuso utilizzo, nel contesto dei servizi di salute mentale, di iniziative a carattere psicosociale, in setting non tradizionali e non codificati (attività sportive, ricreative, culturali ecc.), propongono alcune riflessioni in merito ed espongono quali sono, a loro avviso, gli aspetti rilevanti ed efficaci di queste modalità operative, in rapporto alle fasce di utenza e di bisogni cui vengono rivolte.

Viene, quindi, presentato un percorso sperimentale di valutazione di due iniziative a carattere psicosociale in corso e vengono discussi i dati rilevati.

Il lavoro si conclude con alcune considerazioni sull'utilità che il tipo di strumenti operativi in questione può rivestire nei programmi complessivi di assistenza alle condizioni psicopatologiche più severe.

**PAROLE CHIAVE:** psicopatologia grave – attività psicosociali – setting non-convenzionali – valutazione.

## SUMMARY

Authors, moving from the remark of the diffuse use, in mental health services, of psychosocial activities, in non-traditional and non-codified settings (such as sporting, cultural or recreative enterprises), propose some reflections on this subject and expound which are, from their point of view, considerable and effective aspects of these working modalities, with reference to the groups of patients and needs they are addressed to.

An experimental path of valuation, about two different psychosocial activities, is then proposed and gained data are discussed.

The article ends with some considerations about the usefulness that psychosocial activities can have in the context of therapeutic and welfare programmes addressed to most serious psychopathological conditions.

**KEY WORDS:** serious psychopathology – psychosocial activities – non-conventional settings – evaluation.

## **Premessa**

Iniziative a carattere sportivo, ricreativo, culturale sono state presenti fin dall'inizio della storia dei servizi territoriali di salute mentale.

Queste pratiche hanno visto alterne vicende nel corso degli anni, conoscendo momenti di espansione e valorizzazione e fasi critiche in cui l'enfasi ricadeva su altre modalità di intervento. Oggi, dopo venticinque anni di storia e di esperienza sedimentata nelle strutture territoriali di salute mentale e alla luce dell'apporto che la cultura psicoterapeutica ha fornito all'operatività dei servizi, è possibile ripensare a queste prassi e anche attuarle, con una diversa consapevolezza delle potenzialità che offrono e, verosimilmente, con maggior efficacia (Milano S., 2004).

Ci siamo proposti di esplicitare quali sono, a nostro avviso, i fattori più rilevanti delle iniziative a carattere psicosociale, cercando di andare un poco al di là dell'esperienza clinica immediata che, per gli operatori che vi si implicano, si traduce nell'evidenza intuitiva di una loro utilità nel contribuire alla qualità complessiva dell'intervento assistenziale offerto da un servizio a quella fascia di utenza caratterizzata da condizioni di gravità psicopatologica. Lo abbiamo fatto a partire da esperienze che, nel Dipartimento in cui operiamo, sono presenti e in fase di sviluppo. Abbiamo inteso anche proporre una prima valutazione dell'efficacia di questo tipo di iniziative, consapevoli del fatto che esse sono, attualmente, oggetto di dibattito e confronto tra gli operatori della salute mentale. Un confronto che vede, da un lato, convinti sostenitori della loro utilità che rimane, tuttavia scarsamente documentata e, dall'altro, colleghi che inclinano ad una visione svalutante delle stesse, affermando la necessità di operare ricorrendo unicamente alle tecniche "forti", le cosiddette EST (Evidence Supported Techniques) (Katschnig, 2004), (Michielin & Bettinardi, 2004).

## **Perché e per chi le attività a carattere psicosociale?**

Stiamo parlando di iniziative rivolte ad una fascia di utenza caratterizzata da gravità psicopatologica; più precisamente a persone con diagnosi relative a disturbi dello spettro schizofrenico e ai disturbi di personalità e che conducono esistenze caratterizzate, tendenzialmente, da isolamento e relativa marginalità sociale. Pensiamo alla condizione di isolamento ed emarginazione a cui conduce il processo schizofrenico attraverso il disinvestimento progressivo di ambiti della realtà consensuale. Ma anche alla condizione di relativa solitudine in cui vengono a trovarsi, attraverso un differente percorso, pazienti con disturbi di personalità le cui relazioni interpersonali vengono meno per effetto dell'investimento turbolento e fortemente ambivalente di cui sono fatte oggetto (Correale et al. 2001). E pensiamo anche a persone per le quali sarebbe difficile, se non impossibile, immaginare un rapporto con gli operatori della salute mentale al di fuori del terreno di incontro costituito da una qualche attività sportiva o ricreativa e per le quali i contesti codificati di cura, i setting tradizionali, non risultano accessibili e praticabili (Sacchetti & Carbone, 1996). Si veda, a questo proposito, il caso di Mauro, riferito più avanti, (vedi pag. 8).

E anche per Francesco valgono queste considerazioni.

*Francesco, al quale, in diversi momenti del suo percorso presso il Servizio, abbiamo proposto di incontrare uno di noi per regolari colloqui. Ma ogni volta, dopo pochi incontri,... ritardi clamorosi, appuntamenti disdetti, colloqui saltati. E quando finalmente si riusciva ad incontrarsi,... la sua evidente frustrazione per il fatto di trovarsi in una situazione poco voluta e mal tollerata; e la frustrazione dello psicologo, per il fatto di trovarsi davanti un interlocutore con cui non si poteva realizzare granché di utile. Diversa l'aria quando gli è stato proposto di partecipare alle uscite escursionistiche. In questo caso la sua adesione è convinta ed entusiastica. Questo non ci mette al riparo dallo scontro con gli aspetti della sua caratterialità che, anzi, hanno modo di dispiegarsi nelle circostanze in cui ci troviamo via via impegnati. Ma consente anche di interloquire utilmente, almeno qualche volta, con quegli aspetti, come proveremo a dire più avanti.*

Cercando di descrivere e interpretare le esperienze in questione, ci è sembrato di poter cogliere alcune dimensioni rilevanti.

Intanto una dimensione di appartenenza.

Ci riferiamo alla possibilità di appartenenza ad un gruppo, ad una comunità che si costituisce in quanto tale proprio in riferimento a quella specifica attività per la quale tutti i membri esercitano il loro interesse (ci si trova assieme perché a ciascuno interessa sperimentarsi in quello sport, in quella pratica ecc.).

E così, con un esempio tratto dalla nostra esperienza, andare in montagna può essere l'intento che accomuna, avvicina, rende simili e fa essere possibili interlocutori tra loro, i membri di quel certo gruppo.

Ma, se l'intento di frequentare la montagna diventa il fattore decisivo che fa esistere quel gruppo, questo fattore consente anche una comunanza ideale con l'insieme di tutti gli uomini che condividono quell'interesse e si dedicano a quella pratica (Fornari, 1987).

Una comunanza che può essere testimoniata e sostanziata da scelte operative come quella – nel caso del gruppo di escursionismo attivo presso il nostro Dipartimento - di associarsi al Club Alpino Italiano.

Naturalmente queste considerazioni valgono ugualmente nel caso di altre pratiche, come il calcio, o la vela o tante altre attività (Cruciani, 2004).

Quanto sia rilevante questa dimensione (dell'appartenenza ad un gruppo, ad una comunità, più in generale, al mondo degli uomini) lo si capisce se si guardano le esperienze di vita delle persone che sollecitiamo alle iniziative di cui stiamo parlando (Kohut, 1984).

Sono i percorsi di vita di uomini e donne che per la dinamica della malattia, e anche per gli effetti che questa produce nel contesto sociale, intrattengono un rapporto di lontananza e distacco dal mondo in cui pur si trovano e che vivono una condizione contrassegnata da scarsità di scambi interpersonali e da chiusura entro orizzonti ristretti... drammaticamente e pericolosamente sempre più ristretti (sappiamo che il ritiro e l'isolamento costituiscono un fattore di rischio con riferimento alla possibilità di mantenere una condizione di equilibrio mentale) (Coleman, 2001).

Sono i percorsi di vita di persone che hanno via via reciso rapporti e legami di interesse per gli uomini e per le forme dell'agire umano, ma per le quali una scintilla di desiderio si può ancora accendere.

*Pensiamo, per esempio, a Mauro, figlio unico di una famiglia che vive in una condizione di indigenza economica e nella necessità di assistenza alla madre, seguita presso il CSM da molti anni per una forma di schizofrenia.*

*Ha 27 anni quando i genitori ci segnalano la sua progressiva chiusura, l'abbandono dei legami con gli amici, la tendenza a trascorrere le giornate chiuso in casa, molto spesso in bagno. Accetta di incontrarci a casa, ma non intende venire al Servizio, né ritiene che ci sia necessità di continuare a vederci dal momento che, dal suo punto di vista, non ci sono problemi, argomenti di cui occuparsi. Ci racconta che nelle lunghe giornate che trascorre in casa guarda la televisione, in particolare le partite di calcio; in passato infatti giocava con gli amici. Quando gli presentiamo l'attività di calcio, da poco avviata presso il CSM, si accende la sua curiosità. Conveniamo, allora, che potrebbe venire al campo, il giorno dell'allenamento, magari, intanto, per cominciare ad annusare la situazione, limitandosi a rimanere sugli spalti. Accompagnato dal padre e condotto dalla sua antica passione, viene, il giorno stabilito; torna all'allenamento successivo e decide di scendere in campo. In seguito, dal calcio, allargherà il suo orizzonte di azione prendendo parte ai soggiorni estivi, e alle uscite in montagna, impegnandosi in un corso di formazione professionale e, ultimamente, in un tirocinio di lavoro.*

Si può notare come, in questo caso, l'attività proposta abbia costituito un'indispensabile chiave di accesso ad una situazione che, al momento del primo contatto, mostrava molti dei segni comunemente considerati indicatori di rischio per sviluppi psicopatologici (la familiarità per condizioni psicopatologiche, il ritiro sociale, la perdita di interessi, la conflittualità nelle relazioni

familiari, la negazione di ogni difficoltà e il conseguente rifiuto di proposte di cura) e faceva prevedere una sicura difficoltà di presa in carico con le modalità “tradizionali” (Cocchi & Meneghelli, 2004).

Ecco allora che questo tipo di esperienze si costituisce come un modo di ricreare e proporre un mondo possibile; il gruppo di attività si può leggere come metafora del mondo degli uomini (Di Leone).

E l'attività specifica in cui il gruppo si impegna è quella parte dell'agire umano che i membri del gruppo sentono, in un certo momento, di poter investire di attenzione, desiderio, interesse.

Abbiamo così introdotto una seconda dimensione rilevante: la possibilità di riaprire il gioco degli investimenti.

L'esperienza clinica ci indica che una certa attività, per lo specifico contenuto e per il modo in cui è organizzata, si può costituire, agli occhi del partecipante, come un ambito di azione e di esperienza verso cui è possibile tornare a mobilitare quegli investimenti di attenzione, curiosità, desiderio che sembravano perduti e non venivano più dispiegati, come esito di un percorso di progressiva rinuncia ad aspetti dell'esistenza avvertiti come sempre più difficili da raggiungere e praticare.

*Nunzio ha 49 anni e un'antica storia di cure psichiatriche per la sua condizione di schizofrenia paranoide che lo ha condotto ad un lungo periodo di clausura domestica interrotta dalla morte della madre e dalla necessità di far fronte, in qualche modo, alle esigenze della sopravvivenza. Riesce a trovare un suo faticoso assetto nella condizione di solitudine in cui vive e nella quale si costituisce come un punto di svolta la possibilità di frequentare il gruppo di escursionismo. Nella sua esperienza, questa attività riecheggia un passato ancora vivo e vitale, quello di quando, prima dell'esordio della malattia, faceva parte di un gruppo parrocchiale di Scout.*

Per altri la stessa attività può costituire qualcosa di nuovo e di cui non si è mai avuta esperienza, ma alla quale, magari, si è pensato senza trovare mai l'occasione per intraprenderla. Lo si può fare quando viene proposta all'interno di una cornice, caratterizzata da attenzione per la soggettività e ricerca di percorsi evolutivi, che ne garantisce una declinazione sostenibile e, in qualche modo, “protetta” (Zapparoli, 1987).

Un'altra dimensione interessante è quella della prospettiva di sviluppo (Carli & Paniccia, 2003).

Intendiamo la prospettiva di sviluppo in cui il gruppo e ciascun membro, può sentire di collocarsi con riferimento all'attività specifica che si è intrapresa. Praticare quella certa attività consente l'esperienza del procedere lungo un percorso di crescita e fa vivere il sentimento che si può migliorare, che si sta migliorando, che si ottengono i risultati desiderati, che c'è aumento delle capacità e delle conoscenze ecc..

L'esperienza di poter progredire nell'attività specifica è una metafora della possibile evoluzione personale; suggerisce l'indicazione e sostiene la speranza che le cose, nella vita, non sono ferme ed immutabili, ma ci possono essere margini di trasformazione e sviluppo.

Qui si individua una funzione degli operatori. Sta a loro, infatti, introdurre e far vivere una prospettiva di sviluppo e questo è possibile se loro stessi hanno interesse e passione per l'attività che propongono, se la vivono dal di dentro e ne colgono aspetti differenziati, articolazioni, dimensioni meno evidenti ecc.

Sarebbe poco produttiva l'azione di operatori che si sentissero mandati a fare qualcosa che non hanno scelto e per cui non nutrono interesse, curiosità, desiderio, qualcosa, insomma, che non sentono di poter investire di interesse e passione (Milano, 2004).

Infine la dimensione, ovvia, ma importante, della relazionalità che necessariamente si dispiega nel “fare insieme” e implica momenti di scambio che possono assumere tutte le connotazioni e le sfumature delle interazioni tra umani, contenendo anche potenzialità evolutive.

Nell'ambito delle iniziative psicosociali, inevitabilmente, si riproducono le difficoltà, più o meno acute, che le persone incontrano nei contesti abituali di vita, ma l'attenzione clinica degli operatori ne consente la trasformazione o, quanto meno, l'attenuazione, configurando il gruppo di attività come un luogo in cui è possibile, più che altrove, sviluppare relazioni interpersonali sostenibili. Ma proviamo a dirlo, direttamente, attraverso il racconto di un breve, recente, episodio tratto dell'esperienza di uno di noi.

*Ciò che maggiormente caratterizza Francesco è una sorta di ostinata e, quasi infantile necessità di contrapporsi all'interlocutore e sottrarsi ai vincoli che governano i contesti, dovendo sempre, in qualche modo, forzarne, almeno un po', le regole accettate e condivise. Questa sua radicata attitudine si traduce, nel corso delle uscite escursionistiche, in comportamenti che gli sono tipici, come pretendere di camminare alla testa del gruppo, o restare indietro e attardarsi, o deviare dal percorso allontanandosi per raggiungere un punto secondo lui interessante (meglio se, a nostro avviso, potenzialmente pericoloso).*

*Quella mattina dovevamo incontrarci con altri gruppi per una escursione nel Parco dei Monti Lucretili e, prima di recarci al punto di ritrovo convenuto, si era fatta una sosta in un bar.*

*Usciamo, quindi, dal locale per dirigerci, a piedi, al Centro Visite del Parco, poco lontano.*

*“Allora vediamo! Siamo tutti?”*

*“Sì,..no! Manca qualcuno”.*

*“Ma, chi manca?”*

*“Manca... Francesco!”*

*“Dov'è? Chi ha visto Francesco?”*

*“E' ancora al bar che sta continuando la sua colazione! Dice qualcuno”*

*“Come al solito!” Penso tra me.*

*“Va bene; voi andate avanti ed io rimango ad aspettarlo!”*

*Resto davanti al locale; decido di non entrare a sollecitarlo, siamo in anticipo, non c'è fretta e, d'altra parte, mi dico, anche se uno facesse un'uscita con un piccolo manipolo dei suoi amici più fidati, qualche contrarietà dovrebbe comunque aspettarsela.*

*Abbozzando queste considerazioni e aiutato dal panorama che si ha da quel luogo elevato, in una limpida mattina d'inverno, mi dispongo ad un'attesa abbastanza serena.*

*Ma, ...eccolo che sta uscendo.*

*“Ah, ma lei è rimasto ad aspettare me?!”*

*“Sì” dico io. “Tutti gli altri sono andati avanti; adesso li raggiungiamo”*

*“Ma io so dove si deve andare!” dichiara, mentre parte, a passo spedito, nella direzione giusta, senza neanche aspettarmi.*

*“Eh no!” dico tra me. “Ma com'è? Io ti ho atteso finora e tu pretendi di andartene da solo, facendo fare a me la parte del ritardatario?! E poi io sono l'operatore!”*

*Accelero, dunque, il passo e mi porto affianco. Lui, vedendomi lì, aumenta il ritmo dell'andatura; ma anch'io lo faccio, per niente disposto a cedere. Fino al limite di quanto è possibile accelerare camminando. Nessuno dei due, infatti, vuole mettersi a correre, che sarebbe una troppa esplicita ammissione del proprio intento.*

*La situazione assume rapidamente il contorno paradossale di una sfida non dichiarata in cui due curiosi soggetti sgambettano, affannosamente, lungo una strada di montagna in salita.*

*Ad un certo punto, sempre camminando, mi volto verso di lui, lui si volta verso di me e...scoppiamo a ridere consapevoli dell'assurdità della situazione che abbiamo messo in scena.*

*“Ah, il dottor Scala che ride!” Dice Francesco.*

*Ecco, è come se avessimo detto: “Possiamo avviarci in un crescendo di reciproche pretese che ci porta a posizioni sempre più esasperate e rigide; ma possiamo anche tirarci fuori da questa situazione, guardarla con ironia, riderne e rapportarci tra noi in un modo diverso e, probabilmente, più divertente. (Carli & Paniccia, 2003).*

Abbiamo fatto, così, riferimento ad alcune dimensioni che caratterizzano o possono caratterizzare, se opportunamente organizzate, quell'ampia gamma di iniziative poco codificate e attuate anche in funzione di fattori contingenti (competenze e interessi di operatori e pazienti, opportunità offerte dal territorio ecc.), diffusamente presenti nella realtà dei Dipartimenti di Salute Mentale.

### **Un programma sperimentale di valutazione.**

Partendo dalle riflessioni esposte e nell'intento di verificare le ipotesi formulate, abbiamo messo a punto un iniziale percorso di valutazione di due iniziative in corso presso il nostro DSM. Si tratta di una squadra di calcio (avviata nell'anno 1997) e di un gruppo dedito all'escursionismo in montagna (costituito nell'anno 2002). Sono rivolte a persone con diagnosi relative a disturbi dello spettro schizofrenico e ai disturbi di personalità e per le quali valgono le considerazioni già svolte in precedenza.

Ci siamo chiesti se, anche dal punto di vista dei pazienti che vi prendono parte, queste attività sono occasione per esperienze, come detto, di appartenenza, di possibilità di investimento, di sviluppo e di relazionalità. E abbiamo cercato di reperire indicazioni in questa direzione. Al contempo ci siamo proposti di trovare indicatori capaci di documentare il miglioramento della qualità della vita, come percepita dagli interessati, parallelamente alla partecipazione alle attività in questione.

Abbiamo così individuato due possibili strumenti di indagine, entrambi orientati ad evidenziare il punto di vista dei partecipanti e a definirne il vissuto soggettivo, entrambi autocompilati. Si tratta del questionario WHOQOL-breve (World Health Organization Quality of Life, uno strumento elaborato presso l'Organizzazione Mondiale della Sanità, teso a valutare la qualità della vita percepita) nella sua versione adattata per il progetto "Progress-acuti" e di un questionario, appositamente costruito, che abbiamo definito "questionario di valutazione soggettiva dell'esperienza". Due strumenti, quindi, del tutto difforni quanto a caratteristiche psicometriche; validato e adottato su scala mondiale il primo, artigianale ed, eventualmente, da validare, il secondo.

I due questionari sono stati proposti a pazienti che partecipano ad almeno una delle due attività, da almeno un anno.

Ciascun paziente è stato intervistato individualmente da un operatore<sup>1</sup>. Nel corso dell'intervista è stato presentato, come primo passo, il questionario WHOQOL-Breve. Dopo la compilazione abbiamo chiesto a ciascun soggetto di immaginare come avrebbe risposto alle stesse domande un anno prima. In tal modo abbiamo ottenuto una valutazione della qualità della vita, al presente, e una valutazione retrospettiva, riferita ad un momento precedente di un anno. Il terzo passo prevedeva la compilazione del questionario di valutazione soggettiva delle esperienze psicosociali.

Il campione studiato è costituito da 20 persone (19 uomini e una donna), di età compresa tra 21 e 53 anni e delle quali 8 praticano esclusivamente l'attività di calcio, 8 quella di escursionismo e 4 entrambe.

E' in corso uno studio delle storie cliniche dei pazienti compresi nel campione per valutare eventuali cambiamenti nelle modalità di utilizzo dei servizi nel corso del tempo e in rapporto alla partecipazione alle attività psicosociali. In particolare, si intende valutare la frequenza dei ricorsi alle strutture di ricovero o ai servizi deputati all'intervento sulle urgenze.

*Al riguardo, osservando, attraverso il data base del Sistema Informativo di Dipartimento, il percorso assistenziale di Angelo, avevamo notato un'alta frequenza di ricoveri in case di cura convenzionate, per alcuni anni consecutivi, mentre negli anni successivi e fino al presente, questo dato non compariva.*

---

<sup>1</sup> Hanno partecipato alla ricerca: Rosella Bivi (Infermiere Professionale), Patrizia Caselli (Infermiere Professionale), Nicola De Toma (Psichiatra), Antonello Pilo (Infermiere Professionale), Paolo Rossi (Infermiere Professionale), Vinicio Ruggiero (Psicologo), Vincenzo Scala (Psicologo), Luciana Tomei (Infermiere Professionale)

*Un giorno, nel corso di un'escursione, uno di noi, parlando con Angelo, ha fatto riferimento a quanto osservato sopra e gliene ha chiesto ragione. Effettivamente, ha confermato l'interessato, per un periodo della sua vita, il suo atteggiamento di fronte alle difficoltà era stato tale da indurlo a gettare le armi e a ricoverarsi, quasi per protesta, di fronte ad ogni piccolo malessere, salvo poi uscire insoddisfatto dai ricoveri. Poi le cose sono cambiate. Del nuovo corso hanno fatto parte, fin da subito, divenendone un fattore stabilizzante, l'inserimento nella squadra di calcio e, successivamente, nel gruppo di escursionismo.*

Si rende, a questo punto, utile fornire una descrizione degli strumenti utilizzati e del loro funzionamento.

*Il questionario WHOQOL-breve.*

Come accennato, il questionario WHOQOL-breve registra la qualità della vita, così come è percepita dal soggetto, con riferimento a quattro ambiti: la salute fisica, la salute psicologica, le relazioni sociali, le condizioni ambientali.

Si compone di 26 domande a ciascuna delle quali l'intervistato risponde utilizzando una scala Likert a cinque valori che va da un massimo di corrispondenza con quanto espresso dall'item, a un massimo di disaccordo

Per una descrizione più approfondita si veda la bibliografia specifica (De Girolamo et al., 2000), (WHOQOL Group, 1998).

*Il questionario di valutazione soggettiva dell'esperienza*

Il questionario di valutazione soggettiva dell'esperienza che abbiamo sviluppato si compone di 16 affermazioni per ciascuna delle quali viene richiesto di esprimere il grado di accordo su una scala a cinque valori:

- Sono completamente d'accordo
- Sono abbastanza d'accordo
- Non saprei
- Sono poco d'accordo
- Non sono affatto d'accordo

Vengono proposte quattro affermazioni inerenti aspetti dell'esperienza soggettiva riconducibili a ciascuna delle quattro dimensioni prima ricordate. Delle quattro affermazioni, due sostengono la presenza della dimensione sondata e due la negano.

Assegnando un punteggio da 4 a 0 alle risposte relative alle affermazioni che indicano la presenza delle dimensioni allo studio e da 0 a 4 a quelle che la negano, si individua come valore critico il punteggio di 32 (2x16), corrispondente ad una posizione neutra di un soggetto che, immaginariamente, rispondesse sempre "Non saprei". Valori superiori a 32 riveleranno la presenza delle dimensioni ipotizzate, mentre valori inferiori ne indicheranno l'assenza (nel computo finale i valori sono stati convertiti su scala 0 – 100)

Dimensione A: APPARTENENZA

Si fa riferimento a una dimensione dell'esperienza definita, su un polo, dal sentimento di appartenere ad un gruppo, ad un ambito, ad un contesto concretamente percepibile (il gruppo di escursionismo, il CSM) o simbolicamente individuato (il mondo del calcio, il mondo della montagna e la comunità di tutti coloro che la frequentano) e, sull'altro polo, da sentimenti di solitudine, isolamento, assenza di radicamento.

Gli item relativi a questa dimensione sono tesi a valutare se e in quale misura, nell'esperienza del soggetto, gli ambiti di azione propri delle due attività psicosociali – il mondo del calcio, il mondo dell'escursionismo e della montagna, ma anche lo stesso CSM come luogo attraverso il quale si realizza l'accesso ai precedenti – si configurano come realtà alle quali ci si sente di appartenere o con le quali ci si sente collegati.

Per esempio: “ *Partecipare all'attività di calcio/escursionismo mi fa sentire meno solo nella vita*”.



### Dimensione B: INVESTIMENTO

La dimensione “investimento” è definita da due polarità che si possono caratterizzare come segue. Una riferibile all’esperienza soggettiva di assenza di interesse per qualsiasi oggetto di “esperienza” socializzabile e condivisibile (un contenuto delirante o allucinatorio può essere intensamente investito, ma costituisce un oggetto di investimento esclusivamente peculiare a quel soggetto).

L’altra, relativa all’esperienza soggettiva di interesse, curiosità, attenzione ecc. per ambiti di attività comunicabili e condivisibili.

Le affermazioni di questa sezione mirano a valutare se e in quale grado, le attività psicosociali si configurano, nell’esperienza del soggetto, come oggetti di investimento, in relazione ai quali si mobilitano vissuti di interesse, curiosità, passione, attenzione, desiderio ecc.

Per esempio: *“Partecipo all’attività di calcio/escursionismo solo perché non ho nient’altro da fare”*.

### Dimensione C: SVILUPPO

La polarità negativa della dimensione “sviluppo” descrive una condizione soggettiva centrata sul vissuto di immobilità o di ripetitività dell’esperienza.

Il polo opposto individua una condizione caratterizzata dalla percezione, da parte del soggetto, di essere all’interno di un processo evolutivo.

Gli item di questa sezione sono tesi a valutare se e in quale misura, la partecipazione alle attività in esame si configura come occasione per esperienze di acquisizione o miglioramento di abilità e competenze.

Per esempio: *“Praticando l’attività di calcio/escursionismo mi rendo conto che impegnandomi posso migliorare la mia riuscita”*.

### Dimensione D: RELAZIONALITA’

L’evitamento e la svalorizzazione delle occasioni di relazione sociale definiscono il polo negativo della dimensione “relazionalità”.

Alla polarità opposta si colloca una posizione del soggetto caratterizzata da ricerca e valorizzazione delle relazioni interpersonali.

Nel questionario, le affermazioni che fanno riferimento a questa dimensione, intendono rilevare se le attività di calcio e di escursionismo, costituiscono occasione per relazioni interpersonali cui il soggetto attribuisce valore e nelle quali sente di potersi implicare.

Per esempio: *“L’attività di calcio/escursionismo mi interessa, ma non mi piace avere rapporti con gli altri membri del gruppo”*.

Venendo alla discussione dei risultati, i dati prodotti dal primo passo del protocollo di intervista (WHOQOL–Breve) con i 20 pazienti che compongono il campione e dei quali abbiamo una conoscenza clinica diretta o mediata dall’esperienza di colleghi, ci inducono ad alcune riflessioni.

Osservando il “Grafico 1”, relativo alla qualità della vita attuale, si nota un’ampia variazione nei valori, da soggetto a soggetto, per i 4 ambiti di indagine. **(Inserire Grafico 1)** In particolare colpisce il fatto che persone, dal nostro punto di vista, caratterizzate da condizioni fisiche e psicologiche tra le migliori e che mostrano, più di altri, capacità di adattamento al contesto, riuscendo, per esempio, a svolgere occasionali attività di lavoro e dimostrando un alto grado di autonomia, presentano valori relativamente più bassi e, a volte bassissimi, in alcuni ambiti del WHOQOL. E’ quanto avviene, con evidenza, per Daniela, una donna di 39 anni (caso 11), come pure per Vincenzo, un giovane di 29 anni (caso 15); notare i valori relativi agli ambiti “sociale” e “psicologico” che risultano i più bassi del campione. E’ chiaro come queste due persone abbiano colto l’occasione dell’intervista per esprimere la loro profonda insoddisfazione per le rispettive condizioni di esistenza.

Tutto ciò, d’altra parte, è coerente con l’impostazione dello strumento, teso a rilevare la qualità della vita così come percepita dal soggetto.

Di fronte alla richiesta di esprimere una valutazione relativamente a certi aspetti della propria vita, il soggetto non può che confrontare quanto direttamente rileva e sperimenta in quell'ambito con le aspettative più o meno implicite che nutre in merito. Ciò che viene rilevato è il grado di coincidenza o discrepanza tra le aspettative dei soggetti su quanto dovrebbe verificarsi nella loro esistenza e la percezione di ciò che, a loro giudizio, effettivamente si verifica. Punteggi alti indicano soddisfazione e, quindi, coincidenza tra realtà attesa e realtà percepita; punteggi bassi esprimono insoddisfazione e, quindi, discrepanza tra i due ordini di esperienze.

Quanto ai dati generati con il secondo passo del protocollo di intervista e attraverso il confronto con i precedenti, va osservato che il dispositivo adottato ha, in sostanza, richiesto agli intervistati di valutare se, in che direzione e in quale grado, la qualità della loro vita è cambiata nel corso dell'ultimo anno.

Di fronte a questa richiesta la quasi totalità dei soggetti ha inteso rappresentare la propria esperienza introducendo vettori di cambiamento tra la condizione precedente e quella attuale. Va però osservato che l'intento di rappresentare un cambiamento tra prima e dopo non ha agito indiscriminatamente, producendo un effetto distribuito uniformemente su tutto l'ambito di esperienza toccato dagli items. Così ciascun soggetto ha indicato differenze per alcuni item e non per altri e, talvolta, ciò ha prodotto, con riferimento ai quattro ambiti di indagine, la rappresentazione di movimenti di direzione contraria (vedere "Grafico 2") (**Inserire Grafico 2**). E' il caso di un signore di 53 anni, Maurizio, (caso 7) che indica un peggioramento della sua qualità di vita percepita, per quanto riguarda l'aspetto "ambientale", ma registra un lieve miglioramento per quanto attiene all'ambito psicologico. Interessante è pure quanto si evidenzia per Giuseppe, di 39 anni, ospite di una struttura residenziale, il quale alla domanda "In che misura i dolori fisici Le impediscono di fare le cose che deve fare?" osserva che, un anno prima, si trovava in una condizione di relativa confusione e scarsa attenzione a sé stesso, per cui, ad esempio, se avesse avuto un dolore fisico, ne avrebbe trascurato il significato e quasi ne avrebbe ignorato la presenza. Oggi – dice – se ho un dolore a un ginocchio, me ne accorgo e non vado a giocare a calcio. Nel suo caso i valori finali del WHOQOL–Breve registrano un peggioramento della qualità della vita percepita, con riferimento all'ambito della salute fisica e un miglioramento con riferimento all'ambito della salute psicologica.

Un'altra configurazione interessante è quella prodotta dalle risposte di Vincenzo, 29 anni, (caso 15, già menzionato) che ha prospettato, nel corso del primo passo dell'intervista (la compilazione del WHOQOL) un quadro fortemente pessimista assegnando, per molti item, valori di fondo scala. Successivamente, richiesto di delineare la sua condizione con riferimento ad anno prima, ha ribadito la stessa valutazione, commentando in più momenti: "possibilmente ancora peggio". Non ha però chiesto, come ha fatto un altro dei pazienti intervistati, di rivedere la valutazione precedente, per poter introdurre una variazione tra i due momenti. Il "Grafico 2" registra questa posizione, al caso 15, con l'assenza di istogrammi che traduce la totale coincidenza dei valori attuali e precedenti. Questo paziente ha preso parte a tutte le iniziative proposte. Certamente colpisce il "tutto" della sua partecipazione, sostanziato anche dagli alti valori nelle quattro dimensioni del nostro questionario di valutazione soggettiva dell'esperienza, con il "niente" della sua valutazione di un cambiamento nella qualità della vita relativa all'ultimo periodo. Un contrasto che ben esprime, pensiamo, la posizione di una persona che, giovane e con risorse mentali potenziali tutt'altro che scarse, vive, però, una frustrante condizione di marcato disadattamento sociale, soprattutto come esito della sua storia entro il contesto familiare.

Tenendo conto delle considerazioni prima svolte sul valore delle aspettative in rapporto ai risultati del WHOQOL, possiamo vedere che la richiesta, rivolta ai soggetti, di immaginare come avrebbero risposto un anno prima, li ha, in sostanza, messi nella condizione di valutare quanto l'eventuale discrepanza tra aspettative e realtà percepita, stia variando nel corso del tempo e dell'ultimo anno in particolare.

E' possibile che tale discrepanza rimanga immodificata, si vada accentuando o, viceversa, si stia sanando. Ciò che ci interessa comprendere, perché indica in quali processi una persona si sente

implicata (di evoluzione, di involuzione, di stasi), mentre intrattiene un rapporto continuativo con le strutture di assistenza.

Complessivamente, il nostro campione, ha rappresentato una condizione in cui, nel corso dell'ultimo periodo, l'esperienza sembra procedere in direzione di un maggior accordo tra aspettative e desideri da un lato e percezione di quanto avviene e si realizza, dall'altro.

I dati ottenuti attraverso la presentazione del questionario di valutazione soggettiva dell'esperienza, indicano la presenza consistente delle 4 dimensioni che riteniamo caratterizzanti e rilevanti nelle attività psicosociali.

Sembrebbe quindi che anche i pazienti impegnati nelle attività siano d'accordo con noi nel ritenere che esse siano occasione per quel tipo di esperienze che prima abbiamo descritto. (Inserire Grafico 3).

Il maggior accordo espresso dal campione (vedi "Grafico 3" ) si ha per la dimensione "Appartenenza", mentre la dimensione "Investimento" è quella su cui si registra il valore medio più basso.

Si può osservare, inoltre, la presenza di alcune configurazioni interessanti. In particolare, confrontiamo i valori del caso 8, da una parte e 2 e 11 di contro. Il caso 8 è relativo a Francesco, già ricordato; ha 46 anni e partecipa, in modo addirittura "avido", alle attività escursionistiche, con adesione pronta ed entusiastica. E' molto centrato sull'attività specifica, ma, come abbiamo già visto, si pone in un rapporto di contrapposizione con il gruppo e di continua contestazione delle regole. Al questionario ha fornito risposte associate a bassi valori per le quattro affermazioni relative alla dimensione "Relazionalità" il cui valore finale non raggiunge la soglia critica di 50.

Le persone di cui ai casi 2 e 11 sono, rispettivamente, Alessandro, un giovane di 33 anni e Daniela, già menzionata, di 39. Entrambi indicano, con la loro modalità di partecipazione effettiva, che, nell'attività di escursionismo, vedono soprattutto un'occasione per partecipare ad un contesto di gruppo e sviluppare relazioni interpersonali, mentre hanno perplessità riguardo al contenuto specifico dell'attività (Alessandro ha sempre evitato, nella sua storia, situazioni impegnative dal punto di vista fisico). Questo atteggiamento si traduce in bassi valori per le affermazioni relative alla dimensione "Investimento" che non raggiunge il livello critico. Successivamente all'indagine che stiamo presentando, Alessandro lascerà il gruppo di escursionismo per partecipare ad uscite cittadine con un altro gruppo del CSM; Daniela, pure, sospenderà la partecipazione alle escursioni, partecipando, però, agli incontri del gruppo dedicati ad approfondire aspetti teorici dell'attività escursionistica.

Sembrebbe quindi che il questionario rifletta abbastanza fedelmente i profili di partecipazione alle attività per i diversi soggetti e che abbia mostrato, in riferimento a queste due situazioni, una sorta di capacità predittiva.

In conclusione, attraverso il questionario di valutazione soggettiva dell'esperienza i pazienti ci hanno detto- pensiamo - che, nel loro vissuto, le attività studiate forniscono proprio quel tipo di esperienze cui abbiamo fatto riferimento con le dimensioni descritte all'inizio di questo lavoro e che risultano, altrimenti, criticamente assenti nella loro esistenza. E, con le risposte al WHOQOL, hanno indicato come, parallelamente allo svolgersi di queste iniziative, integrate nell'assistenza complessiva ricevuta dal servizio, la soddisfazione per le condizioni di vita, tendenzialmente aumenta.

### **E infine alcune considerazioni**

Torniamo al discorso iniziale.

Le iniziative a carattere psicosociale, così come le stiamo proponendo, richiedono stabilità e continuità; si tratta, in effetti, di costruire e mantenere contesti di relazione dotati di una loro relativa autonomia, di una loro vita. La stabilità del contenitore rende possibili differenti modalità di partecipazione per i diversi soggetti. Per alcuni si tratterà di un attraversamento di breve durata, per altri sarà qualcosa che accompagna la loro vita per lunghi periodi.

*Abbiamo già visto quale ruolo ha giocato, per Mauro, la possibilità di entrare nella squadra di calcio. A questo inserimento hanno fatto seguito altri passi importanti: la partecipazione ai soggiorni estivi, la frequenza presso un Centro Diurno e, da ultimo un tirocinio di lavoro che promette di trasformarsi prest, in un'attività lavorativa a tutti gli effetti. Parallelamente a questo sviluppo, o la partecipazione di Mauro alle attività della squadra di calcio e del gruppo di escursionismo è andata diradandosi e verrà forse il giorno in cui dovrà abbandonarle del tutto.*

*Anche Vincenzo , già menzionato, sta seguendo un percorso simile. Portatore di un disturbo paranoide di personalità, ha iniziato a seguire le attività del gruppo di escursionismo un anno fa, in un periodo caratterizzato da ritiro sociale e isolamento. Dopo alcune titubanze, relative al timore di affrontare lo scoglio delle lezioni in gruppo, ha deciso di prepararsi per il conseguimento della patente di guida che ha avuto. Ha quindi chiesto, e ottenuto, di potersi inserire in un Centro Diurno. Di sua iniziativa si è impegnato in un corso di informatica. Parallelamente a questo percorso ha iniziato a partecipare alle uscite escursionistiche domenicali organizzate, in maniera indipendente, per la sua propria organizzazione e i suoi soci, dall'accompagnatore che guida abitualmente il nostro gruppo.*

Per questi due giovani uomini la partecipazione alle nostre iniziative si costituisce come possibilità di riprendere un processo evolutivo che, nella loro storia, ad un certo punto, si è interrotto.

*Diverso il significato che l'esperienza del gruppo di escursionismo ha per Nunzio, di cui già abbiamo accennato. Ha 49 anni e, alle spalle, una lunga storia di malattia (schizofrenia paranoide) e grave disadattamento. Ora vive con la pensione di invalidità, nella casa che i genitori gli hanno lasciato, potendo contare sull'aiuto di un cugino e sul sostegno del Servizio. L'esperienza del gruppo di escursionismo, come abbiamo visto, si ricollega ad un periodo passato della sua storia quando, prima di ammalarsi, frequentava il gruppo Scout della sua parrocchia. Per lui, ora, la partecipazione alla nostra iniziativa è qualcosa che contribuisce a dare colore alla sua vita e diventa uno degli elementi che rendono possibile un equilibrio sostenibile.*

*Per Francesco che ha 46 anni (anche di lui abbiamo già parlato), la partecipazione al gruppo di escursionismo costituisce la linfa vitale del suo legame con il Servizio, senza la quale il legame stesso sarebbe estremamente difficoltoso e, forse, non possibile.*

Questi brevi esempi clinici ci consentono di cogliere un altro aspetto che merita di essere segnalato. Pensiamo al cambiamento nella rappresentazione mentale del Servizio di Salute Mentale, da parte degli utenti, quando questo non è più solamente il luogo della cura, ma diventa soglia verso luoghi del mondo dove le persone non spingerebbero il passo altrimenti. Un cambiamento nel modo di pensare e vivere il Servizio che si riflette sul rapporto con la struttura e con gli operatori e che si può rilevare, per esempio, anche in una diversa compliance con gli aspetti di cura.

Assume allora importanza la questione della continuità tra esperienze psicosociali e mondo esterno. La direzione in cui procediamo ultimamente è tesa a perseguire la massima integrazione. Per questo è stata fondata un'associazione sportiva integrata. Seguendo in ciò l'esempio offerto da altre realtà; si veda la polisportiva Alchimia di Frascati, Solidalea di Ancona, Aurora e Nadir di Prato; tutte aderenti al circuito ANPIS (Associazione Nazionale Polisportive per l'Integrazione Sociale) ([www.anpis.it](http://www.anpis.it)).

Ci sembra allora che il futuro richieda uno sviluppo lungo due direttrici: da un lato continuare ad approfondire la comprensione dei processi che si attivano in tutti i loro risvolti e, quindi, sviluppare negli operatori la capacità di leggere e governare le esperienze con attenzione al significato che rivestono per i singoli pazienti che le attraversano. Diremmo, quindi, con attenzione clinica. Dall'altro lavorare per rendere questa iniziative quanto più possibile integrate nelle realtà territoriali.

E forgiare così – come abbiamo voluto suggerire nel titolo – strumenti nuovi per una presenza dei Servizi sul territorio capace di coniugare cura e promozione della salute.

## BIBLIOGRAFIA

- Carli R. & Paniccia R. M. (2003). *Analisi della Domanda*. Il Mulino: Bologna.
- Cocchi A. & Meneghelli A. (2004). *L'Intervento Precoce tra Pratica e Ricerca*. Centro Scientifico Editore: Torino.
- Coleman R. (2001). *Guarire dal Male Mentale*. Manifestolibri: Roma.
- Correale A., Alonzi A. M., Carnevali A., Di Giuseppe P. & Giacchetti N. (2001). *Borderline*. Borla: Roma.
- Cruciani P. Gruppo e squadra. Relazione presentata nel corso della giornata di studio *Sport e Salute Mentale*, Roma, dicembre 2004.
- De Girolamo G., Becchi A., Coppa F., De Leo D., Neri G., Rucci P. & Scocco P. (Ed) (2000). *Salute e Qualità della Vita. WHOQoL. La Valutazione della Qualità della Vita*. Centro Scientifico Editore: Torino.
- Di Leone G. (in corso di pubblicazione). Sé, gruppi e istituzioni. [www.selfrivista.it](http://www.selfrivista.it).
- Fornari F. (1987). Gruppo e codici affettivi. In *Il Cerchio Magico*. G. Trentini. Franco Angeli: Roma.
- Katschnig H. (2004). Rilevanza ed evidenza nella valutazione degli interventi psicosociali. Lettura Magistrale in occasione della *Riunione Scientifica Annuale della Società Italiana di Epidemiologia Psichiatrica*, Nocera Inferiore, ottobre 2004. In Abstract Book [www.siep.it](http://www.siep.it).
- Kohut H. (1984). *La Cura Psicoanalitica*. Boringhieri: Torino.
- Michielin P. & Bettinardi O. (2004). Prove di efficacia e linee guida per i trattamenti psicologici e le psicoterapie. *Link Rivista Scientifica di Psicologia*, No. 05 giugno 2004, pp. 6-26.
- Milano S. (2004). Un gruppo in movimento: l'esperienza di un percorso di cura con pazienti psicotici. *Psicoterapia Psicoanalitica* anno XI No. 2 luglio-dicembre 2004, pp. 117-136. Borla: Roma.
- Neri C. (1995). Il gruppo come oggetto-sé. In *Gruppo*. C. Neri, pp. 144-151. Borla: Roma.
- Sacchetti S. & Carbone M. (1996). Riabilitazione e assistenza sociale. In *L'Ambulatorio Psichiatrico Pubblico*. G. Berti Ceroni & E. Paltrinieri, pp. 93-104. NIS La Nuova Italia Scientifica: Roma.
- WHOQOL Group (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychological Medicine* 28, pp. 551-558.
- Zapparoli G. C. (1987). *La Psichiatria Oggi*. Bollati Boringhieri: Torino.

## SITI WEB

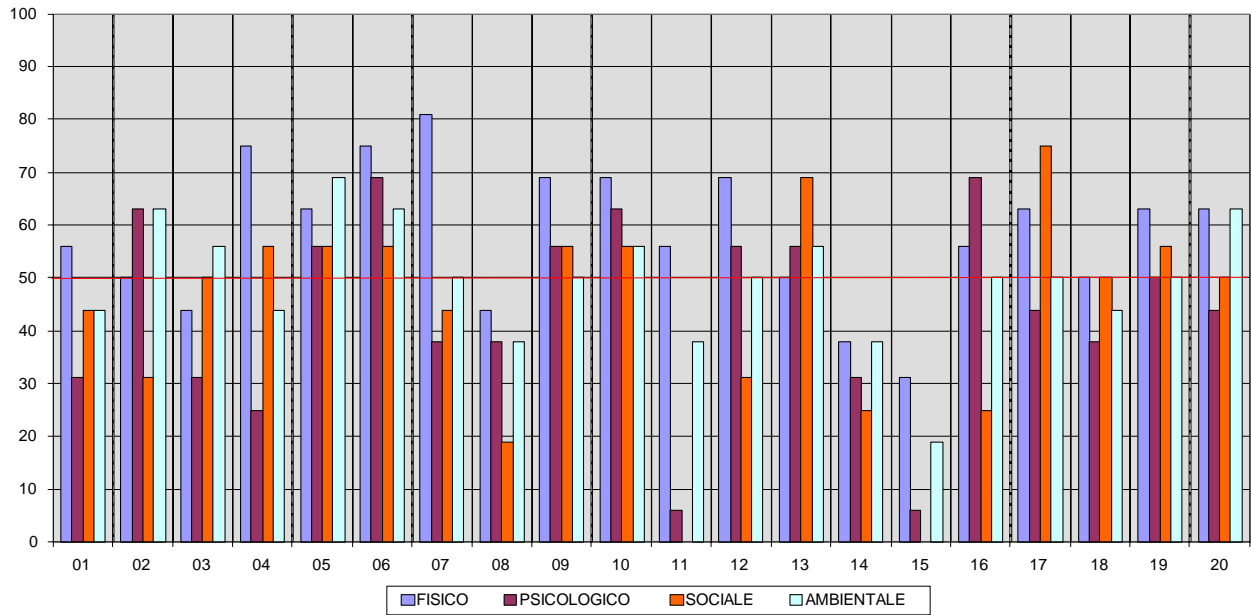
[www.siep.it](http://www.siep.it) il sito della Società Italiana di Epidemiologia Psichiatrica.

[www.anpis.it](http://www.anpis.it) il sito dell'Associazione Nazionale Polisportive per l'Inclusione Sociale.

[www.isipse.it](http://www.isipse.it) il sito dell'Istituto di Specializzazione in Psicologia Psicoanalitica del Sé e Psicoanalisi Relazionale di Roma.

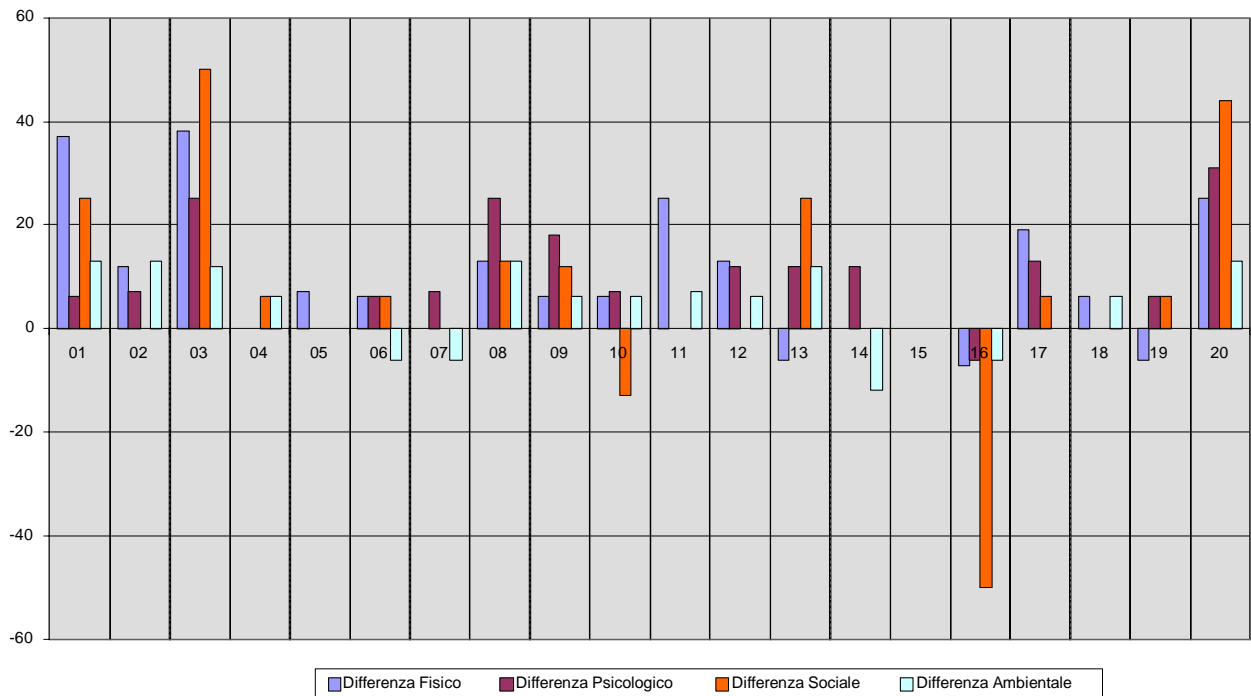
**Grafico 1**

**QUALITA' DELLA VITA ATTUALE**



**Grafico 2**

**CONFRONTO TRA LA QUALITA' DELLA VITA ATTUALE E PRECEDENTE**



### Grafico 3

#### VALUTAZIONE SOGGETTIVA DELL'ESPERIENZA

