

IL DELIRIO E I DELIRANTI

Grosseto 22 giugno 2016

Chi sarà?

- Un “professorone” (come diceva nonna) che viene da Roma o ‘na sola?
- Il libro una scusa per parlare d’amore
- Tranquilli non vi appallerò col libro

Gli psicotici

- O si amano o si odiano
- Io li amai (vuoi mettere con i nevrotici)...ma....mi fanno impazzire perché non li capisci mai per bene, intriganti
- Cesare de silvestri
- ***Non lasciate psicotici e bipolari solo ai medici e alle multinazionali del farmaco.***

Gli psicotici

- **Vecchia distinzione netta :**
- Per uno **psicotico** $2+2$ può fare 4 ma anche 3, anche 5 anche 7 ecc
- Per un **nevrotico** fa sempre 4 ma gli da tanto fastidio, o rabbia o tristezza o lo spaventa

Il riferimento è all'esame di realtà ed è una bischerata

Psicosi vuol dire Servizio Pubblico

Orribile caos o pozione magica?

- Strumenti diversi(pare un minestrone) per un solo cambiamento:
- Farmaci, psicoterapia, relazioni intense e riabilitazione sono tutte strade possibili per ottenere un cambiamento che sarà stabile se modificherà il modo di costruire se stesso e il mondo

Nel grave?

- Una gestione che non sia complessiva è inefficace
- Occorre attaccare su più fronti
- Al più presto
- Con un dispendio di risorse che spiega perché solo il servizio pubblico può esserne il perno magari avvalendosi di..... altri

Le dimensioni della gravità: Grave = Gravoso (in termini tecnici “crostino”)

- Diagnosi categoriale e fase della malattia
- La durata
- La consapevolezza e la compliance
- La tenuta della famiglia che dopo averla colpevolizzata..... è una benedizione se regge
- L'autonomia e l'autosufficienza (anche €)
- Le capacità relazionali
- Gli agiti a rischio

Nei DSM italiani

Prevalgono:

- Il modello medico- biologico: farmaci
- Il modello socioriabilitativo: centri diurni, comunità, inserimenti lavorativi, grande eredità della 180 dei mitici anni '70 in cui facemmo (ops, fecero):
 1. Il SSN (legge 833) a seguito della 180
 2. Il divorzio
 3. L'aborto
 4. Il nuovo diritto di famiglia
 5. L'autostrada del sole

Tempi passati:

- Con la ristrettezza delle risorse e l'aziendalizzazione gli psicologi sono come i Panda
“ adotta uno psicologo a distanza”

La psicoterapia rimane solo ausiliaria ai farmaci

Lo scopo della psicoterapia nei DSM (quando c'è almeno un panda) è di:

- Aumentare la compliance al trattamento “*e prendi ste pasticche e piantala*”
- Abituarsi a vivere al meglio con il disturbo e organizzare una vita quotidiana individuale e familiare accettabile “*accettazione*”

Il paziente psicotico richiede:

Una gestione complessa che preveda:

- **Obiettivi** su diversi piani (psicopatologici, comportamentali, sociali)
- Diversi **interlocutori** (paziente, famiglia, istituzioni, comunità)
- Diverse **professionalità** (medici, psicologi, infermieri, riabilitatori, assistenti sociali)

“E’ una partita tra due squadre un sistema curante e un sistema dolente”

Una cosa che costa un botto (per questo il privato non lo fa) ma che se non si fa costa di più

tre regole dell'intervento con gli psicotici

1. Le esperienze cambiano la mente (plasticità):
“Si diventa quello che si fa” (*genitori,
presidenti, matti*)
2. La relazione è decisiva
“trattalo come vuoi che diventi” (*guardie e
ladri*)
3. La qualità della vita è il nostro obiettivo
“malati ma felici”

La presa in carico

MULTIDISCIPLINARE

che consenta una lettura complessiva dei bisogni:

Non dare casa a chi ha bisogno di farmaci, non dare farmaci a chi ha bisogno di amici, non dare soldi a chi ha bisogno di La decodificazione dei bisogni va fatta in equipe

L'istituzione totale: il rischio del terricomio"

Psicoterapia e psicosi: storia

- Arrivano come sempre per primi gli psicoanalisti. All'inizio del secolo **la psicoanalisi** si cimenta con la schizofrenia con le modificazione di Sullivan e Fromm-Reichmann ma resta di tipo esplorativo, intensivo, a lungo termine e rivolto alla comprensione: l'opzione è per una psicogenesi del disturbo.
- **Non più indemoniati o bacati** e non è poco

Dr. Largactil 1953

- Un grande alleato nelle lotte di liberazione
- Farmaci ne panacea ne demoni

Psicoterapia e psicosi: storia

- Poi arrivano i **sistemici** con il famosissimo “doppio legame” (Pragmatica della comunicazione umana): identificano meccanismi certamente coinvolti nel mantenimento e inventano la povera madre schizofrenogena (il danno e la beffa)
- Il malato vittima e gli altri colpevoli.
- **In realtà sono e siamo “un branco di disgraziati” in senso buddista che è meglio darsi una mano a sfangarla insieme invece di cercare il colpevole**

Psicoterapia e psicosi: storia

- Solo intorno agli anni '90 arrivano i **cognitivisti**; si muovono nel paradigma molto chiaro ma anche molto generico dello stress-vulnerabilità. che spiega dalla TBC all'innamoramento e dunque non spiega un..... gran che
- Il focus dell'intervento sono comunque gli schemi cognitivi maladattivi sia che tale distorsione sia dovuta a cause psicologiche (esperienze precoci ecc), sia che sia dovuta a deficit neurocognitivi gravi su base somatica.

“Sta di fatto che sbagli a vederla così”

o perché hai imparato male o perché sei de coccio

Gestione complessiva del paziente psicotico

Pregi del cognitivismo:

- Psicologia di riferimento semplice e comprensibile
- Mirato alla soluzione dei problemi/sintomi
- metodo del problem solving (progetto)
- Interventi brevi e dunque poco costosi

I difetti non li posso dire che tengo famiglia

Peculiarità degli approcci anglosassoni

- Molto definiti e pianificati dall'inizio alla fine:
Pragmatismo anglosassone *“intanto fare deinde pensare”*
- **Critiche:**
- Durata definita e breve rispetto ad una patologia duratura
- Relazione terapeutica trascurata
- Molto concentrati sul togliere i sintomi (deliri e allucinazioni) e meno sul mettere qualcosa al loro posto

Caratteristiche dell'approccio italiano

- Tempi lunghi
- Coinvolgimento forte, solidarietà, schierarsi con il pz
- Ricerca del senso dell'esperienza psicotica
- Atmosfera genericamente psicoterapeutica

Orgoglio masaniellico : elasticità versus rigidità

I tre livelli complementari della psicoterapia dello psicotico

1. Intervento **riabilitativo** delle singole abilità di base danneggiate (Brenner) molti protocolli anche computerizzati
2. Interventi **psicoeducativi** per accettare, fronteggiare e vivere al meglio, progettando un futuro possibile (approcci standard anglosassoni)
3. **Psicoterapia v.p.** per aumentare i gradi di libertà del sistema riducendo la vulnerabilità (approcci italiani)

Psicoterapia del delirio

Oppure un delirio cognitivista

Come funziona la capoccia

- i sistemi cognitivi sono orientati a **massimizzare la capacità predittiva** passe par tout per raggiungere qualsiasi scopo (costruire buone mappe di sé e del mondo)
- normalmente le invalidazioni sono l'unico effettivo modo per aumentarla "**sbagliando si impara**" (vedi Popper ed i suoi cigni) tuttavia certe invalidazioni su alcuni sistemi sarebbero devastanti.
- Per resistervi si può utilizzare:
- La soluzione paranoica
- La soluzione schizofrenica

Schizo / Para

- Paranoia *“irrigidirsi”* e schizofrenia *“sbracare”* come due modalità opposte di fronte ad una grave invalidazione per mantenere comunque una certa capacità predittiva

Le differenze

- **Situazione premorbose**, età d'insorgenza e dunque struttura più o meno organizzata e rigida del sistema
- **Tipo di invalidazione:** *ma per queste 4 chiacchiere chissene frega*
- **P.** vero/falso
- **S.** applicabilità.
- **Risultato:**
- **S.** Rinuncia al nucleo centrale e sfaldamento “*si arrende al caos*”
- **P.** arroccamento sul nucleo metafisico (Khun) “*si intestardisce peggio*”

Il delirio schizofrenico

- Il vuoto da riempire delirando è dovuto alla incomprendibilità di un ampio dominio dell'universo: gli esseri umani e i loro rapporti
- Nulla è evidente, naturale, ovvio
- Sembrano non avere il file della socialità e della mente altrui
- Tutto va ragionato, pensato, deciso

Il delirio schizofrenico

- Lo scompenso avviene spesso quando si esce dall'ambiente familiare dove il codice bizzarro era condiviso e permetteva un certo adattamento.
- Di fronte a nuovi compiti complessi non ci capisce più niente

La terapia dello schizodelirio

- Se la terapia della paranoia sarà la terapia del dubbio contro le certezze
- Questa è la terapia della certezza per contrastare il dubbio dilagante
- Una vera e propria terapia della mentalizzazione e della socializzazione

“Mettere piccole certezze, punti fermi, prevedibilità (i dolcetti di agostino)”

Il delirio paranoico

- **L'incorreggibilità** è la sua caratteristica peculiare
- La possibilità di cambiare è indice di salute come il blocco del cambiamento è la caratteristica di tutta la patologia:
 1. Confermazionismo fisiologico e utile
 2. Testardaggine che vediamo negli altri a motivo della nostra
 3. Autoinganno che meno male che c'è
 4. Rigidità nevrotica che ci da il pranzo e la cena e Dio la mantenga
 5. Delirio vero e proprio
- Il delirio è "**comprensibile**" vale a dire che ha un senso evidentemente connesso alla storia del soggetto (la prospettiva errata del grande Jaspers)

Il percorso del delirio

- invalidazione di uno schema centrale
- impossibilità di cambiare per mancanza di alternative
- confusione, crollo predittivo, umore predelirante
- eureka delirante
- assimilazione forzata

esempi

1. Denim
2. La signora dei giochi
3. Il genio incompreso in cgil
4. Le botte recenti

“Scegliete quale busta?”

Obiettivo della terapia: riattivare la crescita della conoscenza

- sul contenuto: dare un senso permettendo un significato finora impossibile:
- *“Puoi essere anche..... senza doverti inventare ‘ste storie per negarlo”*
- sulla struttura: correggere gli errori procedurali e sviluppare la metacognizione

Fase 1 :ricerca del senso negato

- Creazione della relazione terapeutica
- accogliere la sofferenza senza colludere (Noè e l'alleanza)ma neanche con i committenti (il dramma di Silvano)
- non attaccare il delirio: sospendere il giudizio
- Scoperta dell'evento scatenante inassimilabile: “ ***cosa non può pensare di essere?***”
- Articolazione dei poli sommersi dei costrutti centrali del sé (costruzione dell'ombra: mettere o levare?)

Fase 2: sviluppo della metacognizione

- Il mio modo di vedere le cose è solo uno dei possibili modi e non è la realtà
- Per avere ragione davvero occorre specificare le condizioni a cui si accetta di avere torto
- Se nulla può darti torto sei matto “***la ragione è dei matti***” (N.N. 1963 comunicazione personale)

Fase 3: la critica al delirio

- Non da Vero a Falso ma da necessario a superfluo
- La costruzione di alternative (prima riferite ad altri)
- La ricerca di prove contrarie:
nel presente : attenzione selettiva
nel passato : memoria selettiva
- Home work di falsificazione

Fase 4: Riformulazione di un progetto esistenziale

- Le origini (spesso familiari) del progetto rigido dolorosamente fallito
- Ricostruire una nuova storia e un nuovo progetto con più gradi di libertà (non ci sono più zone tabù) con il permesso di pensarsi in modo diverso e la ricchezza di poter sbagliare: non è necessario essere per forza.....

Pare facile

- Invece è un casino in fiamme (vedi Libro)
Così anche quello è sistemato

Bibliografia Italiana

- Fowler, Garety, Kuipers “Terapia cognitivo comportamentale delle psicosi” Masson 1997
- Kingdon, Turkington “Psicoterapia della schizofrenia” Ed Cortina 1997
- Chadwicick, Birchwood, Trower “La terapia cognitiva per i deliri, le voci e la paranoia” Ed. Astrolabio 1997
- Perris “”Terapia cognitiva con i pazienti schizofrenici” Bollati Boringhieri 1996
- Perris “Psicoterapia del paziente difficile” Methis 1994
- R.Lorenzini, S.Sassaroli -1992 - “Cattivi Pensieri : i disturbi del pensiero schizofrenico, paranoico e ossessivo” La Nuova Italia Scientifica, Roma
- R. lorenzini, B. Coratti 2008“La dimensione delirante Ed. Raffaello Cortina Milano.

Opportunità e limiti del servizio pubblico

Provocazioni maremmane

Scegliamo che c'è Conte

1. Come è adesso: Criticità e problemi quotidiani aperti
2. La riabilitazione
3. La prevenzione
4. L'intervento in emergenza
5. Immaginando una cosa completamente diversa

1.Come è il SSN e problemi aperti

- Le aziende: Non finanziano gli strumenti di produzione ma i risultati (DRG)
- Quota capitaria
- Competizione pubblico- privato
- Nasce la cultura della valutazione (EBM)
- Sopravvive ciò che è efficace ed economico
- Stipendi e risultati

L'equipe: croce e delizia

- Diversi punti di vista
- Diverse tecniche di intervento
- Possibilità di relazioni ter. multiple
- Interventi multipli coordinati
- Supervisione costante interna
- Incomprensione tra gli operatori
- Disorganicità degli interventi
- Competizione e triangolazione tra operatori
- Mancanza di una vera responsabilità sul caso

Chi è l'utente?

1. Portatori di disagio e di richiesta (***come in privato***)
2. Portatori solo di disagio: quali i criteri per intervenire? ***“Correte che c'è uno matto guasto”***
3. Portatori solo di una richiesta: i c.d. committenti (che pure hanno loro un problema) ***“così non si campa più fate qualcosa”***

Il progetto terapeutico

- Analisi della domanda
- Assessment
- Progettazione degli interventi multipli
- Restituzione e contratto
- Attuazione degli interventi sotto la guida del case manager
- Valutazione dei risultati
- Riprogettazione dell'intervento

Il consenso

- Prima della riforma ,il manicomio
- Il TSO: regole
- L'incapacità di intendere e di volere:
Non solo per motivi psichiatrici
Non è una caratteristica del soggetto
- L'inabilitazione e l'interdizione

Il consenso e l'inganno

alzi la mano chi non ha le corna

- Il serenase nella minestra
- Quando sostituirsi al paziente?
 1. Quando è confuso, il piano incoerente
 2. Quando in contrasto con precedenti valori
 3. Conseguenze irreversibili
- Caratteristiche dell'intervento senza consenso:
 1. Evolutivo, non cronico
 2. Breve
 3. Deve puntare a rimettere il paziente in grado di decidere
- In Psicoterapia?

2. La riabilitazione

- Una terapia senza parole con lo stesso obiettivo: cambiare l'idea di sé e del mondo
- I fatti cambiano le idee
- Progetto individualizzato , verificabile con indicatori e tempi

3. La prevenzione

- Una terapia senza sintomi:
 1. Definire l'utenza e la commitenza
 2. Definire le convinzioni disfunzionali bersaglio o le convinzioni protettive da promuovere
 3. Far sperimentare alternative
 4. All'interno di una relazione educativa significativa
- Es: alfabetizzazione emotiva

4. Urgenza

- E' la rottura di un equilibrio: talvolta interno, spesso esterno, sociale
- La crisi come crollo della capacità predittiva: il paziente e chi ha intorno non capiscono più cosa sta succedendo e si spaventano a vicenda
- Urgenza non equivale a ricovero
- Urgenza non equivale a farmaco

Intervento nell'urgenza

- Grande emotività espressa: predomina l'allarme anche negli operatori
- Occorre ridare prevedibilità agli eventi
- Meglio essere almeno in due
- Vedere l'ambiente e lavorare fuori
- Prima capire e poi fare
- E' il momento di inizio o di ridefinizione di un progetto terapeutico

Intervento nell'urgenza

- Elenco degli attori significativi
- Elenco delle richieste degli attori
- Le diverse costruzioni della situazione
- Alleanze, relazioni e potere in campo
- Ricostruzione della storia e dello scompenso
- Capire il circolo vizioso interpersonale che innesca e mantiene la crisi
- Definire il proprio ruolo esplicitamente

Intervento nell'urgenza: attenzioni

- Mostrarsi autorevole (chiaro, breve, calmo, paziente e fermo)
- Vedere separatamente gli attori
- Avere tempo
- Non allearsi precocemente

Intervento nell'urgenza: scopi

- Mettere a confronto le diverse costruzioni per giungere ad una costruzione condivisibile
- Definire un progetto praticabile (immediato, a breve termine, a medio termine) di cui si è garanti con le proprie risorse che si mettono in campo

5. Immaginando una cosa completamente diversa

PROVOCAZIONI PER UN
CAMBIAMENTO

Perché cambiare?

- L'insoddisfazione degli utenti.
- L'insoddisfazione degli operatori che da quando ho memoria lamentano una carenza di risorse ed in particolare di personale.
- La progressiva riduzione delle risorse a disposizione per la sanità in generale e la psichiatria in particolare.

La cronicizzazione del curante

- I **manicomi** nascono con l'intento filantropico di curare amorevolmente gli alienati distinguendoli da altre categorie di emarginati e progressivamente diventano ciò che abbiamo conosciuto. Ad essi segue la rivoluzione kunhiana del paradigma che da ospedale centrico diventa **territoriale** con una forte ideologizzazione degli operatori impegnati nella liberazione degli utenti. Del resto spesso le rivoluzioni nascono su un movimento dello spirito e poi si ingessano in pesanti e oppressive strutture..

Il DSM istituzione totale

- Progressivamente anche i DSM divengono istituzioni totali che gestiscono completamente l'esistenza e i bisogni dei pazienti e sempre più attenti alle esigenze degli operatori piuttosto che degli utenti.

Il DSM istituzione totale

- Ho l'impressione che la maggior parte delle procedure consolidate dei DSM mantengano se stesse e si siano progressivamente modellate sulle necessità dei lavoratori della salute mentale.

Lo spirito e le regole

- La chiesa muove i primi passi leggera sulle rive del lago di Tiberiade e poi produce il vaticano e l'inquisizione

Lo spirito e le regole

- Ancor prima lo spirito della Thorà produsse le ferree regole del libro dei numeri.

Lo spirito e le regole

- La rivoluzione di ottobre partorì i gulag

Lo spirito e le regole

- Mani pulite Berlusconi.

Attenti al bambino in mezzo al fango

- Ci sono mille obiezioni che rendono irrealizzabile quanto segue ma vi chiedo di accantonarle un istante. In verità una nuova prospettiva ha bisogno di crescere prima di essere sottoposta alla scure severa del falsificazionismo altrimenti si rischia una strage degli innocenti. Invito dunque a cogliere il senso generale della proposta e l'essenza del cambio di paradigma che propone rimandando a dopo le obiezioni che dovranno necessariamente generare degli aggiustamenti per renderla applicabile concretamente.

Tre cardini

1. la centralità e l'assoluto protagonismo del **paziente**, ora cliente, che va inteso come colui che soffre (il malato e i suoi familiari) nella determinazione della propria cura e nell'investimento delle risorse a lui destinate.
2. La libera **concorrenza** tra gli erogatori delle cure che mira a migliorare la qualità e a ridurre i costi
3. **Il ruolo del pubblico (arbitro)** rivolto a stabilire degli standard irrinunciabili, a certificare l'idoneità e la qualità degli erogatori, a verificare la qualità delle prestazioni erogate

La cura passo 1

- Il paziente riceve una diagnosi multi assiale (psichiatrica, neuropsicologica, sociale) in un centro regionale di alta specializzazione (o negli SPDC, per valorizzare la “D” della sigla) dove, in base alla diagnosi gli viene assegnato un certo DRG vale a dire un budget di spese annue da investire per la sua cura e la riabilitazione.

La cura passo 2

- Ricevuta l'assegnazione del budget la prima cosa che deve fare il cliente è la scelta dei case manager in un elenco regionale. I case manager in genere sono due per condividere le responsabilità e per una visione più complessiva. Il case manager deve avere una conoscenza approfondita della patologia in questione (sono dunque da immaginare case manager specializzati per aree problematiche) e dell'offerta terapeutica presente sul territorio regionale e nazionale.

La cura passo 3

- A questo punto si costituisce il nucleo paziente – esperti – familiari (PEF) che rappresenta il cliente verso gli erogatori dei servizi. Il PEF predispone un piano biennale di interventi che viene sottoposto alla valutazione in termini di appropriatezza clinica e di costi da parte di una commissione regionale che ha anche lo scopo di favorire la circolazione delle idee e i progetti più innovativi. Tuttavia la decisionalità sulla spesa resta al PEF in quanto il titolare del budget è il paziente stesso.

La cura passo 4

- Il PEF cliente acquista e usufruisce dei servizi dagli erogatori

Fornitori

- Gli erogatori di servizi acquistabili con il budget assegnato non si limitano a quelli sanitari (anzi con il procedere della cura e della riabilitazione dovrebbero esserlo sempre meno) e sono dunque potenzialmente infiniti.

Fornitori

- erogatori di visite psichiatriche (psichiatri convenzionati con la ASL)
- erogatori di psicoterapie (psicoterapeuti convenzionati con la ASL)
- erogatori di assistenza domiciliare
- erogatori di attività risocializzanti
- erogatori di attività riabilitativi
- erogatori di periodi di ricovero.
- erogatori di sostegno all'housing
- erogatori di formazione lavorativa

Controllo ed emergenza

- Al SSN resta affidato per legge il servizio di emergenza che non discostandosi dalle altre specialità mediche fa riferimento alla guardia medica ed al 118, integrato con competenze psichiatriche, e i SPDC ospedalieri