

Università degli Studi Magna Grecia di Catanzaro
Cattedra di Psichiatria
Direttore: Pasquale De Fazio

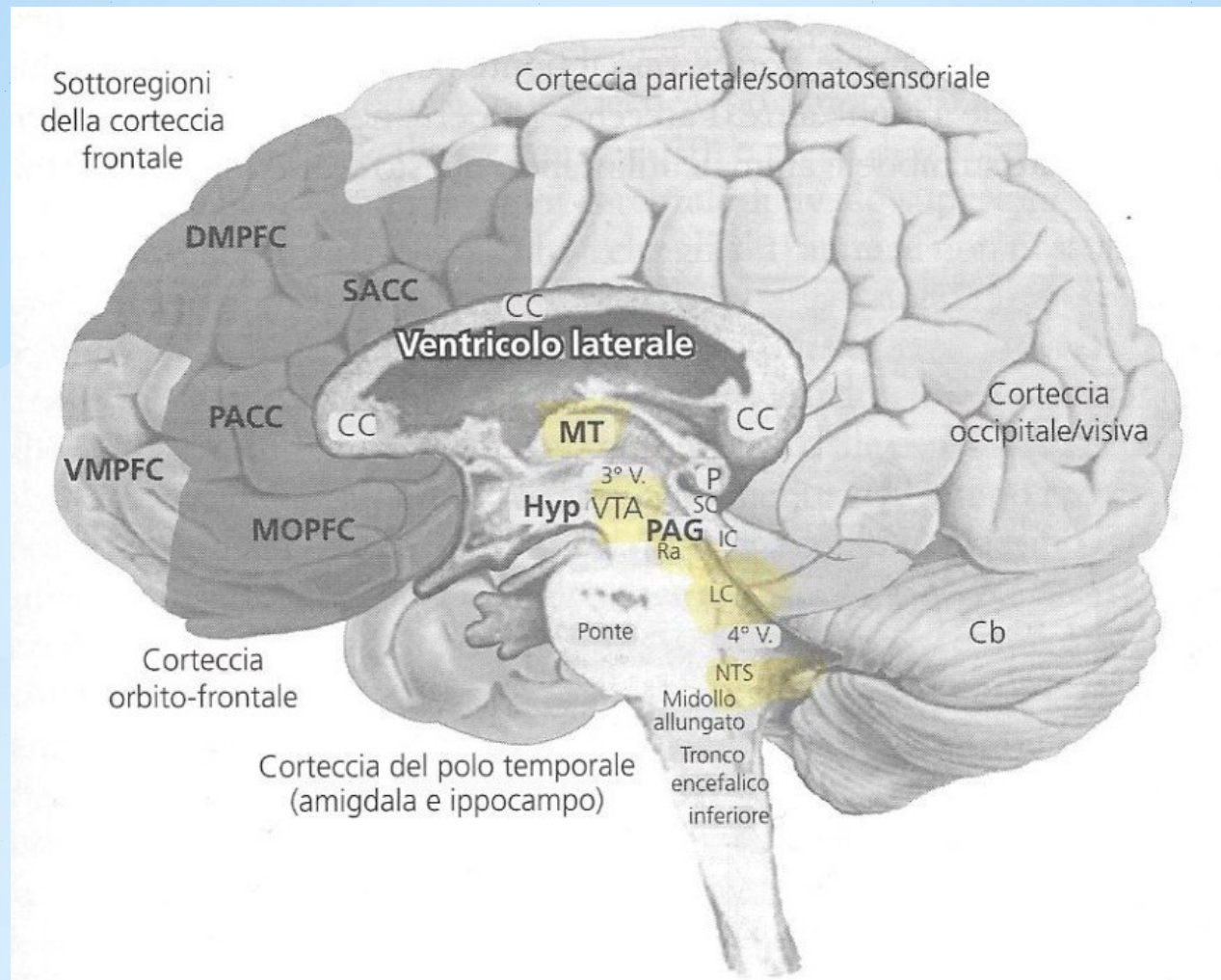
***Le distorsioni della comunicazione nella pratica psico e
farmacoterapeutica nel campo della clinica psichiatrica.
Nuovi presupposti teorici e indicazioni operative nella terapia e nella
riabilitazione.***

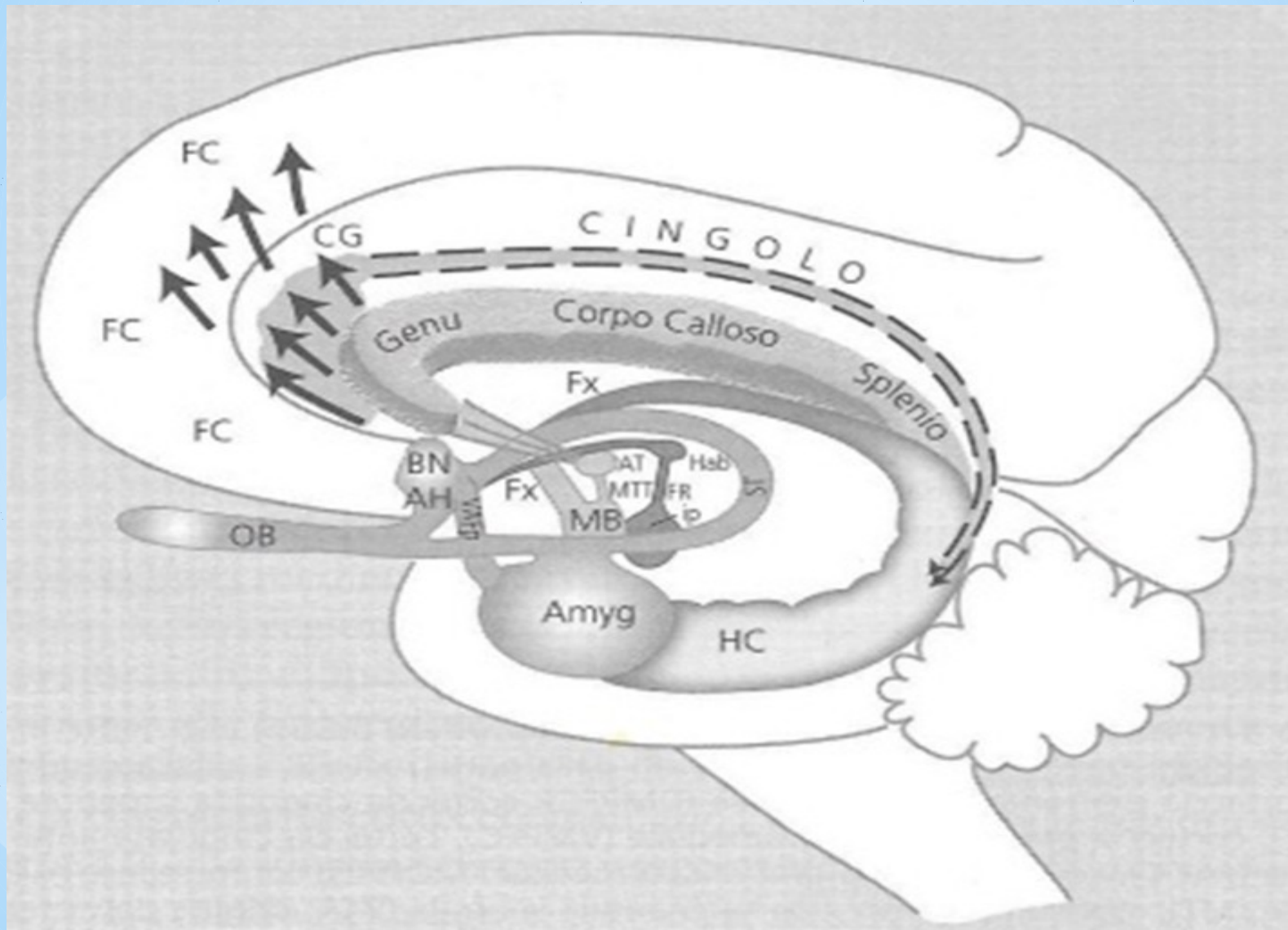
Mario Nicotera

Master di II livello di Psichiatria e Riabilitazione

- * Tutti noi ci arrabbiamo o ci sentiamo soli e tristi o scoppiamo dalla gioia, ma non ci siamo mai interrogati sulla vera natura e sulle origini di queste emozioni.
- * La psicologia ci ha detto molto sui derivati cognitivi, ma poco sulla natura di queste emozioni e sulla loro origine neuronale.
- * Chiamiamo questi sentimenti emotivi *affetti* per significare la natura primaria delle emozioni e per capire - attraverso un cammino a ritroso - la loro origine nelle strutture più antiche del cervello.

- * Se la neocorteccia è responsabile di tutte le conquiste culturali dell'uomo, nessuna aveva dimostrato esserci un “modulo innato” posto nelle strutture più profonde del cervello da intendersi come una “mente primigenia”.
- * Fig.1: L'origine del principale sistema della serotonina che innerva il sistema limbico si trova a livello del *Locus Coeruleus*
- * Fig.2 Dal sistema limbico partono le vie che arrivano alla corteccia





* Le c. d. neuroscienze affettive hanno dimostrato che le “emozioni di base” provengono da queste più antiche regioni sottocoricali del cervello e contengono almeno sette *sistemi affettivi di base*:

* Ricerca (attesa) Paura (ansia)

* Collera (rabbia)

* Desiderio sessuale (eccitazione sessuale)

* Cura (accudimento)

* Panico/sofferenza (tristezza)

* Gioco (gioia sociale)

Secondo questa visione, vengono descritte tre diverse modalità di immaginare la vita emotiva:

- * *Processo primario*, quale attività neuronale di base situata lungo l'asse centrale più profondo delle strutture cerebrali che presiedono allo sviluppo ontogenetico e filogenetico dei sistemi funzionali più recenti
- * *Processi secondari*, codificati da strutture diverse e che si avvalgono da apprendimenti e modificazioni neurali frutto delle interazioni con l'ambiente fin dal momento della nascita
- * *Processi terziari*, che rappresentano l'evoluzione più sofisticata della neocorteccia, quella che presiede alle funzioni cognitive e riflessive che elaborano i sentimenti più evoluti, in special modo in quel particolare tipo di mammifero che è l'uomo.

- *(...) i medici, specie gli psichiatri, devono conoscere questi sistemi affettivi, poiché offrono intuizioni nuove sulle interazioni mente-corpo
- *La conoscenza di questi sette sistemi affettivi di base potrebbe addirittura rivoluzionare tutte le pratiche psicoterapeutiche e farmacoterapeutiche oggi conosciute.

(Un esempio: la stimolazione del sistema-paura porta ad un aumento del cortisolo che porta energia al muscolo scheletrico nel caso l'animale decida di fuggire. Tuttavia, un eccesso di questo ormone può essere dannoso e il nucleo paraventricolare (PVN) dell'ipotalamo blocca l'ulteriore rilascio. Ma se si verifica un'eccessiva esposizione allo stress, questa inibizione non avviene, esponendo l'individuo al rischio di danni a tutti gli organi viscerali, al cervello stesso, al sistema immunitario e a quello dell'equilibrio psichico che, in questo caso, si manifesta come depressione, altri disturbi mentali, deficit mnemonici e danni neuronali nelle regioni dell'ippocampo (morte delle cellule). La stimolazione di una "risata" nei ratti, invece, è capace di produrre nuove cellule nelle stesse regioni)

- * La teoria appena espressa contrasta, per esempio, con alcuni dei cardini psicoanalitici, proprio perché la prospettiva di considerare nella loro giusta importanza i processi emotivi appena delineati, getta una nuova luce critica sulle intuizioni cliniche, come quella psicoanalitica, le cui posizioni sono basate, appunto, su quelle intuizioni piuttosto che sulla ricerca neuroscientifica.
- * Essa fornisce sostegno neurobiologico alla concezione secondo cui uno sviluppo emotivo sano si basa fortemente sul mantenimento di interazioni umane solidali e, in circostanze tragiche, suggerisce la prescrizione di farmaci più specifici (una nuova «chimica» cerebrale) a sostegno delle pratiche psicoterapeutiche
- * Esempio: L'accudimento, la vicinanza, il calore umano, la solidarietà favoriscono quel fenomeno che va sotto il nome di “effetto-placebo”, calmante, rasserenante, mediato dal rilascio di sostanze da parte dei sistemi oppioidi del cervello.

* Attraverso esperimenti di stimolazione si è cercato di determinare quale fosse la regione cerebrale interessata e si è arrivati a determinare che il fenomeno avveniva per attivazione delle vie nervose che vanno dalla base del cervello alla corteccia cerebrale basale, passando vicino alla superficie ventrale e anteriore del cervello(...) La stimolazione ripetuta di tale fascio, detto fascio dopaminergico mesocorticolimbico, porta una certa quantità di dopamina alla corteccia cerebrale”.

* Quest’aumentato apporto di dopamina avviene soprattutto per “merito” del *nucleus accumbens*. Insieme ad altre sostanze c. d “premianti” (endorfine) la dopamina costituisce il grande sistema delle spinte motivazionali primarie.

- * Sistemi emotivi e apprendimento sono strettamente legati
- * Un esempio: *se una parte significativa delle esperienze emotive precoci è riconducibile al sistema della paura più che a quella di sistemi positivi, allora, la particolare personalità che comincia a strutturarsi dai processi di apprendimento in parallelo coordinati allo stato emotivo sarà caratterizzata da negatività e disperazione, invece che da affetto e ottimismo.* (Le Doux, 2002).
- * Pur avendo ancora bisogno di altre verifiche sperimentali, possiamo ipotizzare la differenza fra i due sistemi confrontandoli (con Punksepp) nel modo seguente.

Tipi di coscienza

AFFETTIVA

- Più sottocorticale
- Meno computazionale
- Più analogica
- Intenzioni in azione
- Azione per la percezione
- Codici di neuromodulatori (Neuropeptidi)

COGNITIVA

- Più neocorticale
- Più computazionale
- Più digitale
- Intenzioni ad agire
- Percezione per l'azione
- Codici di neurotrasmettitori (Glutammato ecc.)

Uno degli obiettivi principali della psicoterapia è di promuovere il controllo cognitivo dei processi affettivi

- * Abbiamo riferito uno schema delle differenze principali tra sistemi che mediano i processi affettivi e cognitivi del cervello e gli effetti dei «sensi» esterni . E abbiamo acquisito qualche certezza e qualche distinguo:
- * (...)non tutto è frutto dell'apprendimento e della nostra biografia (e dell'ambiente sociale). Ci piace pensarci così, come persone che non sono il frutto esclusivo delle nostre vite particolari e, quindi, dell'ambiente specifico in cui siamo stati allevati. Grazie alle scoperte della genetica , non crediamo più alla favola della *tabula rasa*, plasmata poi dalla società e dalla cultura in cui ci capita di vivere. E questa consapevolezza ci rende più liberi. (Nicotera, 2014)
- * A livello neocorticale, quelle che sembrano funzioni cerebrali “innate”(...) vengono costituite attraverso il processo del vivere nel mondo e non tramite rigide prescrizioni genetiche (sviluppo e funzioni della vista e Platone).

P. Legrenzi e C.Umiltà. *Neuro-mania*, in: M. Nicotera- “A proposito di violenze psicologiche...” in: *La mia vita è bella perché so di essere amato . Contributi di umanizzazione nell'ASP di Crotone*, a cura di Massimo Rizzo, Rubettino, Soveria Mannelli, Cosenza, 2014

*Oggi sappiamo che l'amigdala è quella struttura cerebrale che custodisce la cosiddetta "memoria emotiva" e, quindi, risulta importante riconoscere il valore delle emozioni come strumento per rivisitare la propria storia in termini di emozioni positive o negative. Le emozioni in sostanza ci ricordano ciò che è stato e su quella base ci incitano a fare o non fare una cosa, a vivere o non vivere una certa condizione esistenziale; tutto sulla base della memoria emotiva del passato e delle esperienze positive o negative a esse associate.

*Parlarne col proprio terapeuta e ripercorrere il proprio cammino in termini di emozioni che hanno "condizionato" le nostre scelte, è, comunque, un "condizionamento" a fare delle scelte diverse, ma alla luce di una partecipazione attiva e consapevole, altra cosa da quel decondizionamento basato esclusivamente sulle estrinsecazioni o manifestazioni esterne all'individuo e che, per questo, si sollevano in qualche modo considerare oggettive.

*Sintetizzando nella figura che segue vediamo che i controlli dei livelli emotivi sono i seguenti

E. Boncinelli: *La vita è una mia creazione*, in M. Nicotera, op.cit.

Livelli di controllo nel cervello emotivo-affettivo

Controlli di stato (#1) ed elaborazione dell'informazione (#2 e #3)

1. Affetti di base-primordiali di processo primario (sotto-neocorticali)
 - i) Affetti emotivi (sistemi emozione-azione, *Intenzioni-in-azione*)
 - ii) Affetti omeostatici (introcettori corporei-cerebrali come fame, sete ecc.)
 - iii) Affetti sensoriali (sensazioni piacevoli e spiacevoli/disgustose innescate a livello esterocettivo-sensoriale)

2. Emozioni di processo secondario (apprendimento attraverso i gangli della base)
 - i) Condizionamento classico (per es. PAURA attraverso l'amigdala basolaterale e centrale)
 - ii) Condizionamento strumentale e operante (RICERCA attraverso il nucleus accumbens)
 - iii) Abitudini comportamentali ed evolutive (principalmente inconsce-striato dorsale)

3. Funzioni di "consapevolezza" neocorticali e affetti terziari
 - i) Funzioni cognitive esecutive: pensieri e pianificazione (corteccia frontale)
 - ii) Rimuginazioni e regolazioni emotive (regioni frontali mediali)
 - iii) "Libero arbitrio" (funzioni superiori della memoria di lavoro – *Intenzione-ad-agire*)

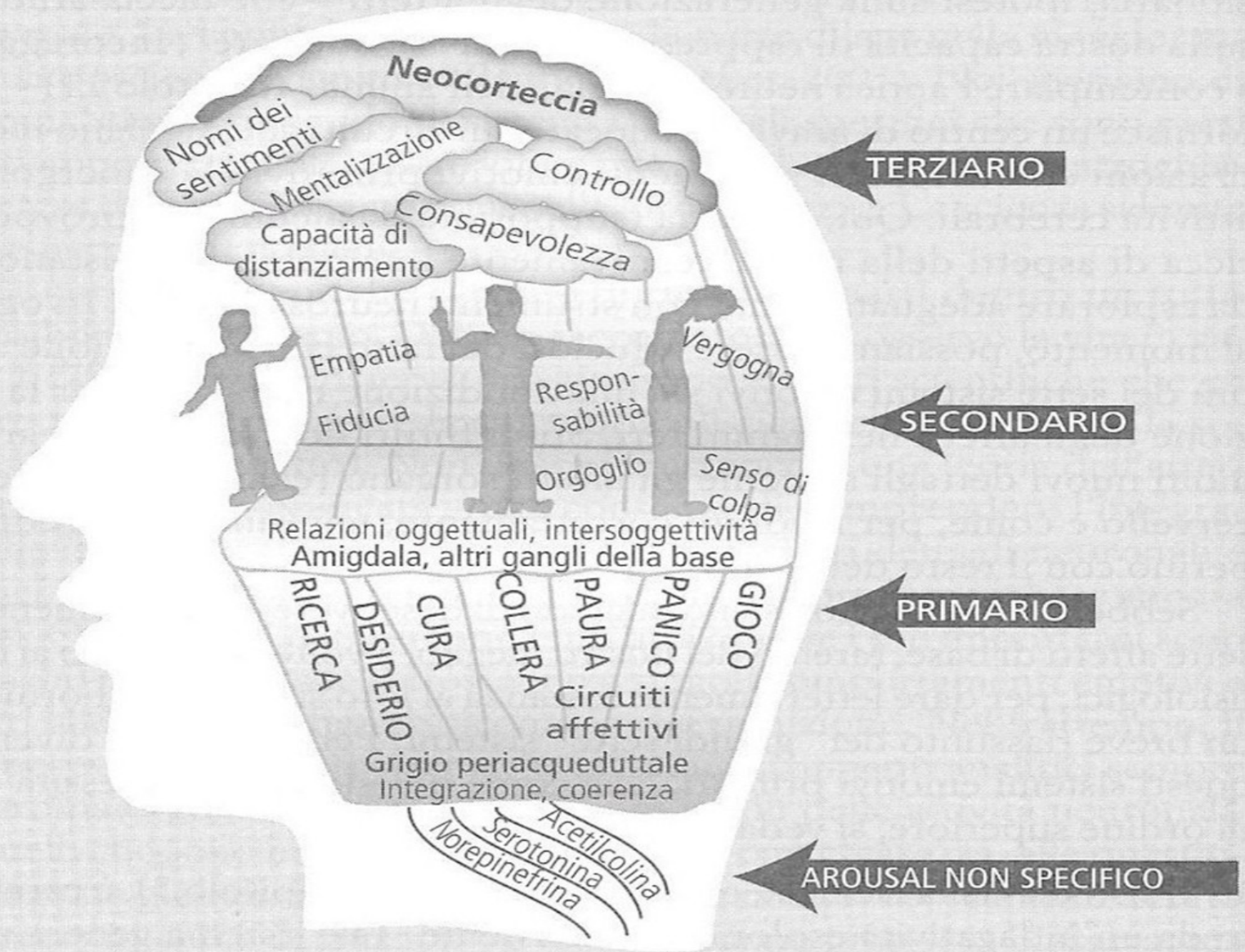
* L'intelligenza umana è strettamente legata alla corporeità situata negli individui. I concetti di essere, sentire, agire, conoscere descrivono modalità diverse delle nostre relazioni col mondo. Esse condividono tutte una radice corporea costitutiva e, a sua volta “mappata” in distinte e specifiche modalità di funzionamento dei circuiti cerebrali e dei meccanismi neurali. A livello del sistema cervello-corpo, azione, percezione e cognizione condividono la stessa radice “carnale”, sebbene siano differentemente organizzate e connesse a livello funzionale.

Relazione tra i livelli di elaborazione emotiva



Profili delle emozioni nello sviluppo e nella maturità

* Le neuroscienze divengono perciò stesso “scienze umane” quando misurano anche la nostra identità, la nostra storia personale, la nostra condizione culturale quando fruiamo della percezione delle cose del mondo. Così come le discipline umanistiche, esse divengono discipline di conoscenza dell’individuo, pur ricorrendo allo studio e alla conoscenza delle sue componenti sub-personali come il cervello e i neuroni.



Vi sembrano cose dell'altro mondo? E, allora
riguardatevi il film



Ecco i nostri protagonisti che rappresentano alcuni sistemi affettivi di base in una foto di famiglia



*Ed eccoli in azione!



Tutto risolto, allora?

No

Perché?

La teoria appena esposta sostiene, dunque , che le emozioni siano cablate nel cervello e siano scatenate in presenza di stimoli-innesco

Paura, ansia ed emozioni, secondo Le Doux, sono - invece - sentimenti consci, assemblati cognitivamente

Quello che ci accomuna al mondo animale è solo l'eredità di come abbiamo imparato a rilevare e a rispondere alle minacce

Mentre le componenti strutturali sono simili in tutti, a livello microscopico sono cablati in modo sottilmente diversi: Il Sé sinaptico

* Allora? Dobbiamo ripensare il cervello emotivo

- * a) meccanismi (innati) che rilevano e rispondono alle minacce al di fuori del regno della coscienza
- * b) meccanismi contrapposti che creano sentimenti consci di paura
- * c) 1. risposta difensiva innata
- * d) 2. esperienza individuale che influisce sul modo come sia programmata la risposta genetica
- * e) rabbia, tristezza, gioia, disgusto seguono lo stesso destino

- * Questa elaborazione è a carico dell'amigdala ed è automatica e non richiede né la consapevolezza conscia dello stimolo, né il controllo conscio della risposta.
- * Abbiamo circuiti che controllano le risposte innate e che, nelle persone sono comunemente associate alle emozioni.
- * Ma questi non sono i circuiti delle emozioni o dei sentimenti; sono i circuiti di sopravvivenza. Così, il circuito dell'amigdala non produce sentimenti di paura; rileva le minacce e orchestra le risposte difensive per aiutare a mantenere vivo e vegeto l'organismo.
- * Funzioni simili sono presenti in organismi unicellulari privi di sistema nervoso.

- * questi circuiti non esistono per far sì che noi o qualsiasi altro animale sentiamo in un certo modo
- * Essi sono circuiti di sopravvivenza attivati dalle minacce
- * La loro funzione è quella di mantenere in vita l'organismo.
- * L'emozione è il sentimento che ha un organismo quando sperimenta consapevolmente queste conseguenze.
- * Mantenere separati i processi che consentono di rilevare e rispondere agli eventi significativi dai processi che generano sentimenti è quindi la chiave per comprendere più a fondo cosa siano realmente emozioni e come funzionino.
- * Anche se questi processi sono correlati, confonderli serve solo a impedire una reale comprensione del cervello emotivo.

* IL CERVELLO DIFENSIVO

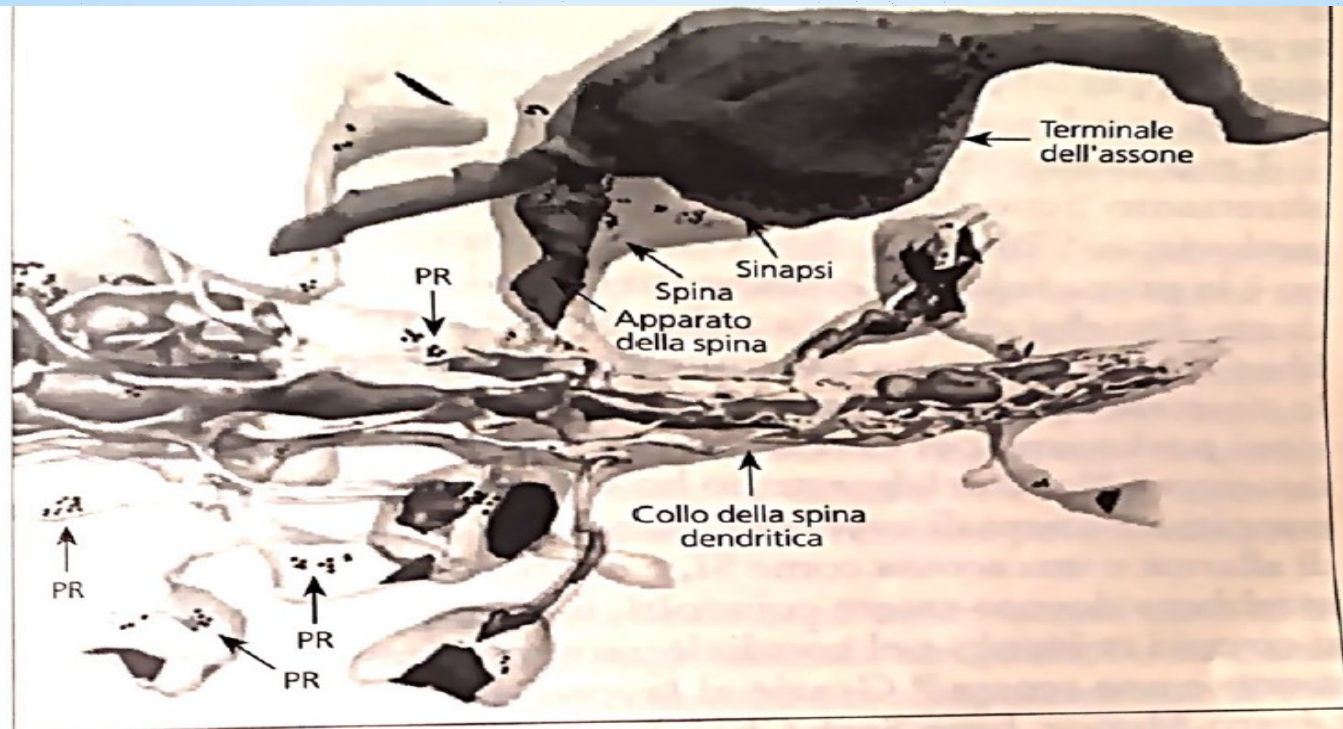


Figura 4.9 Visualizzazione dei cambiamenti strutturali nei neuroni dell'amigdala laterale in seguito all'apprendimento. Ricostruzione microscopica fatta da Linnaea Ostroff delle sinapsi nell'amigdala laterale (LA) dopo il condizionamento alla minaccia. Si notino le vescicole (piccole strutture circolari) contenenti neurotrasmettitori nel terminale dell'assone presinaptico che formano una connessione sinaptica con una spina dendritica. Le due scoperte principali sono le seguenti: l'apprendimento provoca lo spostamento dell'apparato spinale nella spina; un aumento dei poliribosomi (PR), che costituiscono la base per la sintesi proteica, produce un passaggio chiave nella formazione della memoria. Questa è un'immagine statica di cambiamenti strutturali che si verificano quando il cervello apprende. (Immagine: cortesia di Linnaea Ostroff.)

* Droghe, piacere e apprendimento

- * Gli effetti della dopamina sui neuroni e sull'apprendimento sono riprodotti fedelmente in studi su sezioni laminari del cervello
- * Dovremmo concludere che questo effetto di rinforzo provoca piacere a queste fettine di cervello?
- * I ricercatori che studiano gli stupefacenti sono giunti alla conclusione che il piacere soggettivo non sia la fonte del rinforzo
- * Il rinforzo non è determinato dal piacere soggettivo provato, ma dal coinvolgimento di cellule neurali, sinapsi e molecole (vedi prima) in associazione con i processi di apprendimento

* **Gli stimoli minacciosi**

- * gli stimoli minacciosi attivano circuiti difensivi di sopravvivenza che hanno il loro fondamento nell'amigdala
- * Tali circuiti innescano una serie di risposte nel cervello e nel corpo le quali cambiano il modo in cui la minaccia è ulteriormente elaborata dal cervello.
- * Questi circuiti danno un contributo significativo, anche se indiretto, all'esperienza conscia della paura.
- * L'informazione sensoriale raggiunge l'amigdala l'elaborazione delle minacce è influenzata dall'attivazione di questa
- * Esemplichiamo le vie dell'amigdala, focalizzando l'attenzione sulle minacce uditive e visive

*

a

Corteccia visiva

Via alta y

Talamo visivo

Occhio

Serpente

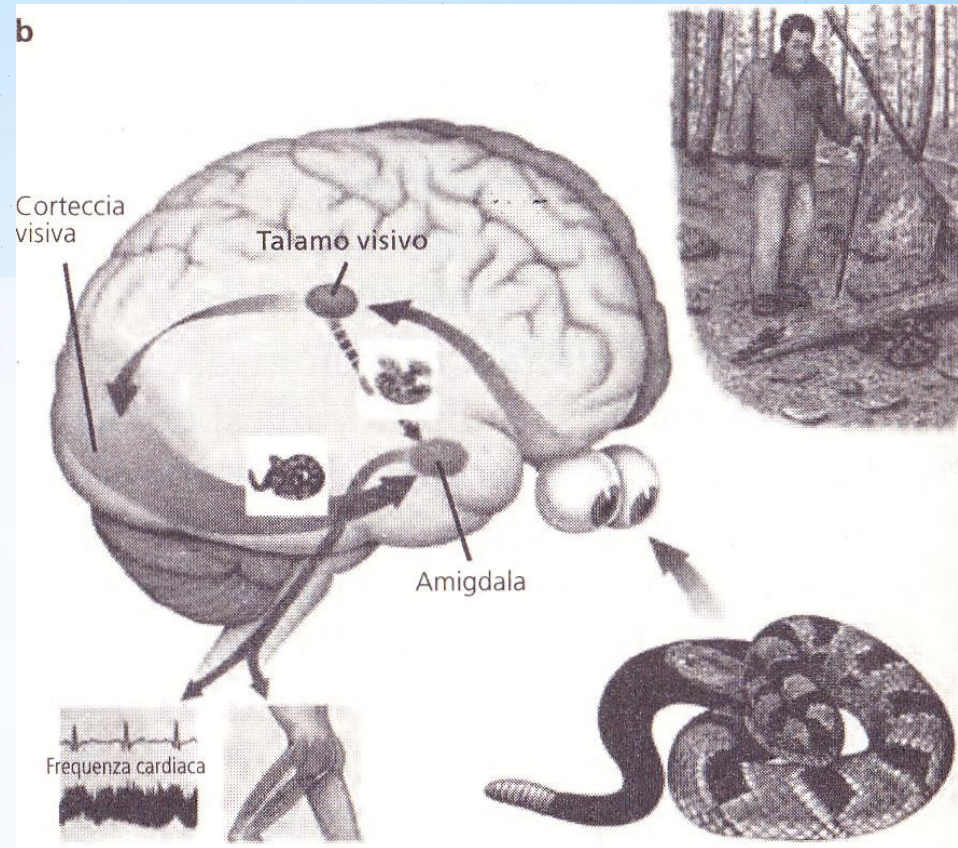
Via bassa

- collega il talamo sensoriale con l'amigdala
- "rapida e sporca"
- più breve e veloce, ma poco informativa

Via alta

- collega la corteccia visiva con l'amigdala
- più lunga e lenta, ma fornisce più informazione

b



- * Il modello via bassa/via alta è suffragato da studi sui processi non consci in cervelli sani," in pazienti con visione cieca" e in pazienti cui sono stati impiantati elettrodi nell'amigdala, nel quadro della terapia dell'epilessia.**
- * la via bassa ha finito per essere equiparata all'elaborazione non conscia e la via alta a quella conscia.**
- * È oggi chiaro che entrambe le vie dovrebbero essere considerate come input non consci all'amigdala.**
- * Le etichette "via bassa" e "via alta" sarebbero più propriamente da considerare descrizioni abbreviate dei percorsi degli input sensoriali dal talamo**



Figura 8.4 Un bastone nell'erba. Serpente o bastone? Nel giro di qualche milisecondo la vostra amigdala può cominciare a scatenare risposte difensive a uno stimolo di questo tipo. I circuiti sottostanti a questa risposta sono mostrati nella figura 8.3.

- * **Il nuovo approccio per la ricerca sui disturbi psichiatrici. Il Progetto Research Criteria RDoC del NIMH si basa su tre concetti**
 - * i problemi mentali e comportamentali sono problemi cerebrali;
 - * gli strumenti delle neuroscienze sono in grado di identificare le disfunzioni cerebrali alla base dei problemi comportamentali e mentali;
 - * è possibile scoprire marcatori biologici delle disfunzioni cerebrali e usarli per guidare la diagnosi e la terapia dei problemi mentali e comportamentali.
-
- * *In sintesi: l'ansia o la depressione non emergono da un nucleo della depressione o da un sistema dell'ansia nel cervello. Piuttosto, i problemi mentali e comportamentali riflettono cambiamenti in specifici meccanismi cerebrali che operano a vari livelli e che svolgono funzioni psicologiche e comportamentali di base.*

Le persone che soffrono di ansia, presentano:

- (1) maggiore attenzione alle minacce;
- (2) mancanza di discriminazione fra minaccia e sicurezza;
- (3) aumento dell'evitamento ;
- (4) accentuata reattività a minacce non prevedibili;
- (5) sovrastima della significatività e della probabilità delle minacce,;
- (6) controllo comportamentale e cognitivo disadattivi.

A questi processi contribuiscono i circuiti che coinvolgono:

- l'amigdala, il nucleus accumbens, il nucleo del letto della stria terminale, la corteccia prefrontale laterale, la corteccia prefrontale ventromesiale, la corteccia orbitofrontale, la corteccia del cingolo anteriore, l'ippocampo, l'insula e i sistemi di eccitamento.
- specifici processi e circuiti
- i meccanismi molecolari che ne sono alla base, nei diversi disturbi d'ansia
- Il rapporto tra i disturbi d'ansia e altri disturbi mentali in cui vi sia un aumento dell'ansia (per esempio, depressione, schizofrenia, autismo).

* <<l'approccio RDoC prende in considerazione i dati sul cervello per trarre ispirazione rispetto al modo in cui un certo problema dovrebbe essere inteso, studiato e affrontato. Si arriva così a una visione molto più complessa dell'ansia, che sfida la semplice idea che possa esistere una pillola magica in grado di risolvere il problema. Per quanto l'approccio RDoC aggiunga complessità alla sfida terapeutica, se lo si considera alla luce della concezione che ho sviluppato in questo libro, esso aiuta anche a spiegare perché le terapie attuali non abbiano un successo maggiore>>.(Le Doux, 2016)

* Perché?

- * I farmaci che vengono sviluppati testandone gli effetti sulle reazioni difensive (congelamento, evitamenti, ecc.) hanno come bersaglio essenzialmente i circuiti difensivi di sopravvivenza e gli stati motivazionali difensivi.
- * Pertanto cambiano i sentimenti di ansia solo indirettamente.
- * dopo il trattamento, le persone possono essere meno stimolate dalle minacce dal punto di vista fisiologico e meno inclini a evitare situazioni stressanti, ma si sentono ancora in preda all'ansia.
- * Non è un risultato da poco l'essere in grado di cambiare il modo in cui funzionano i circuiti di sopravvivenza e di influire sulle reazioni comportamentali, sulle risposte fisiologiche e sulle azioni. Ma per arrivare a farmaci che facciano specificamente sentire le persone meno ansiose modificandone direttamente i sentimenti, bisognerebbe puntare ai sistemi cerebrali che rendono consci i sentimenti.
- * Le benzodiazepine sono un caso interessante.

- * Esse fanno sentire le persone soggettivamente meno ansiose e influenzano pure il comportamento degli animali in alcuni test per l'ansia .
- * Questa classe di tarmaci non è frutto della ricerca farmacologica sugli animali, ma di aperte negli esseri umani.
- * I recettori che essa impegna fanno parte dei recettori per il GABA e l'attivazione di tali recettori aumenta l'inibizione.
- * Ciò ha un'influenza profonda sull'attività neurale del cervello, producendo effetti di ampia portata, spesso non specifici, come la sedazione.
- * Inoltre, ha un ruolo nelle funzioni rilevanti per l'ansia. Una maggiore inibizione nel nucleo del letto e nell'ippocampo riduce il comportamento di valutazione dei rischi in situazioni di incertezza;
- * nell'ippocampo interferisce anche con la memoria e può quindi ridurre l'impatto delle situazioni di pericolo vissute in passato e diminuire ulteriormente la percezione del rischio.
- * I recettori per le benzodiazepine sono presenti anche nella corteccia prefrontale, e nel cervello umano e cambiamenti nella funzionalità dei recettori delle benzodiazepine si verificano nelle aree coinvolte nella memoria, nell'attenzione e nella coscienza

- *Pertanto, gli effetti delle benzodiazepine sul comportamento difensivo e sui sentimenti soggettivi di ansia potrebbero dipendere dal fatto che quei recettori sono presenti sia nei circuiti della memoria di lavoro sia nei circuiti di elaborazione delle minacce/valutazione del rischio.
- *Di conseguenza, la valutazione degli effetti delle terapie deve quindi basarsi su aspettative realistiche di ciò che esse possono fare, il che dipende dalla comprensione dei meccanismi cerebrali che sono alla base dei compiti utilizzati per fare la valutazione.
- *I farmaci ansiolitici che sono ritenuti poco o per nulla efficaci, poiché non fanno sentire le persone significativamente meno ansiose, potrebbero in realtà fare quanto ci si può ragionevolmente aspettare da qualcosa che si basa su studi che misurano l'attività del circuito di sopravvivenza negli animali, non i sentimenti delle persone.
- * Non vuol dire che, a volte, le persone non si sentano meglio grazie a un trattamento farmacologico. La questione è: sarebbe possibile raggiungere risultati migliori riconoscendo la differenza tra i trattamenti che influenzano i processi cerebrali impliciti ed espliciti?

* **Mettere l'esperienza conscia al centro della ricerca sull'ansia**

- * L'esperienza conscia dell'ansia è il punto di contatto dell'individuo ansioso con le funzioni cerebrali alterate che causano problemi.
- * È anche ciò che spesso lo porta a chiedere aiuto ed è ciò che riferisce quando viene sottoposto a diagnosi o alla terapia.
- * I terapeuti passano il loro tempo a interagire con la mente conscia — sentimenti consci inclusi — dei loro clienti; dunque sanno che la coscienza è qualcosa di critico.
- * I problemi di una persona possono provenire dal profondo, ma la coscienza, attraverso i resoconti verbali in prima persona, è il principale veicolo con cui valutare ciò che la persona sta pensando e provando.

- * nel corso degli ultimi anni si sono compiuti molti progressi nella scienza della coscienza umana grazie a studi sull'uomo in cui è possibile separare in modo chiaro i processi consci e non consci e capire i rispettivi contributi alla vita mentale.
- * Per essere chiari, l'esperienza conscia è ancora privata. Nonostante alcune affermazioni, gli scienziati non sanno come leggere il contenuto della mente delle persone con le macchine di imaging.
- * Ciò che è cambiato è che sono state identificate alcune componenti dei processi che contribuiscono alle esperienze cosce. Memoria di lavoro, attenzione, ecc.

- * Tutte le misure RDoC forniscono informazioni sul contributo dei vari ingredienti non consci ai sentimenti di ansia, ma non sono di per sé misure dell'ansia
- * Risulta, allora fondamentale l'esperienza fenomenica
- * L'esperienza conscia dell'ansia, il modo in cui ci si sente, non è solo un livello di analisi. E' ciò che l'ansia è.

- * Le terapie psicotroniche classiche basate sul metodo psicoanalitico freudiano utilizzano la libera associazione verbale e l'introspezione per cercare la causa principale dei problemi mentali e comportamentali sepolta nei ricordi rimossi (inconsci), soprattutto di un trauma o di un desiderio precoce socialmente inaccettabili
- * Approcci psicotronici più recenti tendono a porre maggiormente l'accento sulla considerazione di conflitti interpersonali attuali.
- * Le terapie umanistiche (esistenziale, della Gestalt e centrata sul cliente) aiutano le persone a fare scelte razionali e a realizzare il loro potenziale nella vita, mostrando cura e attenzione per gli altri.

- * La terapia comportamentale presuppone che molti problemi siano dovuti all'apprendimento e usa i principi del condizionamento pavloviano e strumentale per cambiare i comportamenti disadattivi. Nella terapia comportamentale della paura e dell'ansia è particolarmente importante il metodo dell'esposizione, che si ispira al principio di estinzione e prevede incontri ripetuti con oggetti o situazioni che rendono la persona ansiosa o impaurita.
- * La terapia cognitiva si basa sul presupposto che alla base degli stati emotivi (come l'ansia) e comportamentali (come l'evitamento) patologici ci siano cognizioni (credenze) disfunzionali. Modificando queste credenze, anche le paure, gli stati d'ansia e i comportamenti a esse associati possono essere cambiati. La terapia cognitivo-comportamentale combina interventi cognitivi con i metodi che cercano di ridurre la paura e l'ansia attraverso l'esposizione alle minacce

- * La *Acceptance and Commitment Therapy* (ACT), una variante della terapia cognitiva, tenta di insegnare alle persone ad accettare, più che cambiare le proprie emozioni e a prendere decisioni nel contesto di ciò che valgono, invece di lasciar controllare il comportamento dai sentimenti negativi.
- * Le diverse terapie d'ispirazione cognitiva rappresentano oggi gli approcci psicoterapeutici di gran lunga più diffusi.
- * La *mindfulness* usa il rilassamento, esercizi di respirazione, meditazione, yoga e altre tecniche per concentrarsi sul presente e ridurre la tensione e la preoccupazione.
- * "Ciascuno di questi metodi può essere usata solo per ridurre lo stress e l'ansia, ma sta guadagnando consensi."
- * Un approccio, chiamato *Eye Movement Desensitization and - Reprocessing* (EMDR), utilizza stimoli visivi per indurre modelli oculari come parte un trattamento che aiuta il cliente a rielaborare eventi preoccupanti e ad acquisire nuove abilità di coping.
- * L'ipnosi - uno dei primi metodi usati da Freud, successivamente rigettato - sta riguadagnando consensi.

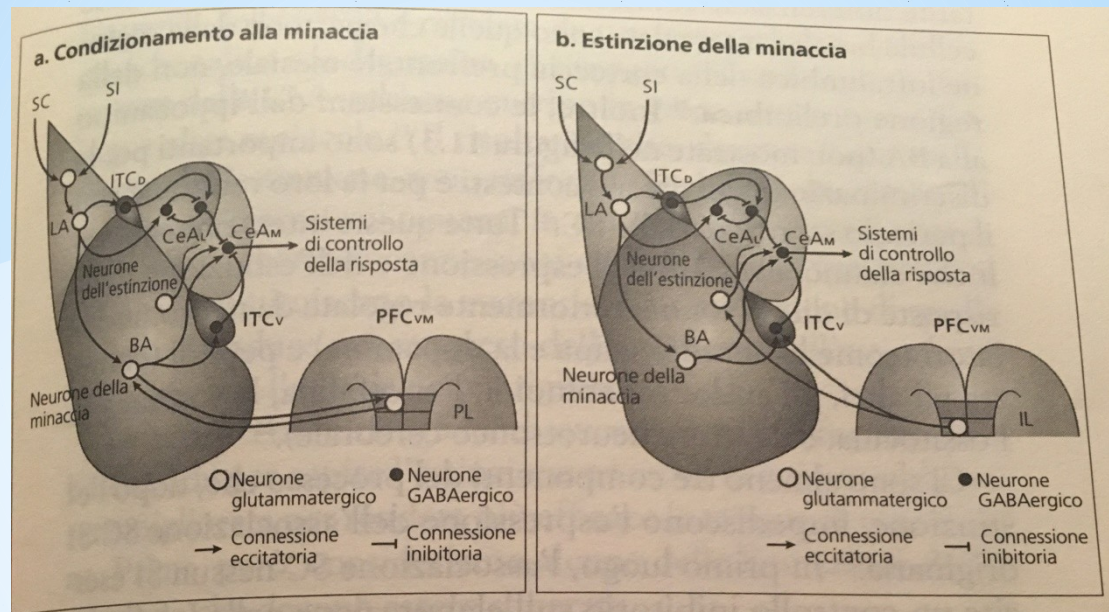


Figura 11.3 L'amigdala e i circuiti prefrontali che sottostanno al condizionamento e all'estinzione della risposte di difesa. Il condizionamento alla minaccia richiede la convergenza dello stimolo condizionato (SC) e dello stimolo incondizionato (SI) nell'amigdala laterale (LA). La LA è connessa alle cellule intercalate (ITC), alla parte laterale del nucleo centrale (CeA_l) e ai neuroni della minaccia nell'amigdala basale (BA). I neuroni della minaccia nella BA sono connessi alle ITC e alla parte mediale del nucleo centrale (CeA_m). All'interno della CeA_l diversi gruppi di cellule ricevono gli input dalla LA e dalle ITC, ma queste popolazioni cellulari sono interconnesse. L'area prelimbica della corteccia prefrontale (PFC_{pl}) connette e regola i neuroni della minaccia nella BA. Gli output della CeA_l sono connessi alla CeA_m, che a sua volta è connessa ad aree di controllo della risposta. Nell'estinzione sono coinvolti circuiti analoghi, fatto salvo che l'area infralimbica della corteccia prefrontale (PFC_{il}) è connessa nella BA ai neuroni dell'estinzione invece che a quelli della minaccia. I neuroni dell'estinzione nella BA regolano poi la CeA_m.

- * Un modo promettente per migliorare l'estinzione è emerso dagli studi sulla base neurale dell'apprendimento della minaccia nei ratti.
- * Una serie di studi ha dimostrato che la plasticità che sottostà all'acquisizione dell'amigdala dipende da una sottocategoria dei recettori del glutammato chiamati recettori NMDA
- * Di questo meccanismo quello che ci interessa per i nostri scopi è che quando i recettori NMDA sono bloccati, il condizionamento alla minaccia viene meno.
- * E' stato ipotizzato che la facilitazione della funzione del recettore NMDA potenzi l'apprendimento e, in effetti, quando ai ratti è stata somministrata la D-cicloserina (DCS) - solo in acuto-, un farmaco che facilita la funzione del recettore NMDA, la memoria creata dal condizionamento era più forte.

*.....una originale proposta per l'intervento di cura e riabilitazione. Quali ne sono i presupposti?

Che le prassi dei servizi non si basino più solo sul trattamento della crisi, sulla riabilitazione, sul *case management*, ma promuovano il diritto alla speranza, alla scelta e all'autodeterminazione e forniscano opportunità e sostegni, per creare e mantenere le condizioni più facilitanti in quello che costituisce oggi per favorire un nuovo paradigma in tema di Salute Mentale: la *recovery*". (Da: Maone e D'Avanzo: *Recovery*, Cortina, Milano, 2015)

* Questa non prevede, al pari delle malattie fisiche che comportano disabilità, necessariamente che la sofferenza sia scomparsa e i sintomi rimossi e le funzioni interamente ripristinate.

* Ma, che una persona con malattia mentale possa guarire (*recover*) anche se la malattia non è guarita (*cared*)

- * la recovery è qualcosa che trascende la dimensione clinica
- * realizza il “*risveglio della dimensione dell’identità*”
- * Sviluppa un nuovo senso e una nuova finalità della vita che possa evolvere al di là degli effetti catastrofici della malattia mentale (e fisica).

Alla recovery come esito clinico, se ne contrappone una “personale” :

- * guidata dal paziente
- * centrata sul paziente
- * basata sull'autodeterminazione
- * rivolta all'inclusione nella vita di comunità,
malgrado la persistenza della malattia

- * gli interventi evidence-based che riducano la disabilità e i sintomi non sono incompatibili
- * tali interventi non devono, tuttavia, essere basati esclusivamente sulla riduzione dei sintomi e sui deficit
- * devono essere tali da non ostacolare l'autodeterminazione e la recovery

Dalla cartella clinica

Stazionario. Mancanza di motivazione, sonno e appetito buoni. Discussa l'eziologia. Continuare LICarb 250 mg. I livelli la prossima volta.

Diario personale

Oggi volevo morire. Tutto mi procurava dolore. Il mio corpo urlava. Ho visto il dottore. Niente sembrava buono e niente di buono sembrava possibile. Sono bloccato in questo stato crepuscolare mentre scendo in un desolato buco nero. Dove c'è posto per una persona soltanto.

(O'Hagan, 1996)

* il percorso di recovery è definito come attivo, unico, non lineare e le sue concettualizzazioni sono raggruppate in cinque categorie:

1. “connessione” (sentire di appartenere ad una comunità)
2. “speranza” e “ottimismo” (sulla possibilità di guarire)
3. “identità” (ricostruzione) e superamento stigma
4. “senso della vita” (ricostruzione narrativa)
5. *_empowerment* (identificazione e potenziamento dei punti di forza della persona e del suo ambiente piuttosto che l'identificazione del suo deficit e i tentativi di ripararlo)

* La recovery ha permesso di individuare :
quattro domini:

1. *il diritto alla piena cittadinanza*
2. l'impegno organizzativo centrato sul paziente e non sui servizi
3. incoraggiare e sostenere la definizione dei bisogni da parte degli utenti stessi
4. sostenere utenti e familiari nella realizzazione piena delle loro potenzialità

(Le Boutillier e al, in Maone e D'Avanzo, op.cit.)

due imperativi:

1. L'esigenza del controllo, della tutela, della sicurezza
2. La promozione della dignità, dei diritti, e dell'autodeterminazione

e alcuni principi:

- Mettere di fatto fine ad ogni residuo di “paternalismo”
- Ridefinire le responsabilità dei servizi e delle soglie di rischio anche dell'utente in nome della reclamata “dignità del rischio” e del “diritto di sbagliare”

* << Questi elementi non devono costituire una minaccia allo status e all'autorità dell'operatore, ma un impulso a elaborare critiche verso i propri pregiudizi verso la malattia mentale in quello che potrebbe essere definito la “recovery degli operatori”: rinuncia preliminare all'attribuzione arbitraria di scopi eterodiretti e creazione delle condizioni per spunti autentici di autodeterminazione.>>

- a) Se non entra in gioco la persona, se non si mette in moto e non si sostiene il processo di recovery, non vi è alcuna azione taumaturgica del professionista.
- b) La guarigione non può essere, dunque, che autoguarigione.
- c) Il linguaggio della persona dovrà rimanere quello in cui andrà tradotto il linguaggio tecnico, e non viceversa.

- d) L'insight non deve rappresentare l'accettazione di una condizione anormale
- e) ma dare luogo ad una narrazione che dia un senso al passato e aspettative al futuro
- f) in modo che il senso delle nostre vite si arricchisca di continue esperienze intrapsichiche e interpersonali.

Recovery è un processo, profondamente personale e unico, di cambiamento di atteggiamenti, valori, sentimenti, obiettivi, capacità e ruoli. È un modo di vivere una vita soddisfacente, piena di speranza e in grado di dare un contributo agli altri, malgrado le limitazioni causate dalla malattia. Recovery significa sviluppare un senso e uno scopo nuovo nella propria vita, nel momento in cui la persona riesce a evolvere al di là degli effetti catastrofici della malattia mentale. (Anthony, 1993, p. 527)

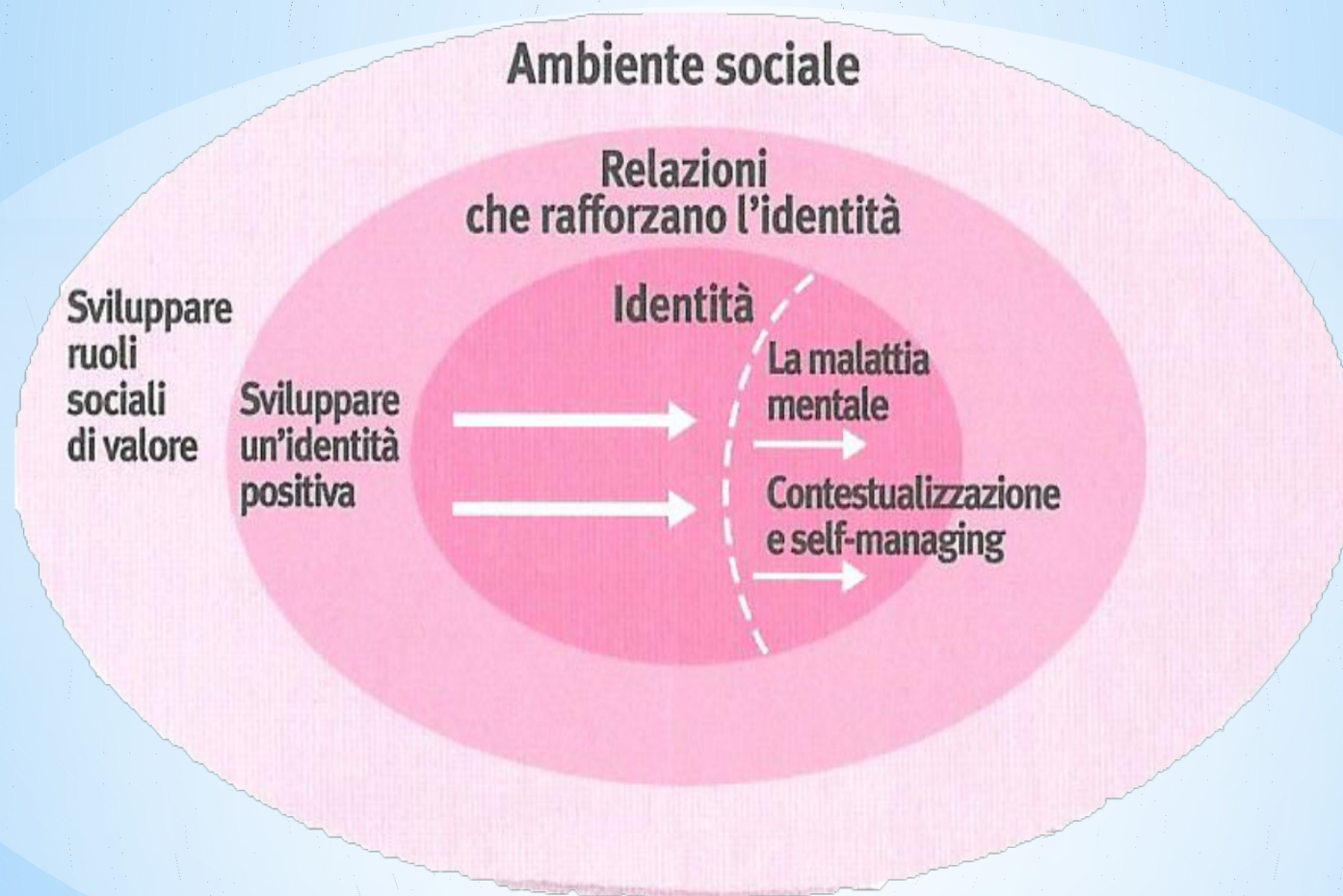
“Riprendersi e non guarire” (Massimo Casacchia, 2009)

*** Può essere valutato l'esito della recovery?**

*** La Personal Recovery Framework offre 4 indicatori sensibili:**

- A. Lo sviluppo di un'identità positiva**
- B. La rielaborazione personale della “malattia mentale”**
- C. La capacità di gestire i sintomi e gli effetti della malattia**
- D. La costruzione di ruoli sociali apprezzabili**

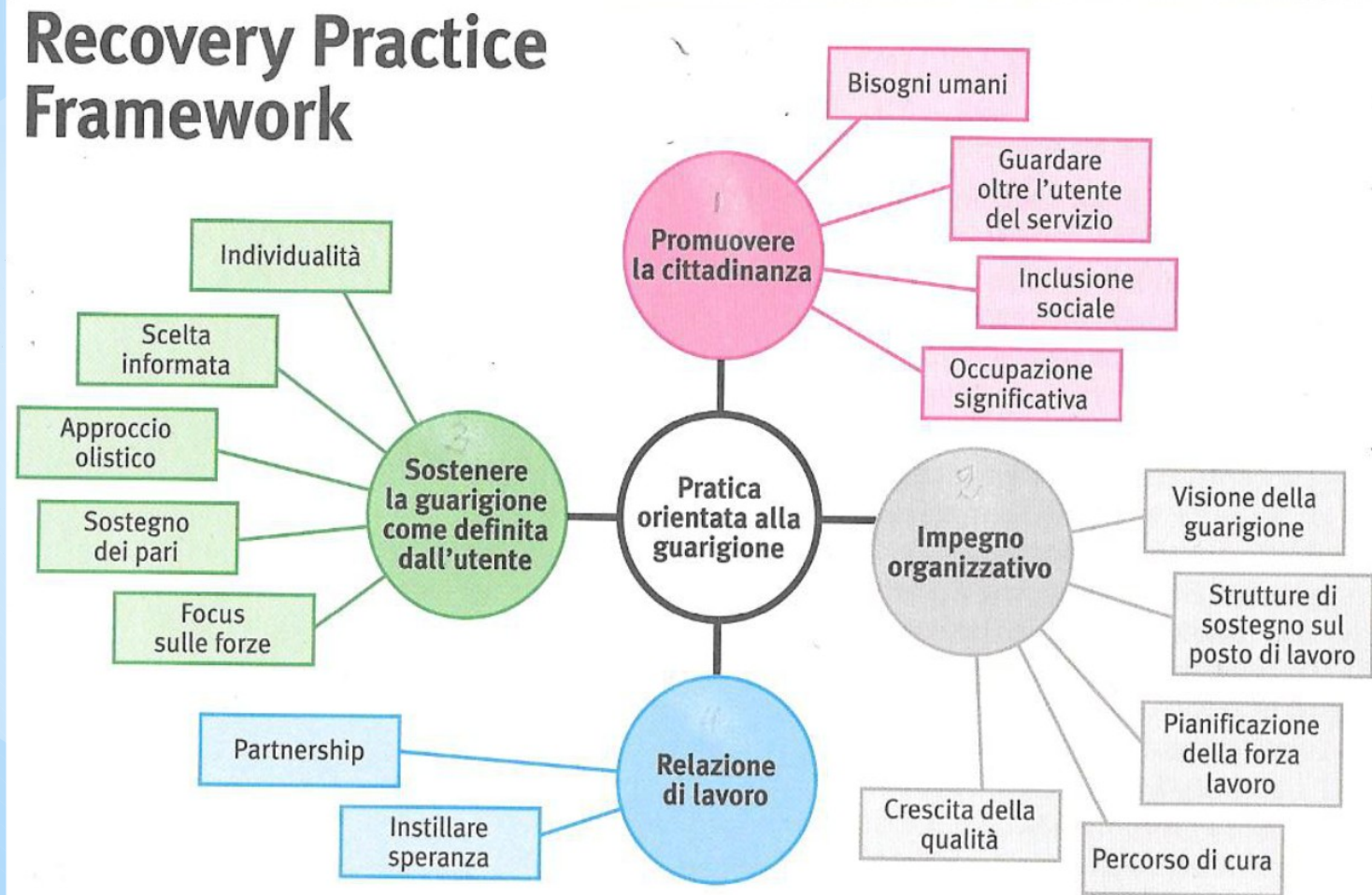
(Slade 2009)



* Quali interventi sono in grado di promuovere la recovery?

1. Le attività dei peer supporter workers (ex pazienti)
2. Le volontà in caso di crisi (joint crisis plan)
3. L'intervento di REFOCUS (da parte degli operatori)
4. Lo Strengths Model (identificazione, assicurazione e sostegno delle risorse offerte dal contesto e da quelle personali)
5. L'inserimento ed il supporto lavorativo individuali (Individual Placement and support - IPS)

Quattro sono i livelli generali dell'intervento di recovery, sintetizzati nello schema seguente (Le Boutillier et al) :



Quattro sono gli ambiti di competenza da acquisire da parte degli operatori (recovery oriented) in training specifici:

- 1) *La capacità di collaborare*
- 2) *La capacità di ispirare, insegnare e il coaching*
- 3) *La capacità di facilitare la scelta (decision making)*
- 4) *Diventare operatore recovery oriented*

"La qualità della vita, i risultati conseguiti e gli esiti nella vita di una persona sono in parte determinati dalla natura delle <<nicchie>> in cui essa vive"

DA: R. Goshal - Lo Strengths Model

Nicchie "inabilitanti"

- A. ~~Assenza~~ **Assenza** di stigmatizzazione
- B. ~~Presenza~~ **Presenza** di attributi
- C. ~~Necessità~~ **Necessità** di raggiungimento di obiettivi
- D. ~~Assenza~~ **Assenza** di ostacoli allo stato
- E. ~~Assenza~~ **Assenza** di incentivo di nuove abilità
- F. ~~Risorse~~ **Risorse** economiche adeguate
- G. Poche possibilità di uscita
- H. Risorse economiche esigue

Sviluppi di politica sanitaria in Inghilterra e modifica della cultura organizzativa dei Servizi di Salute Mentale:

- Programma IMROC (*Implementing Recovery through Organisational Change*)

Box 9.1

Le 10 sfide chiave per le organizzazioni che intendono favorire la recovery (Shepherd, Boardman, Burns, 2010)

1. Modificare la natura delle interazioni quotidiane e la qualità dell'esperienza.
2. Offrire programmi educativi e formativi completi e condotti dagli utenti.
3. Fondare *Recovery Education Colleges* locali per portare avanti i programmi formativi.
4. Assicurarsi l'impegno sui temi dell'organizzazione creando una "cultura" e una leadership a tutti i livelli.
5. Aumentare la personalizzazione e la possibilità di scelta.
6. Modificare le modalità di approccio alla valutazione e alla gestione del rischio.
7. Ridefinire il coinvolgimento degli utenti.
8. Modificare l'utilizzo delle risorse umane.
9. Supportare il personale nel percorso di recovery.
10. Aumentare le opportunità di costruire la propria vita "al di là della malattia".

- **Dichiarazione del Ministro della Salute Norman Lamb**

Il programma ImROC [...] è assolutamente eccezionale. Si tratta esattamente di ciò che intendevamo parlando di focalizzarsi sugli esiti, poiché si tratta di uno schema che, una volta che è stato detto e fatto ciò che serve, produce veri risultati. In tutti i siti questo progetto ha significato tre cose per gli utenti. Ha significato una maggiore scelta, in modo che i servizi siano progettati attorno agli utenti, non attorno al personale. Ha significato un aumento dell'enfasi sull'autogestione, una modalità di approccio alla salute mentale molto più sostenibile. Ha infine ampliato il concetto di paziente esperto molto al di là di quanto non sia accaduto fino a ora, rendendo – come è giusto che sia – più equa la relazione operatore-paziente. (vedi www.imroc.org)

- **Esperienze italiane Brescia, Emilia-Romagna, Veneto (Sabatelli, Lamonaca e coll)**

I Farmaci:

- La loro efficacia non è in discussione
- Essa va, comunque interpretata in senso relativo e non assoluto (ricadute come misura o ricovero in reparto?)
- Associata a terapia comportamentale o meno (tassi del 10%)
- Relativa alle preferenze del paziente
- Non necessaria come t. di mantenimento (nel 40%)

Alcuni concetti-chiave:

- * *Empowerment* come possibilità di esprimere la propria opinione, orientare politiche di assistenza, partecipare a processi decisionali, diventare attori significativi
- * Consumerismo: gli anni '80 e la filosofia neoliberista (Goffman)
- * Paternalismo come pericolo e iniziative innovative come il testamento psichiatrico

Altri concetti :

- * Inclusione delle conoscenze dei pazienti (Ron Coleman, membro autorevole di *Intervoice: International Hearing Voice Network*) come guida all'azione
- * Creazione di gruppi di autoaiuto anche gestiti da pazienti
- * Ruolo degli operatori come facilitatori dei processi di cui sopra " *il potere non si riceve, si prende*"

* Recovery e diritti umani 1:

- * Nuove responsabilità per la ricerca e per le politiche di Salute Mentale
- * Ruoli della legislazione (riconoscimento della libertà etc.)
- * Movimento per il riconoscimento dei diritti civili (WNUSP) World Network of Users and Survivors of Psychiatry

* Recovery e diritti umani 2:

- * Implementazione della Convenzione sui diritti delle persone con disabilità
- * Accessibili e inclusivi
- * Accessibili e garanzia del rispetto della loro dignità
- * Diritto alla Salute senza il ricorso a restrizioni di libertà o altri abusi, non-discriminazione, sfruttamento ecc.
- * Supporto alla facoltà di prendere decisioni

*** Esiste una base scientifica a proposito della recovery?**

- ❖ la si oppone al c.d. modello medico rispettando l'utente in quanto persona e non come portatore di malattia mentale, incorporando anche fattori ed interventi che attengono alla
- ❖ dimensione psicologica e sociale della salute e della malattia. **Decisamente sì, se**
- ❖ la si concepisce come un percorso di trasformazione che permetta ad una persona con problemi di S.M. di vivere u
- ❖ na vita dotata di significato in una comunità di sua scelta cercando di realizzare appieno il proprio potenziale
(Consensus Statement degli USA)