



ARTICOLO ORIGINALE

SCHIZOFRENIA ALL'ESORDIO E "GRUPPALITÀ"

Per una diversa cultura della cura

Antonio Luchetti¹, Candelaria Donato², Clara Minisini³, Roberto Mezzina⁴, Elisabetta Pascolo-Fabrizi⁵

ISSN: 2283-8961

Abstract

Il presente studio è nato dall'intenzione di descrivere gli effetti terapeutici di pratiche per la Salute Mentale progettate, e agite, all'interno del Dipartimento di Salute Mentale di Trieste a favore di giovani adulti che, nel corso della propria storia di vita, hanno presentato l'esordio di un disturbo schizofrenico. Il costrutto terapeutico analizzato è quello gruppalità, inteso come strutturazione di momenti d'incontro tra soggettività, e quindi non appartenente a setting psico-terapeutici ben precisi. Il percorso proposto parte dalle "pratiche", passa per le osservazioni, i dati, i numeri, le riflessioni, ma si torna continuamente alle soggettività: pazienti e operatori. La cornice epistemologica è quella della psicopatologia fenomenologica, il paradigma utilizzato quello dell'intersoggettività: il disturbo schizofrenico è considerato come scacco del meccanismo intersoggettivo. Sono stati analizzati gli esiti terapeutici in due gruppi di giovani, con esordio schizofrenico recente, presi in carico nei servizi territoriali di Salute Mentale.

¹ Dirigente Medico Psichiatra presso la SC "Alcologia e Dipendenze Patologiche" della A.S.S. 5 "Bassa Friulana"

² Medico Specializzando in psichiatria presso l'Università degli Studi di Udine

³ Psicologa

⁴ Direttore del Dipartimento di Salute Mentale di Trieste, Responsabile del Centro di Salute Mentale 24h BarcolaAurisina (A.S.S. 1 "Triestina")

⁵ Direttore della Clinica Psichiatrica di Trieste, Vicedirettore della Scuola di Specializzazione di Psichiatria e Ricercatore Universitario, direttore ad interim CSM via Gambini Trieste

In questo studio si è posto in evidenza come il favorire l'accesso a "spazi" intersoggettivi gruppalì si traduca in migliori esiti psicopatologici, a prescindere dalle "tecniche" psicoterapeutiche utilizzate. Per "diversa cultura della cura" s'intende la capacità (e la possibilità) di partire dalle "pratiche" di salute mentale, interrogandosi continuamente sui loro effetti e avendo la possibilità di modificarle e perfezionarle rapidamente. Contemporaneamente questo significa la possibilità che gli operatori hanno di "spogliarsi" di ruoli forti e di mettere così a disposizione dei pazienti uno spazio intersoggettivo più autentico e quindi, forse, più terapeutico.

The present study was conceived with the intention to describe the therapeutic outcomes of practices which address Mental Health issues; these were designed and carried out within the Trieste Mental Health Department in favor of young adults who have experienced the onset of a schizophrenic disorder during their lives. The therapeutic construct in question is the concept of group, which we consider in this study as the establishment of a meeting ground between subjectivities, and therefore not as a construct related to any specific psychotherapeutic setting. Our pathway starts from practices and explores observations, data, numbers and reflections, but we never forget or deny the fundamental importance of subjectivities: patients and operators. The epistemological framework is that of phenomenology, while intersubjectivity was adopted as the paradigm of reference: schizophrenic disorder is considered as a crash in the person's inter subjective mechanism. We have analyzed the therapeutic outcomes of two groups of young people with recent schizophrenia onsets who have been followed by the territorial Mental Health services. We have emphasized that favoring access to the intersubjective spaces of a group can translate into better psycho-pathologic outcomes, regardless of the psychotherapeutic techniques which are used. We believe in a different recovery culture which we imagine as the ability (and the possibility) to promote mental health practices, and at the same time question their effects, leaving the option to modify and refine them wide open. In line with this philosophy, we defy the static vision of traditional professional roles and imagine the role of mental health operators as more flexible, thus enabling them to offer a more authentic, and therefore, maybe, more therapeutic intersubjective environment to the patients.

Key words: Schizofrenia, Psicosi, Esordio Psicotico, Intersoggettività, Gruppalità, Psichiatria di Comunità.

PREMESSA

La finalità dello studio che presentiamo è valutare se (ed eventualmente quanto) la dimensione antropologica della “gruppalità” (in un’accezione più allargata del termine) abbia influito sugli esiti psicopatologici di giovani adulti al primo episodio di schizofrenia “presi in carico”⁶ da parte dei Servizi per la Salute Mentale operativi nel territorio⁷ del Dipartimento di Salute Mentale di Trieste. Seppur l’impalcatura dello stesso, a un primo colpo d’occhio, possa richiamare il lettore a strutture di studi ortodossi di una psichiatria “naturalistica”, le modalità d’intervento adottate, la “posizione terapeutica” assunta dagli operatori della Salute Mentale coinvolti e le riflessioni emerse nell’osservazione dei dati ottenuti, finiscono per evidenziare uno statuto estremamente diverso del concetto di cura.⁸ La stessa rielaborazione statistica è qui da considerare come mezzo finalizzato esclusivamente a cercare se vi siano nei numeri delle indicazioni che “parlano” dei percorsi di cura e dell’efficacia (e del senso) delle modalità di lavoro adottate.

MATERIALI E METODI

Criteri di selezione e caratteristiche dei campioni

Il gruppo di giovani valutato in partenza era composto di 33 soggetti di età compresa, al momento della presa in carico, tra i 18 e i 30 anni, venuti a contatto con i Centri di

⁶ Il concetto di “presa in carico” si discosta da quello di *diagnosi-terapia* proprio della psichiatria dominante. Tale concetto presuppone che i servizi per la Salute Mentale siano parte di un sistema integrato di risposte ai bisogni della persona. “Sciogliere” e “comprendere” la domanda che pone il soggetto della cura, anche attraverso il sintomo, nel momento in cui viene in contatto con il servizio, permette in quest’ottica di strutturare un intervento personalizzato, progettato e “agito” nella (e dalla) fitta rete dei servizi sociosanitari e non (coinvolgendo per esempio altre risorse come il privato sociale) che operano nel territorio di riferimento (dove la persona vive). Parlare di “presa in carico”, quindi, significa assumersi nella globalità la situazione della persona andando ad agire non solo sul sintomo (e sulla malattia), ma anche su quel contesto vissuto che coltiva la sofferenza (la malattia, a volte ne è con-causa), la mantiene e della quale può favorire la cronicizzazione.

⁷ Spazio (fisico e trascendentale, atmosfera) nel quale nascono e si modificano esistenze, relazioni, dove si manifestano i bisogni dell’uomo; spazio che può indurre, plasmare, tali bisogni; luogo dove nasce ed è promossa la salute; contenitore nel quale, d’altra parte, si manifesta il disagio, la malattia. Luogo donatore di senso a esistenze serene e sofferenti; può fornire la causa prima della manifestazione di un disagio e le concomitanti secondarie che, una volta manifestatosi, favoriscono il suo sviluppo, l’aggravamento, la cronicizzazione, il radicamento nel modo di essere-nel-mondo dell’individuo che lo sperimenta.

Il territorio diviene così risorsa utilizzabile (e da utilizzare) per compiere il percorso inverso: il processo di guarigione. Unico luogo di riabilitazione laddove non vi è “Riabilitazione” se il fine ultimo non è il re-inserimento dell’individuo nel territorio (società-cittadinanza) dal quale proviene e del quale fa (e prende) parte.

⁸ Con questo non si vuole negare la possibilità che vi siano substrati biologici che favoriscono lo sviluppo della sofferenza mentale. L’intenzione è qui restituire tutta la complessità che caratterizza la questione della cura nel percorso bilaterale salute mentale-malattia, non riducibile a semplice meccanismo categoria diagnostica – farmacoterapia, tantomeno sempre risolvibile in setting psicologici troppo rigidi.

Salute Mentale 24 h⁹ di Trieste a causa del manifestarsi di sintomi ascrivibili a una condizione di scompenso psicotico tra gli anni 2008 e 2011¹⁰. Sono stati qui considerati, al fine di rendere più omogenei i campioni (sia tra di loro, che al loro interno) soltanto i soggetti per i quali nel corso del tempo ci si è potuti orientare per una diagnosi di schizofrenia e che non hanno presentato in comorbidità nessun altro tipo di disturbo neuropsichiatrico. Sono stati considerati pertanto *criteri di esclusione* le seguenti categorie diagnostiche: psicosi breve o reattiva all'uso di sostanze (9 pazienti), disturbo schizoaffettivo o disturbo bipolare (4 pazienti), disturbo di personalità schizotipica (1 paziente), schizofrenia con comorbidità neuropsichiatrica (1 paziente). Un ragazzo è stato escluso poiché è stata posta diagnosi di disturbo di personalità ossessivo. Altro criterio di esclusione adottato è stato l'appartenenza della persona a etnia diversa a quella italiana (una paziente di etnia rumeno-ungherese è

⁹ Il CSM24h è una struttura extra-ospedaliera e territoriale, è parte del "circuito" di Salute Mentale che configura un sistema di opzioni possibili in grado di differenziare le risposte in base ai bisogni dell'utenza. Il CSM 24h in tale circuito assume la funzione di centro progettuale, "mente" e "cuore" del sistema, fulcro operativo, detiene il senso del progetto di cura e assicura la sua continuità, è il servizio titolare della responsabilità dell'assistenza psichiatrica per un bacino d'utenza determinato che generalmente coincide con la popolazione afferente a un distretto sociosanitario. Coordina la propria attività con i servizi sanitari pubblici con i quali sviluppa rapporti di collaborazione, consultazione e orientamento (nell'ambito dei distretti sanitari e ospedalieri), collabora con servizi sociali e laddove necessario può proseguire la presa in carico anche all'interno dell'istituzione carceraria. In questo modo è in grado di dare struttura al lavoro terapeutico collocandolo in un insieme integrato di risposte. Il CSM24h è un servizio a porte aperte (aperto verso il fuori, verso i luoghi del territorio, verso la società, ma anche aperto nel senso di *permeabilità* tra il dentro e il fuori:), dove non si applica la contenzione meccanica, dotato di flessibilità di pratiche e mobilità verso i luoghi del territorio. Dire che il CSM 24h è un servizio aperto significa concepire tale servizio come uno spazio d'intermediazione verso il reale sociale, di recupero e di riposo, attraversabile dall'utenza che anche quando accolta può uscirne (a differenza di piccole istituzioni totali mascherate con nuovi "vestiti", ma con sbarre alle finestre e porte chiuse), può ricevere più facilmente visite, può partecipare a incontri in modo da non demarcare l'esperienza della crisi come "esperienza separata", pur proteggendo il soggetto dalle difficoltà. E' pertanto uno spazio di transizione e di mediazione strettamente collegato all'esperienza sociale delle persone, mantiene sempre un collegamento con i luoghi di vita della persona. Questo entra fortemente in contrasto con le pratiche di ricovero ospedaliero che decontestualizzando la persona, omologano ogni singolarità, comprimono le soggettività delle persone in un sistema di regole e di codifiche (a cominciare dall'etichetta diagnostica). La terapeuticità del CSM 24h deriva dall'insieme degli atti del servizio, dalla relazione che questo stabilisce con l'utente, dall'attraversamento delle contraddizioni istituzionali che comunque tendono a riprodursi anche sul territorio: tra abbandono e cura, tra cura e controllo, tra terapia ed emancipazione, tra autonomia e dipendenza, tra inclusione istituzionale e liberazione. Data la sua operatività tende a contrastare il problema della frammentazione delle strutture territoriali e delle risposte e a favorire la continuità della presa in carico della persona sofferente. Come osservatorio raccoglie le domande ed è in grado in un secondo momento di organizzare e decentrare le risposte verso la comunità. E' luogo d'interazioni sociali complesse attinenti alla terapia, ma anche alla riabilitazione, alla destigmatizzazione e all'integrazione sociale, deve quindi possedere un'intrinseca qualità comunitaria (aperta sul fuori).

Per un approfondimento si rimanda agli articoli di Mezzina e Dell'Acqua (in bibliografia) e alla letteratura presente su <http://www.deistituzionalizzazione-trieste.it/letteratura/Letteratura>.

¹⁰ Dalla fine del 2007 è diventato operativo il progetto "Qualcosa è cambiato? Prevenzione e intervento di rete per le persone a rischio di psicosi". Tale progetto s'identifica (e sviluppa) un programma di prevenzione e l'intervento precoce nella psicosi in adolescenti e giovani adulti. DSM di Trieste.

quindi uscita dallo studio). Il significato di tale esclusione è da rintracciare nel fatto che in questo caso l'esordio del disturbo è da collocare nel paese di origine dove sono state adottate pratiche istituzionalizzanti che potrebbero aver influito sulla patomorfosi dello stesso (fattore che non siamo stati in grado di "pesare").

I *criteri d'inclusione* invece sono stati: presa in carico da almeno 6 mesi, cittadinanza italiana, la diagnosi di schizofrenia e l'assunzione di una terapia farmacologica (antipsicotico). Un ragazzo non avendo mai assunto una terapia farmacologica è stato quindi escluso (poiché in questo caso i livelli di psicopatologia erano molto probabilmente influenzati dall'assenza di tale trattamento). Esclusi quindi 18 soggetti, i 15 rimanenti sono stati divisi in due gruppi. Il gruppo principale (8 soggetti) ha avuto la possibilità di partecipare, nel corso dei quattro anni considerati, a un gruppo (terapeutico) pensato per giovani adulti con disturbo psicotico recente.¹¹ Una sola ragazza del campione non ha partecipato a tale gruppo poiché al momento dell'esordio del disturbo non manifestava sintomatologia psicotica piena (criterio d'inclusione per la partecipazione a tale attività). Con il tempo, però, abbiamo potuto affermare che la ragazza entrava appieno nella "categoria diagnostica schizofrenia", costituitasi come forma paucisintomatica.¹² Volendo qui valutare gli effetti della "gruppalità" in senso allargato, e non solo quindi la (psico)terapeuticità del gruppo specifico, la ragazza alla quale si fa riferimento è stata inserita comunque nel campione poiché ha partecipato attivamente, e con continuità, alle altre attività gruppali proposte: in primo luogo quello che abbiamo definito "gruppo esterno". Questo è costituito da giovani utenti del Centro di Salute Mentale, non tiene conto di specificità diagnostica e vi partecipano anche una psicologa e giovani volontari. Saltuariamente, per eventi specifici, ha visto la partecipazione di altri operatori prestanti servizio nel CSM 24h (una psicologa, due infermieri e tre medici specializzandi in psichiatria) che volontariamente sono entrati a far parte di una "micro équipe dedicata" la quale, nel corso dei quattro anni

¹¹ Tale gruppo ha accolto (e tuttora accoglie al suo interno) soggetti che hanno sperimentato fenomeni psicotici senza che questo abbia significato la presenza di un disturbo schizofrenico.

¹² Come non ricordare qui Blankenburg quando parla di "perdita dell'evidenza naturale" e psicosi paucisintomatiche. Perdere l'evidenza naturale significa l'evanescenza della possibilità di (com)partecipare a un orizzonte di significati condivisi con l'Altro. Cogliere il senso di qualsiasi esperienza psicotica (e di quella schizofrenica in special modo) significa decifrarla sul fondamento di uno scacco dell'intersoggettività, considerarla una distorsione fino alla frattura totale della comunicazione con gli altri (e con il mondo circostante), perdita dell'evidenza naturale del mondo (del senso comune) tacita e condivisa in modo preriflessivo con gli altri, infine perdita della continuità temporale del vissuto e così del filo dell'identità personale. E' questo il nucleo dell'esperienza schizofrenica sia che si giunga alla manifestazione del sintomo "positivo" (deliri e allucinazioni), sia che questo non avvenga lasciando il soggetto nell'indeterminatezza, nella perplessità e nell'angoscia.

considerati, ha partecipato a incontri mensili per la costituzione di un “gruppo dipartimentale funzionale per l'intervento precoce negli esordi psicotici”.¹³

A due ragazzi del campione principale inizialmente non è stato proposto di partecipare al “gruppo esterno” non essendo venuta meno la rete di amicizie esistente prima della crisi: questi hanno invece partecipato al gruppo terapeutico.

La caratteristica che differenzia il gruppo appena descritto da quello di controllo è l'attenzione posta nel percorso di cura alla dimensione antropologica “gruppalità” per mezzo della quale i soggetti hanno avuto la possibilità di relazionarsi con l'*alterità*¹⁴ e tramite l'Altro lavorare sulla narrazione della propria storia e sui vissuti, sull'integrazione dell'evento “schizofrenia” nel filo continuativo dell'identità (rottosi con l'irruzione della malattia conclamata) e hanno potuto contrastare il meccanismo *iper-riflessivo*.¹⁵

Sono andati a costituire il gruppo di controllo i soggetti rimanenti (7 pazienti). La tipologia di presa in carico per questi ragazzi è da rintracciare nella modalità standard del CSM 24h¹⁶ (modalità garantita anche ai ragazzi del primo gruppo costituendo, di

¹³ Tale gruppo di riflessione continua fa parte del progetto “Qualcosa è cambiato?” di cui si è già parlato e che nel mese di Dicembre 2012 ha prodotto un protocollo d'intervento specifico dove s'integrano le pratiche dei quattro CSM 24h operativi nel territorio della ASS1 Triestina, del SPDC (pronto soccorso psichiatrico dell'Ospedale Maggiore di Trieste), del Dipartimento delle Dipendenze, della Neuropsichiatria Infantile dell'Ospedale Materno Infantile Burlo Garofalo e delle UOBA (Unità Operativa Bambini Adolescenti) operative in tutti e quattro i distretti sociosanitari.

¹⁴ Il tema dell'*alterità* (e quindi dell'Altro) è strettamente connesso alle questioni dell'*intersoggettività* e dell'*identità*. Sono questi temi che acquisiscono centralità nell'analisi dei disturbi psicotici e principalmente in quella modalità di esistenza che siamo soliti chiamare schizofrenia (così polimorfa e al tempo stesso unitaria). Questi devono essere considerati come modificazioni dell'incontro interumano concepite non come secondarie al disturbo, ma come nucleo dell'alienazione di cui stiamo parlando. Già Jaspers in “*La mia filosofia*” scriveva: “L'uomo diventa uomo sempre in quanto si offre e si dà a ciò che è altro. Solo tuffandosi nel mondo degli oggetti, nelle idee, nella trascendenza, egli diventa realmente se stesso”. Kimura Bin sviluppa il tema dell'*intersoggettività* partendo da un'analisi etimologica della parola giapponese «*aïda*». Questa sta a indicare il «fra» delle relazioni interpersonali. Kimura ci mostra come (nella cultura giapponese) l'essenza dell'essere umano è la vita situata nell'«*aïda*», la vita nell'*essere-fra*. L'essere umano non è qui considerato come secondariamente in relazione con l'altro, ma l'*intersoggettività* (l'«*aïda*») viene prima (ontologicamente) e soltanto in un secondo momento si traduce sotto forma di se stesso e degli altri, l'«*aïda*» è il luogo originario delle esistenze multiple. L'interdipendenza che qui intercorre tra costituzione del Sé e costituzione dell'Altro spiega i vissuti patologici che si manifestano nella psicosi dove a una crisi del rapporto con sé stessi corrisponde una crisi del rapporto con l'Altro (e con il mondo da questo abitato) e la caduta dell'orizzonte di significati condiviso.

¹⁵ In questa che è una forma esagerata di autoconsapevolezza (con aumentata coscienza di aspetti taciti dell'esperienza) oggetto di analisi da parte dell'Io non è più l'esperienza, ma i meccanismi costitutivi dell'esperienza stessa; assistiamo a un continuo portare alla riflessione della coscienza non il contenuto, ma ciò che viene utilizzato per accedere al contenuto stesso: è un pensare sul proprio pensare. Tale processo in altre parole determina l'assunzione da parte del soggetto di una posizione esterna rispetto ai propri processi mentali e ai contenuti del pensiero. Questo è il meccanismo che può essere alla base del dubbio sulla reale esistenza del mondo; può essere l'“interruttore” che dà il via a un progressivo ritiro dal modo usuale di lettura dei significati (perdita del senso comune).

¹⁶ Con questo s'intende la strutturazione di un Progetto Terapeutico Personalizzato con possibilità di accedere a Budget di Salute, a Fondi per l'Autonomia Possibile (Regione Autonoma FVG), a percorsi specifici e personali per il raggiungimento della recovery. Questo può essere ottenuto con l'eventuale coinvolgimento del privato sociale, colloqui

fatto, la prassi di base secondariamente arricchita e disegnata sui bisogni specifici dell'utente)¹⁷.

Le informazioni relative alle caratteristiche sociodemografiche (tabella 1), alla data del primo contatto coi servizi (e ai numeri di contatti avuti per ogni singolo paziente) e quelle relative alle tipologie di prestazioni da questi ricevute sono state raccolte consultando il S.I.A.S.I. web regionale (Sistema Integrativo Applicazioni Sanitarie Integrate) e mediante revisione sistematica delle cartelle cliniche degli utenti.

Lo stato psichico di ogni persona al primo contatto è stato registrato ricostruendo, al momento del disegno dello studio, le scale di valutazione PANSS (Positive and Negative Syndrome Scale) con l'operatore che lo ha conosciuto in quel momento e con l'ausilio delle cartelle cliniche (t_0).

Tutti i soggetti, contattati dall'operatore di riferimento, hanno accettato di partecipare a un colloquio di follow up (t_1) alla presenza di un altro medico che avrebbe utilizzato nuovamente la PANSS per rilevare il loro stato psichico al momento dell'incontro.

I soggetti appartenenti al gruppo principale sono stati ulteriormente valutati in un secondo colloquio di follow up (t_2), sempre mediante somministrazione della scala PANSS, nuovamente alla presenza dell'operatore di riferimento.

Il tempo che intercorre tra t_0 e t_1 risulta pertanto essere variabile, mentre tra t_1 e t_2 sono passati 6 mesi.

E' quindi possibile dividere lo studio in due fasi. In una prima abbiamo due campioni che sono paragonati tra loro e, i numeri che osserviamo, e da cui derivano le nostre riflessioni, sono il risultato di tale paragone. Nella seconda fase l'osservazione si limita al gruppo principale, qui si analizza quel che accade longitudinalmente solo in questi soggetti con l'intenzione di comprendere meglio ciò che si è osservato nella fase precedente.

di verifica e impostazione di terapia farmacologica, possibilità d'inserimento lavorativo e progetto abitativo, possibilità di coinvolgere i familiari in gruppi specifici di sostegno e protagonismo e, laddove necessario, intervento nella crisi e gestione a domicilio.

¹⁷ E' importante sottolineare che il gruppo di controllo non è stato escluso volontariamente dalla partecipazione ai gruppi, ma semplicemente ciò che è "accaduto" (Mezzina) è che il Centro di Salute Mentale 24h, titolare della presa in carico dei ragazzi appartenenti al gruppo principale, ha voluto offrire a questi, in via del tutto sperimentale, le prestazioni gruppali delle quali qui si analizzeranno effetti e significati. Successivamente, nel corso degli anni 2012 e 2013, la possibilità di partecipazione a un costruito gruppale è stata allargata a tutti i ragazzi all'esordio psicotico presi in carico dalla totalità dei Servizi per la Salute Mentale di Trieste (mediante l'organizzazione di gruppi dipartimentali).

Per quanto riguarda le prestazioni, nella prima fase abbiamo esaminato il numero di contatti avuti con i soggetti e il numero degli interventi effettuati, mentre nella seconda fase, nel focalizzare l'attenzione solo sul gruppo principale, le prestazioni considerate sono state riunite in due tipologie: la prima nella quale il nucleo è costituito dall'incontro duale (tra terapeuta medico o psicologo e paziente) e l'altra nella quale la dinamica relazionale (e quindi la terapeuticità) è diversamente demandata a un costruito gruppalità (gruppo di psicoeducazione e analisi dei vissuti, laboratori esperienziali, uscite serali, gite brevi ed esperienze residenziali).

Tutti i soggetti del gruppo principale hanno ricevuto la quasi totalità degli interventi con piccole differenze determinate dalle specifiche necessità del momento e dell'aderenza agli stessi da parte della persona.

Tabella 1. Caratteristiche sociodemografiche dei soggetti.

Soggetti	Età	Sesso	Cittadinanza	Stato Civile	Titolo di Studio	Occupazione
1	20	M	Italiana	Celibe/nubile	Licenza media inferiore	Disoccupato
2	31	M	Italiana	Celibe/nubile	Diploma media superiore	Disoccupato
3	27	M	Italiana	Celibe/nubile	Diploma media superiore	Disoccupato
4	31	F	Italiana	Celibe/nubile	Diploma media superiore	Studente
5	24	M	Italiana	Celibe/nubile	Diploma media superiore	Studente
6	24	M	Italiana	Celibe/nubile	Diploma media superiore	Occupato stabilmente
7	28	F	Italiana	Celibe/nubile	Diploma media superiore	Studente /occ. stab.
8	26	M	Italiana	Celibe/nubile	Diploma media superiore	Occupato
9	26	M	Italiana	Celibe/nubile	Diploma media superiore	Studente
10	26	F	Italiana	Celibe/nubile	Laurea	Studente
11	21	M	Italiana	Celibe/nubile	Diploma media superiore	Studente
12	24	M	Italiana	Celibe/nubile	Diploma media superiore	Occupato stabilmente
13	30	F	Italiana	Coniugato	Diploma media superiore	Maternità
14	28	M	Italiana	Celibe/nubile	Diploma universitario	Studente
15	25	M	Italiana	Celibe/nubile	Diploma media superiore	Studente

La “gruppalità”

Il senso del termine “gruppalità” può essere spiegato con la definizione: “tendenza all’aggregazione in gruppi”. Declinata nel nostro contesto clinico comprende al suo interno entrambe le tipologie di gruppo qui considerate: sia quello progettato con finalità strettamente (psico)terapeutiche, sia quello “esterno”, quindi istituzionale e/o extra-istituzionale. Comprenderle in un’unità significa considerarle entrambi fattori terapeutici nei percorsi di cura di giovani adulti all’esordio psicotico.

Per quanto riguarda il gruppo (psico) terapeutico in senso stretto questo si è costituito come gruppo di lavoro e di studio all’interno del quale è stato chiesto ai ragazzi di “impegnarsi a dare e ricevere informazioni su ciò che è loro successo, svolgere un’analisi, a far emergere contenuti a partire dal racconto della loro storia, delle loro esperienze, su cosa si può fare, su quale significato dare a questo episodio, come collocarlo nel proprio percorso di vita, nel bagaglio delle proprie esperienze” (Mezzina 2004).

Tale gruppo è quindi nato con l’intenzione di permettere ai soggetti di condividere le proprie esperienze e le strategie di coping, di contrastare la solitudine e al contrario sentirsi supportati, di costruire all’interno dello stesso i propri percorsi di cura, di non sentirsi invasi dal disturbo, ma al contrario di acquisire fiducia nella recovery.¹⁸

Il gruppo di cui parliamo è stato un luogo dove il giovane ha potuto condividere i propri vissuti, narrare la propria storia, ricostruire la continuità biografica rotta dall’irruzione devastante della sintomatologia psicotica, avvicinarsi all’*alterità* per mezzo degli altri (utenti e operatori) che si sono prestati a essere specchio di rimandi e a garantire lo spazio intersoggettivo nel quale (e tramite il quale) ri-costruire l’identità infranta.

¹⁸

Letteralmente per *recovery* s’intende: recupero, reintegrazione, rimettersi, riottenere, riguadagnare, ma anche guarigione. Se decliniamo tale concetto nell’ambito della Salute Mentale, ci rendiamo conto che la nozione di *recovery* supera quella di guarigione: a essa è strettamente connessa, ma al tempo stesso la trascende. Guarigione è un concetto che la disciplina psichiatrica prende in prestito dalla medicina. In Salute Mentale, infatti, il percorso che punta alla “guarigione” è molto più complesso, non essendo qui sufficiente la bravura del medico e la risposta dell’organismo alla terapia impostata, ma essendo determinante per gli esiti l’impegno attivo della persona nel processo. Oltretutto in psichiatria il raggiungimento dello stato di “salute” non coinciderà per forza con la scomparsa della sintomatologia, ma con la percezione soggettiva della persona di “sentirsi bene” assieme a un buon funzionamento della persona nella sua globalità. La *recovery* s’identifica con un processo attivo, dinamico e altamente personale, nel quale la persona si assume la responsabilità della propria vita (e del percorso stesso) sviluppando capacità di affrontare i sintomi, e impegnandosi ad affrontare le disabilità secondarie al disturbo psichico (stigma, discriminazione ed esclusione sociale).

Le fondamenta del gruppo, ovvero l'ascolto, la condivisione dei vissuti, la narrazione delle storie e l'interazione forte tra alterità sono caratteristiche che, diffondendo ben oltre lo spazio della stanza scelta per gli incontri, hanno acquisito pervasività sia nel Centro di Salute Mentale (operatori e utenti) sia in quel gruppo che è nato e che si è sviluppato fuori dai confini del Dipartimento di Salute Mentale (utenti, psicologa, volontari, operatori) nella totalità del territorio attraversabile (e attraversato, vissuto) dalla globalità della cittadinanza.

Strumento di valutazione: la scala PANSS¹⁹

La PANSS è una scala composta di 30 item organizzati in 3 scale distinte: *Scala Positiva* (7 item), *Scala Negativa* (7 item), *scala di Psicopatologia generale* (16 item). Tutti gli item sono stati descritti analiticamente e sono stati utilizzati precisi criteri operativi per la conduzione dell'intervista. La descrizione analitica degli item permette di cogliere anche modeste sfumature sintomatologiche. A ogni item può essere quindi attribuito un punteggio da 1 a 7 (assente; molto lieve; lieve, moderato, moderato-grave; grave; estremamente grave). La scala psicopatologica permette di misurare sintomi che possono influenzare la sintomatologia positiva o negativa anche non facendone parte in senso stretto.

Gli item di cui è composta la PANSS sono i seguenti:

Scala positiva: p1. Deliri; p2. Disorganizzazione concettuale; p3. Comportamento allucinatorio; p4. Eccitamento; p5. Grandiosità; p6. Sospettosità/persecuzione, p7. Ostilità.

Scala negativa: n1. Appiattimento affettivo; n2. Ritiro emozionale; n3. Rapporto insufficiente; n4. Ritiro sociale passivo/apatico; n5. Difficoltà nel pensiero astratto; n6. Mancanza di spontaneità e di fluidità nel colloquio; n7. Pensiero Stereotipato.

Scala di psicopatologia generale: g1. Preoccupazione somatica; g2: Ansia; g3. Sentimenti di colpa; g4: Tensione; g5. Manierismi posturali; g6. Depressione; g7.

¹⁹ Kay SR, Fiszbein A, Opler LA: *The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for schizophrenia*, Schizophr. Bull. 13: p 261, 1987.

Rallentamento motorio: g8. Non cooperatività; g9. Contenuti del pensiero insoliti; g10. Disorientamento; g11. Povertà attentiva; g12. Perdita di giudizio e di insight; g13. Disturbi della volontà; g14. Scarso controllo degli impulsi; g15 Preoccupazione; g16. Ritiro sociale attivo.

ANALISI DEI DATI

Raccolti i dati (e organizzati in cartelle di lavoro Excel) la rielaborazione statistica è stata effettuata con il software InStat (3.1).

Prima di procedere ci siamo accertati che i valori medi delle età e dei punteggi ottenuti alla valutazione della psicopatologia (PANSS positiva, PANSS negativa e PANSS psicopatologia generale) al momento del primo contatto (t_0) fossero sovrapponibili tra i due campioni. Per rispondere a tale quesito i valori delle medie di ogni gruppo sono stati confrontati con i corrispondenti dell'altro utilizzando il test t-Student a due code per campioni indipendenti.

I dati così ottenuti ($p = n.s.$) ci dicono che i nostri campioni possono essere considerati sovrapponibili per età al momento dello studio e per i livelli di sintomatologia presentata al momento della presa in carico (tabella 2).

Al primo follow up (t_1) è stata eseguita una valutazione sintomatologica globale in entrambi i campioni (mediante la PANSS sono state valutate la sintomatologia positiva, la sintomatologia negativa e la psicopatologia generale).

Abbiamo quindi confrontato i due gruppi tra loro rilevando se i valori così registrati fossero sovrapponibili, per far questo è stato utilizzato nuovamente il test t-Student a due code per campioni indipendenti.

In un momento successivo abbiamo fatto lo stesso utilizzando i valori attribuiti nei due gruppi ai singoli Cluster della scala PANSS: in questo caso è stato utilizzato il test di Mann-Whitney a due code per campioni indipendenti.

Al termine di questa prima fase per rendere più completa l'analisi, e filtrarne le conclusioni, abbiamo preso in considerazione i dati che descrivono il numero di contatti e degli interventi effettuati nei due gruppi. Per renderli confrontabili, sono stati

normalizzati rispetto ai mesi di presa in carico (ottenendo quindi la media mensile). Anche in questo caso tali parametri sono stati confrontati tra di loro utilizzando il test di Mann-Whitney a due code per campioni indipendenti.

Successivamente, sei mesi dopo il primo follow up (t_1), è stata effettuata un'ulteriore valutazione dei livelli di psicopatologia (t_2) solo per i soggetti del campione principale. Per tale gruppo, quindi, i parametri ottenuti nelle tre valutazioni (t_0 ; t_1 ; t_2) sono stati paragonati tra di loro utilizzando il test di Friedman (test non parametrico per misure ripetute analogo all'ANOVA). Tale test è stato utilizzato poiché, data la piccola numerosità del campione, abbiamo supposto l'assenza di una distribuzione gaussiana per i parametri in possesso.

In questa seconda fase siamo andati a valutare, e verificare, se i livelli di sintomatologia positiva (PANSS positiva), di sintomatologia negativa (PANSS negativa) e di psicopatologia generale (PANSS psicopatologia generale) registrati nelle tre misurazioni potessero essere considerati sovrapponibili. Ogni volta è stato eseguito anche il post test di Dunn per confronti multipli (solo se $p < .05$) per valutare il "peso" che ogni confronto effettuato (valori al t_0 vs. valori al t_1 ; valori al t_1 vs. valori al t_2 ; valori al t_0 vs. valori al t_2) ha avuto nel determinare i risultati osservati. Abbiamo quindi preso in considerazione i singoli Cluster della PANSS al fine di valutare quanto questi abbiano influito singolarmente nella determinazione dei tali risultati. Anche in questo caso abbiamo utilizzato il test di Friedman e il post test di Dunn.

Infine abbiamo sistematizzato, ordinato e inserito le prestazioni mancanti all'interno del sistema SIASI (riguardanti per lo più le attività gruppali svolte al di fuori del Dipartimento di Salute Mentale) e le abbiamo riacquisite nella totalità producendo delle tabelle pivot (in Excel). Una volta suddivise tali prestazioni in interventi-rivolti-alla-persona e interventi-rivolti-ai-gruppi è stato ricavato il numero medio orientativo d'interventi messi in atto nell'arco di un mese per persona (normalizzazione del numero d'interventi rispetto alla durata della presa in carico e ai mesi). Tale dato è assolutamente orientativo ed è qui utilizzato solo al fine di poter osservare come nel tempo vi siano stati (o meno) variazioni nella frequenza di attuazione degli stessi. Abbiamo infine tentato di descrivere le relazioni intercorrenti (qualora queste vi siano state) tra i livelli di psicopatologia e le tipologie d'intervento effettuate.

Tabella 2. Età dei soggetti (al momento dello studio) e valori della sintomatologia presentata al primo contatto con i servizi di Salute Mentale

Variabili Iniziali	Gruppo principale	Gruppo di controllo	p value
Età	26,3 ± 3,73 (SD)	25,9 ± 2,69	n.s.
PANSS scala positiva	30,7 ± 6,50	30,1 ± 10,5	n.s.
PANSS scala negativa	27,3 ± 8,03	30,6 ± 9,53	n.s.
PANSS scala psicopatologica	63,8 ± 8,71	61,0 ± 13,35	n.s.

n.s.= non significativo; SD= deviazione standard.

RISULTATI

Nella prima fase (tabella 3) alla rielaborazione dei dati ottenuti si è evidenziata una non sovrapponibilità dei valori medi di sintomatologia presentata nei due gruppi (campioni) ($p < .01^{**}$). Nello specifico i valori ottenuti alle scale PANSS positiva ($p = .01^{*}$) e PANSS psicopatologica globale ($p < .001^{***}$) nei due gruppi hanno dimostrato non essere sovrapponibili (valori medi superiori nel gruppo di controllo); lo stesso risultato non è stato ottenuto per la scala PANSS negativa ($p = \text{n.s.}$). All’analisi dei dati relativi ai punteggi ottenuti nei singoli Cluster della PANSS quelli nei quali è stata rilevata la non sovrapponibilità tra i due gruppi sono stati i seguenti (con valori di mediana in tutti i Cluster superiori nel gruppo di controllo): sospettosità ($p < .01^{**}$), ansia ($p < .05^{*}$), tensione ($p < .05^{*}$), depressione ($p < .01^{**}$), contenuti del pensiero insoliti ($p < .01^{**}$), preoccupazione ($p < .05^{*}$), ritiro sociale attivo ($p < .05^{*}$).

Nel concludere questa prima fase sono stati presi in considerazione il numero di contatti che il servizio di salute mentale ha avuto con i pazienti e il numero degli interventi per questi messi in atto. Tali parametri, registrati separatamente per i due gruppi, e normalizzati rispetto ai mesi di presa in carico, non hanno dimostrato sovrapponibilità sia per quanto riguarda il numero di contatti ($p < .05^{*}$) sia per quel che attiene il numero degli interventi ($p < .05^{*}$) con numeri di contatti avuti e d’interventi agiti maggiori nel gruppo principale (tabella 4).

Nella seconda fase (tabella 5) analizzando longitudinalmente ciò che è accaduto nel solo gruppo principale, si osserva che i valori ottenuti dai pazienti alla scala PANSS positiva nel corso delle tre misurazioni (t_0 ; t_1 ; t_2) non sono sovrapponibili ($p < .01^{**}$; figura 1). Il medesimo risultato è stato ottenuto per la scala PANSS negativa ($p <$

.01**; figura 2) e per la scala PANSS psicopatologia generale ($p < .01^{**}$; figura 3). Specificatamente per quanto riguarda la scala positiva tale risultato è altamente influenzato già dal valore dei parametri al t_1 rispetto a quelli ottenuti al t_0 ($p < .01^{**}$), significatività che si mantiene laddove andiamo a confrontare questi ultimi con i valori ottenuti al t_2 ($p < .01^{**}$). Se paragoniamo invece i valori totali ottenuti al t_1 con quelli al t_2 questi risultano essere sovrapponibili ($p = n.s.$).

Se ora consideriamo la scala PANSS negativa, anche in questo caso rileviamo una non sovrapponibilità tra valori ottenuti nelle tre rilevazioni ($p < .01^{**}$). Tale significatività è stata gran parte determinata dalla non sovrapponibilità tra i numeri ottenuti al t_0 e al t_2 ($p < .01^{**}$), mentre sembrerebbe non esservi la medesima significatività statistica se andiamo a paragonare i valori di sintomatologia negativa al t_0 e al t_1 ($p = n.s.$).

Per quanto invece attiene i livelli di psicopatologia generale, il test di Friedman ci dice nuovamente che tra i valori ottenuti nelle tre misurazioni non vi è sovrapponibilità, nello specifico il post test di Dunn pone in evidenza come la significatività statistica aumenta tra le coppie di valori t_0 - t_1 ($p < .05^*$) e quelli t_0 - t_2 ($p < .01^{**}$). Nonostante questi risultati il test in questione non è in grado di registrare variazioni significative tra il t_1 e il t_2 ($p = n.s.$). I risultati ottenuti nell'analisi dei singoli Cluster della PANSS sono riassunti nella tabella 5.

Per quanto infine riguarda le prestazioni riferite al periodo che va dal 2009 al 2012 assistiamo a una diminuzione del numero medio degli interventi mensili rivolti alla persona e, contestualmente, a un aumento del numero degli interventi rivolti ai gruppi, con un'“impennata” nella prima parte del 2012. Infatti, gli interventi rivolti alla persona (colloquio clinico-psicologico, colloquio strutturato, psicoterapia individuale, visita psichiatrica) si sono ridotti da 4,5 prestazioni/mese a 2,6 prestazioni/mese mentre, simultaneamente, gli interventi rivolti ai gruppi (attività abilitative-riabilitative di socializzazione, intervento di gruppo, psicoterapia di gruppo) sono aumentati da 1,3 prestazioni/mese a 4,7 prestazioni/mese (figura 4).

Nella produzione degli indici prestazioni/mese in riferimenti all'anno 2011 non sono stati considerati i dati relativi alle prestazioni gruppali elargite a due pazienti (di cui si è parlato precedentemente). Ciò è avvenuto poiché il servizio in quel momento non ha reputato necessario che questi prendessero parte ai gruppi in questione.²⁰

²⁰

La presa in carico si configura come un “vestito cucito su misura” per la persona soggetto-oggetto della cura senza che protocolli troppo rigidi siano applicati con modalità acefala e diffusa a tutti i pazienti. Buona pratica è che il servizio si interroghi di volta in volta sulle risorse possedute dalla persona-utente e su quelle che l'istituzione può utilizzare per personalizzare i percorsi di cura.

Al contrario nel 2012, sempre in seguito a decisione del servizio, i due ragazzi hanno iniziato a usufruire degli interventi di gruppo pertanto in questo caso nel calcolare l'indice prestazioni/mese sono stati considerati.

Per quanto riguarda il 2012 abbiamo inoltre rilevato che un soggetto ha ricevuto un basso numero di prestazioni, sia individuali che di gruppo. Questo è un soggetto che al principio di tale anno presentava un livello maggiore di sintomatologia negativa e psicopatologica generale e che tendeva a resistere alla frequentazione del servizio e di tutte le attività a questo correlate. Per evitare che questo influenzasse troppo la nostra osservazione abbiamo ricalcolato gli indici prestazione/mese per l'anno 2012 escludendo il soggetto in questione. Così facendo l'indice riguardante le prestazioni individuali per il 2012 sale da 2,6 prestazioni/mese a 2,9 prestazioni/mese, mentre quello inerente alle prestazioni gruppali sale da 4,7 prestazioni/mese a 5,3 prestazioni/mese. Questo avviene senza che l'andamento globale delle prestazioni nel tempo ne risulti influenzato (figura 5).

Tabella 3. Prima fase. PANSS: valutazioni generali e Cluster più significativi.

Scala di Valutazione	Gruppo principale	Gruppo di controllo	P value
PANSS Totale	51,9 ± 15,14 (SD)	77,7 ± 11,72	.002
PANSS scala positiva	10 ± 3,50	15 ± 3,51	.016
PANSS scala negativa	14,6 ± 6,6	18,9 ± 6,1	n.s.
PANSS scala psicopatologica	27,3 ± 8,25	43,9 ± 6,61	.0009
Eccitamento	11 ± 0,35; mediana=1	20 ± 1.00; mediana=2	.061
Sospettosità	1,3 ± 0,46; mediana=1	3,1 ± 0,89; mediana=3	.0012
Ostilità	1,1 ± 0,35; mediana=1	1,7 ± 0,76; mediana=2	.081
Preoccupazione somatica	1,7 ± 1,03; mediana=1,5	3,1 ± 1,21; mediana=4	.052
Ansia	2,2 ± 0,70; mediana=2	3,4 ± 0,97; mediana=3	.028
Tensione	1,6 ± 0,91; mediana= 1	2,9 ± 0,69; mediana=3	.023
Depressione	1,5 ± 1,06; mediana=1	3,3 ± 0,76; mediana=3	.009
Contenuto insolito del pensiero	1,2 ± 0,46; mediana=1	2,6 ± 0,53; mediana=3	.002
Preoccupazione	1,6 ± 0,74; mediana=1,5	3 ± 0,81; mediana=5	.011
Ritiro sociale attivo	2,3 ± 1,75; mediana=1,5	4,3 ± 0,95; mediana=5	.034

Tabella 4. Numero di contatti/mese e d'interventi/mese nei due gruppi.

Prestazione	Gruppo principale	Gruppo di controllo	p value
Contatti	2,8 ± 1,80 (SD)	0,6 ± 0,45	.022
Interventi	4,1 ± 3,04	0,9 ± 0,77	.014

Tabella 5. Seconda fase. Valori ottenuti alla PANSS e variazioni nel tempo.

Psicopatologia	p value	p value t ₀ vs. t ₁	p value t ₀ vs. t ₂	p value t ₁ vs. t ₂
PANSS scala positiva	< .01**	<.01**	<.01**	n.s.
PANSS scala negativa	< .01**	n.s.	<.01**	n.s.
PANSS scala psicopatologica	< .01**	<.05*	<.01**	n.s.
Deliri	< .01**	<.01**	<.01**	n.s.
Disorganizzazione concettuale	< .001***	<.05*	<.01**	n.s.
Comportamento allucinatorio	< .001***	<.05*	<.01**	n.s.
Eccitamento	< .05*	n.s.	n.s.	n.s.
Grandiosità	< .01**	<.05*	n.s.	n.s.
Sospettosità	< .001***	<.01**	<.05*	n.s.
Ostilità	< .01**	<.05*	<.05*	n.s.
Appiattimento affettivo	< .05*	n.s.	n.s.	n.s.
Ritiro emozionale	< .01**	n.s.	<.05*	n.s.
Rapporto insufficiente	< .01**	n.s.	<.05*	n.s.
Ritiro sociale passivo/apatico	< .01**	n.s.	<.01**	n.s.
Difficoltà nel pensiero astratto	< .05*	n.s.	<.05*	n.s.
Mancanza di spontaneità e fluidità nel colloquio	< .01**	n.s.	<.05*	n.s.
Pensiero stereotipato	< .001***	<.05*	<.01**	n.s.
Preoccupazione somatica	< .05*	n.s.	n.s.	n.s.
Ansia	< .01**	<.05*	n.s.	n.s.
Sentimenti di colpa	n.s.	-	-	-
Tensione	< .01**	<.05*	<.01**	n.s.

Psicopatologia	p value	p value t ₀ vs. t ₁	p value t ₀ vs. t ₂	p value t ₁ vs. t ₂
Manierismi posturali	< .01**	<.05*	<.05*	n.s.
Depressione	< .05*	n.s.	n.s.	n.s.
Rallentamento motorio	< .01**	n.s.	<.05*	n.s.
Non cooperatività	< .05*	n.s.	n.s.	n.s.
Contenuti del pensiero insoliti	< .01**	<.05*	<.05*	n.s.
Disorientamento	< .01**	n.s.	n.s.	n.s.
Povertà attentiva	< .001***	<.05*	<.01**	n.s.
Perdita di giudizio e di insight	< .001***	<.05*	<.01**	n.s.
Disturbi della volontà	< .001***	<.05*	<.01**	n.s.
Scarso controllo degli impulsi	< .05*	n.s.	n.s.	n.s.
Preoccupazione	< .01**	<.05*	<.01**	n.s.
Ritiro sociale attivo	< .01**	n.s.	<.05*	n.s.

n.s.= non significativo

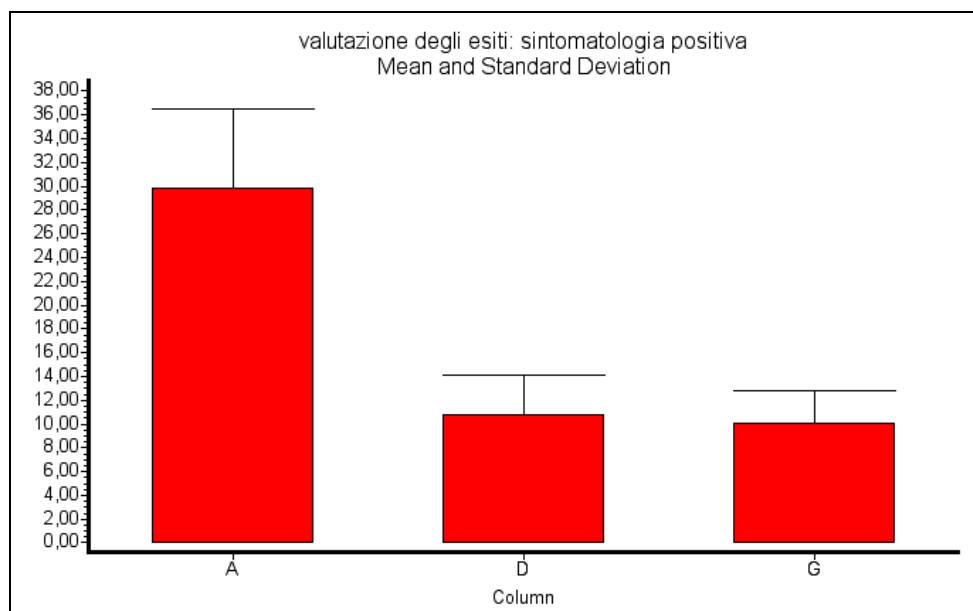


Figura 1. Valutazione degli esiti: sintomatologia positiva. A: t₀; D: t₁; G: t₂.

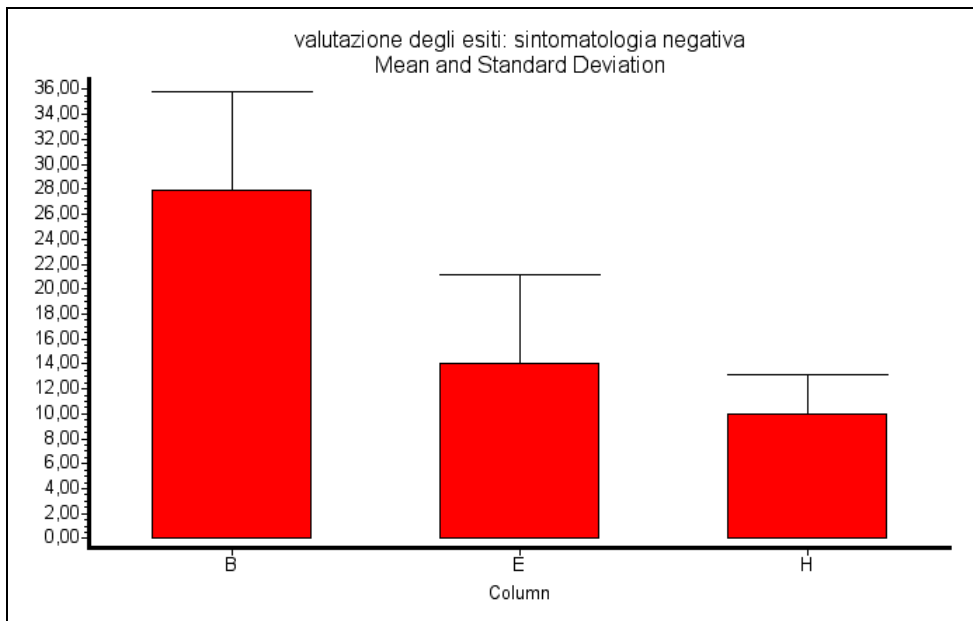


Figura 2. Valutazione degli esiti: sintomatologia negativa. B: t_0 ; E: t_1 ; H: t_2 .

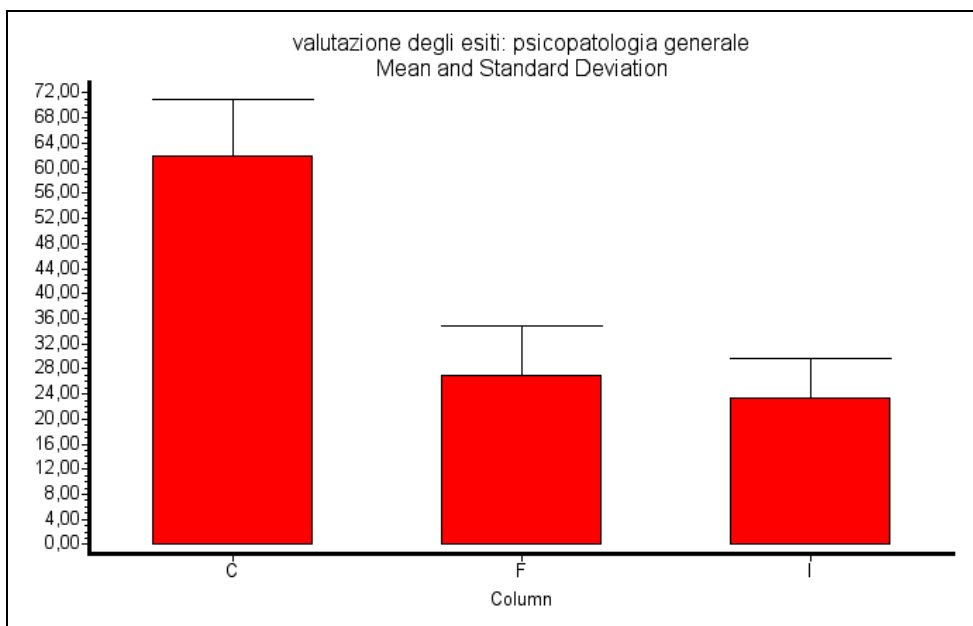


Figura 3. Valutazione degli esiti: psicopatologia generale. C: t_0 ; F: t_1 ; I: t_2 .

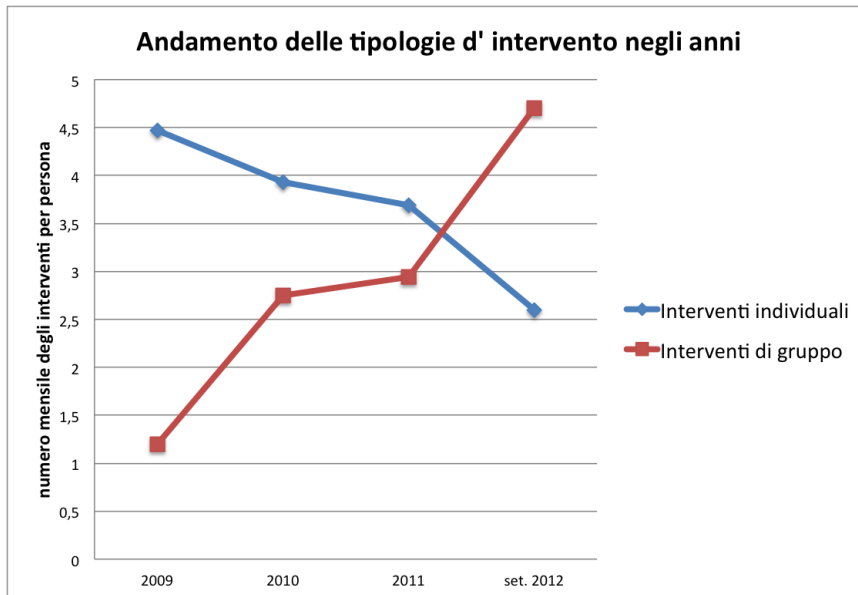


Figura 4. Numero mensile degli interventi per persona nel gruppo principale.

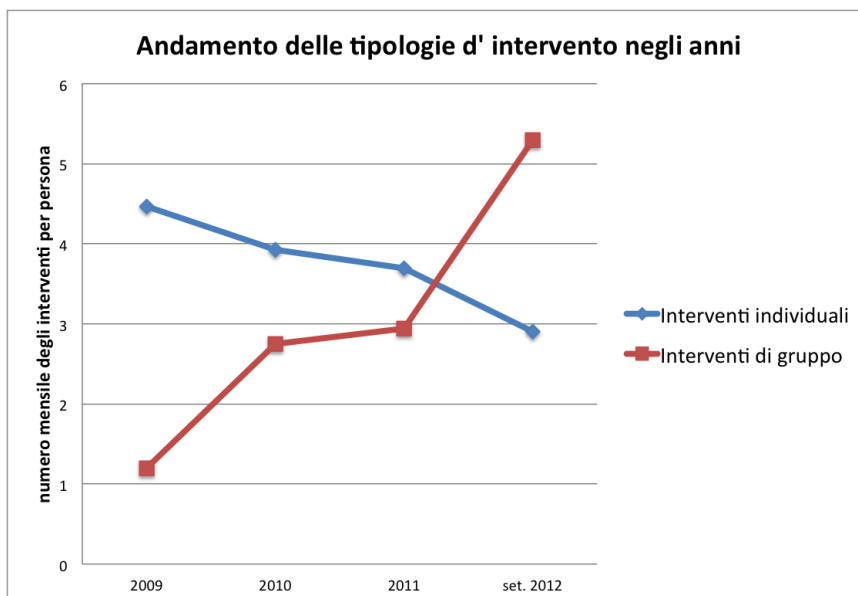


Figura 5. Numero mensile degli interventi per persona nel gruppo principale con correzione per l'anno 2012.

DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

Intenzione del presente studio è porre in evidenza se il favorire l'accesso a una dimensione grupale (e più in generale all'incontro con l'*alterità*) nei percorsi di cura per soggetti giovani al primo episodio di schizofrenia possa aver influito positivamente sugli esiti psicopatologici.

Ricordiamo che tutti i ragazzi entrati nello studio sono stati seguiti con una modalità "standard" riabilitativa psicosociale, con costruzione di un percorso di cura personalizzato, hanno assunto una terapia farmacologica e hanno avuto la possibilità di accedere a colloqui con un medico psichiatra o con un operatore dell'equipe con frequenza concordata a seconda delle necessità.

Il gruppo principale, rispetto al gruppo di controllo, ha avuto la possibilità sia di frequentare gruppi terapeutici specifici per giovani al primo episodio psicotico, sia di entrar a far parte, laddove reputato utile da parte dell'equipe (o quando richiesto dal soggetto) di un gruppo esterno composto di giovani che nel proprio percorso di vita hanno "attraversato" il Centro di Salute Mentale 24h per le più varie motivazioni.

Il gruppo esterno, localizzato in posizione intermedia tra i servizi per la Salute Mentale e la cittadinanza, funziona autonomamente e settimanalmente si riunisce per svolgere le più svariate attività nel territorio (uscite, cinema, mostre, passeggiate in montagna, ma anche ritiri residenziali esperienziali, gruppi riabilitativi sulle abilità sociali ecc.).

In questo gruppo è sempre stata presente una psicologa accompagnata da volontari e da altri operatori del servizio di riferimento.

Come ultima premessa si evidenzia un possibile elemento di critica alla metodologia utilizzata nella valutazione dei livelli di psicopatologia al t_0 . Questi, infatti, sono stati registrati retrospettivamente mediante compilazione accurata della scala PANSS, in collaborazione con gli operatori che hanno conosciuto la persona al primo contatto con il servizio e con l'ausilio della cartella clinica. Ciononostante, il manuale utilizzato per l'attribuzione dei punteggi nei vari item (con la descrizione analitica corrispondente) fornisce la possibilità di cogliere anche piccole sfumature nel variare della sintomatologia e ciò potrebbe aver favorito una ricostruzione attendibile. Tra l'altro i valori ottenuti nei due gruppi al t_0 sono sovrapponibili e questo è comprensibile: generalmente, infatti, quando parliamo di schizofrenia ciò che conduce la persona a un servizio per la Salute Mentale è il presentarsi di una sintomatologia che interferisce in

maniera importante con la vita della persona; le differenze emergono al t_1 (momento in cui gli interventi terapeutici sono già posti in essere).

Andiamo quindi a commentare i dati emersi tentando al contempo di rintracciare una spiegazione plausibile del loro significato.²¹

Per quanto riguarda la prima fase dello studio si rileva che i punteggi ottenuti al t_1 nei due gruppi alle scale PANSS generale, positiva e psicopatologica, non sono sovrapponibili: il gruppo di controllo ha mostrato, infatti, livelli di sintomatologia più elevati del gruppo principale. Questo ci dice che i soggetti nei quali non è stato favorito l'accesso a una dimensione gruppale stanno peggio di quelli per i quali questa possibilità è stata possa in essere, ma non ci dice nulla sulla relazione intercorrente tra la partecipazione ai gruppi e gli esiti osservati.

L'estrema significatività della differenza presentata dai due gruppi nella PANSS psicopatologica potrebbe deporre a favore di una riproducibilità di tale risultato in un campione più ampio.

Sempre in questa fase a un'analisi più approfondita dei singoli Cluster della PANSS sono stati identificati quelli che più hanno "pesato" nel determinare la differenza di cui sopra. Le dimensioni psicopatologiche sperimentate in maniera maggiore al t_1 dal gruppo di controllo, rispetto al principale, sono state: sospettosità, ansia, tensione, depressione, contenuti insoliti del pensiero, preoccupazione e ritiro sociale attivo (eccitamento, preoccupazione somatica e ostilità sono risultati essere non proprio significativi, ma neanche del tutto non significativi: con tutta probabilità potrebbero rientrare entro il livello di significatività qualora tale studio fosse riprodotto su un campione più ampio).

Le dimensioni psicopatologiche sospettosità e contenuti insoliti del pensiero hanno invece dimostrato una significatività statistica importante.

Tutti i Cluster identificati descrivono molto bene il periodo intercritico²² (tra due crisi psicotiche, periodo dove è presente un rischio di ricaduta) ovvero, la comparsa di preoccupazione allo sfilacciarsi dei significati del mondo con la contestuale comparsa di contenuti insoliti del pensiero, di ansia, di tensione e sospettosità nel percepire la

²¹ In psichiatria (e in psicopatologia) trovandosi di fronte all'uomo, e alla sua complessità, i dati matematici (e le regole vigenti per le scienze naturali) andrebbero interpretati basandosi sempre su solide fondamenta filosofiche e di pensiero, con mente intenzionata a cogliere in questi la spinta propulsiva alla speculazione antropologica, sempre coscienti che ogni volta che il terapeuta incontra l'*altro-da-sé*, come piaceva dire a E. Husserl, è un "*eterno debuttante*".

²² Birchwood M., Spencer E., McGovern D., *Schizophrenia: early warning signs*, Advances in psychiatry treatment. 6: 93-101, 2000.

minacciosità e la troppa vicinanza dell'*Altro*, invadente e incomprensibile. Il ritiro sociale attivo potrebbe essere visto come il tentativo di mantenersi lontano dall'incontro con quell'*Altro* (e con quel Mondo) che suscitano tale tensione. La depressione finisce per essere la tonalità affettiva che accompagna tali vissuti.

Nella scala PANSS negativa i due gruppi hanno ottenuto valori sovrapponibili, d'altronde in solo una piccola percentuale di soggetti l'esordio psicotico (e qui anche la ricaduta) inizia con una sintomatologia subdola (e negativa). Questo potrebbe giustificare il risultato ottenuto, tra l'altro tutti i soggetti considerati durante la presa in carico hanno sempre assunto antipsicotici atipici con continuità e con chiaro beneficio su tale dimensione sintomatologica.

Se ora consideriamo il numero di contatti e d'interventi (tabella 4) notiamo come i valori rilevati nei due gruppi non siano sovrapponibili. Il gruppo principale ha registrato un più alto numero di entrambe le tipologie di prestazione.

Crediamo che per il gruppo principale vi sia stata un'attenzione maggiore da parte degli operatori della Salute Mentale coinvolti nella presa in carico. Sentendosi questi ultimi appartenenti a un gruppo di lavoro specifico per giovani con disturbo psicotico può accadere che vengano registrati un maggior numero di colloqui, "rubati" al passaggio dei ragazzi al Centro di Salute mentale che può avvenire anche solo per procurarsi la terapia farmacologica settimanale o mensile (dispensata direttamente dal servizio). Tali contatti verrebbero così codificati nella conta delle prestazioni. Ciò, se così fosse, non accade invece nel gruppo di controllo, laddove il passaggio del soggetto al servizio è codificata solo con la prestazione infermieristica della consegna dei farmaci. Nel gruppo principale quindi un passaggio del giovane al servizio può essere registrato con un numero d'interventi uguale o maggiore di 1.

Lo stesso vale per il numero di contatti. Per quanto riguarda sempre il gruppo principale, essendosi create maggiori relazioni terapeutiche all'interno del gruppo utenti/operatori, il numero degli operatori che cercano i ragazzi e, al contrario, il numero di ragazzi che cercano gli operatori, sono maggiori di quelli del gruppo di controllo con conseguente registrazione di un più elevato numero di contatti tra questi soggetti e il servizio.

Inoltre la sensazione, e la consapevolezza, di far parte di un gruppo può tradursi in una maggiore frequentazione da parte degli utenti dei luoghi appartenenti allo stesso e tra questi anche il Centro di Salute Mentale.

Per quanto riguarda la seconda fase dello studio, all'osservazione di ciò che è accaduto longitudinalmente solo nel gruppo principale, i numeri ottenuti dall'analisi dei dati (tabella 5) evidenziano che nel corso del tempo vi è stato un miglioramento nell'intero corredo sintomatologico presentato al t_0 .

Nello specifico la sintomatologia positiva (tabella 5; figura 1) si era ridotta significativamente già al t_1 identificandosi con una vera e propria remissione mantenutasi al t_2 .

Se invece consideriamo la sintomatologia negativa (tabella 5; figura 2) questa si riduce ulteriormente tra t_1 e t_2 . (aumento di significatività tra t_0 vs. t_1 e t_0 vs. t_2).

Volgendo infine lo sguardo alla scala PANSS psicopatologica (tabella 5; figura 3) notiamo che anche in questo caso vi è stato un miglioramento ulteriore della sintomatologia rappresentata tra t_1 e t_2 (anche in questo caso abbiamo un aumento di significatività tra t_0 vs. t_1 e t_0 vs. t_2).

Il fatto che il post test non sia in grado di rilevare cosa accade tra t_1 e t_2 , nel paragonare direttamente i valori al t_1 con quelli al t_2 , avviene poiché in tutti i casi già al t_1 vi è stato un buon miglioramento sintomatologico (e il post test non è in grado di rilevare minime variazioni nei numeri), ma se andiamo a paragonare i valori ottenuti nelle coppie t_0 vs. t_1 e t_0 vs. t_2 è evidente che di base il livello sintomatologico al t_1 si è mantenuto al t_2 , e nella maggior parte dei casi è migliorato ulteriormente.

Se però consideriamo la struttura della scala PANSS ci rendiamo conto che una variazione di poche unità numeriche può invece significare il passaggio da assenza della sintomatologia indagata a presenza, seppur lieve, della stessa.

Il fatto che la sintomatologia positiva già al t_1 sia migliorata in misura maggiore rispetto al resto della sintomatologia può essere spiegato da un maggior effetto che su questa ha la terapia farmacologica. Sul resto della sintomatologia potrebbero invece aver "lavorato" altri fattori terapeutici.

Gli item che hanno mostrato un miglioramento tra t_1 e t_2 sono i seguenti: disorganizzazione concettuale, comportamento allucinatorio, ritiro emozionale, rapporto insufficiente, ritiro sociale passivo/apatico, difficoltà nel pensiero astratto, mancanza di spontaneità e fluidità nel colloquio, pensiero stereotipato, preoccupazione somatica, tensione, rallentamento motorio, povertà attentiva, perdita di giudizio e d'insight, disturbi della volontà, preoccupazione, ritiro sociale attivo.

Se consideriamo solo quegli item i cui valori si discostano maggiormente tra t_0 e t_2 (per i quali la significatività statistica aumenta nel passaggio tra t_0 - t_1 e t_0 - t_2) rimangono i

seguenti: disorganizzazione concettuale, comportamento allucinatorio, pensiero stereotipato, povertà attentiva, perdita di giudizio e d'insight e disturbi della volontà.

Per quanto riguarda gli item eccitamento e sospettosità/persecuzione il primo non era presente nei soggetti valutati, mentre il secondo migliorato al t_1 peggiora al t_2 . Ciò si verifica poiché in un ragazzo al t_2 troviamo un livello di sospettosità maggiore rispetto alla valutazione precedente e questo avviene simultaneamente alla diminuzione della sintomatologia negativa e all'inizio di un percorso d'inserimento lavorativo: in questa nuova situazione emerge quella quota di sospettosità che prima, nell'ambiente "domestico", non aveva avuto modo di manifestarsi.

Tra l'altro questo è lo stesso ragazzo che è stato escluso dalla rielaborazione dei dati che riguardano le prestazioni nel 2012 poiché, come già detto nel paragrafo precedente, non ha usufruito di un gran numero d'interventi né di tipo individuale che di gruppo.

Per quanto riguarda le tipologie d'intervento abbiamo notato come nel corso del tempo assistiamo a una diminuzione degli interventi individuali e un aumento di quelli di tipo gruppale, in modo maggiore nel periodo che intercorre tra t_1 e t_2 : assistiamo qui a un "impennata" del numero d'interventi di tipo gruppale e a una "caduta" del numero d'interventi individuali (figure 4 e 5).

Considerando le osservazioni fin qui esposte, le finalità e il senso degli interventi di tipo gruppale messi in atto, il modo in cui gli interventi di tipo individuale sono programmati in un CSM 24h (ovvero con frequenze e durata che varia a seconda della necessità del momento senza che vi sia un setting strutturato nel tempo e nello spazio) possiamo avanzare le seguenti conclusioni.

Presupposto che tutti i soggetti hanno mantenuto con costanza l'assunzione di una terapia farmacologica, con aggiustamenti del dosaggio nelle fasi di crisi, e nel passaggio alla fase di mantenimento, notiamo al t_1 una chiara differenza negli esiti psicopatologici dei due gruppi di ragazzi con un livello di remissione sintomatologica migliore nel gruppo principale (che poi è quello al quale è stato favorito l'accesso a dinamiche gruppali).

In questo gruppo i livelli di remissione sintomatologica sono buoni già al t_1 per poi migliorare nel periodo successivo, periodo nel quale il servizio titolare del percorso di cura ha progettato e "agito" un maggior numero d'interventi di tipo gruppale.

La diminuzione simultanea degli interventi di tipo individuale può essere spiegata dal fatto che la frequenza con la quale tale tipologia d'intervento è agita si modifica nel

tempo a seconda dei livelli di psicopatologia (e di disagio) sperimentati dal soggetto delle cure.

Tale interpretazione non farebbe che confermare che la clinica dei soggetti appartenenti al gruppo principale è andata migliorando nel periodo considerato, periodo nel quale vi è stato un aumento delle tipologie d'intervento gruppali.

La "gruppalità" potrebbe essere correlata agli esiti psicopatologici osservati con una modalità duplice e "circolare": da un lato il gruppo è terapeutico, contrasta e "lavora" su aree sintomatologiche più difficilmente "aggredibili" dalla terapia farmacologica, dall'altro una migliore condizione clinica del soggetto finisce per facilitare la sua partecipazione alle dinamiche gruppali.

Se andiamo a esaminare i sintomi che maggiormente sono migliorati contestualmente a un aumento delle prestazioni gruppali notiamo come questi possano essere considerati dimensioni che migliorano laddove il soggetto schizofrenico torna capace di accedere a un orizzonte di significati condiviso dall'Altro (senso comune, *common sense*, che si costituisce in fondo nell'intersoggettività). Questo vale, sia per quel che riguarda sintomi che hanno a che fare con i significati del mondo, con i concetti, (disorganizzazione concettuale, pensiero stereotipato, perdita di giudizio e di insight, ma anche difficoltà di pensiero astratto e disturbi della volontà) sia per quei sintomi (comportamento allucinatorio) che invece compaiono laddove il soggetto si pone (ed è) in una situazione d'isolamento, di ritiro (ritiro sociale attivo/apatico, ritiro emozionale, ritiro sociale passivo, e anche qui i disturbi della volontà) spesso in attesa che qualcosa accada (appunto la comparsa delle voci o la rivelazione del delirio).

Ben coscienti dei limiti che presenta questo studio, dovuti prima di tutto dalla piccola numerosità del campione (che però ci ha permesso di osservare e descrivere, quando necessario, cosa stava accadendo nel singolo soggetto), e del significato che qui assumono i numeri, ai quali viene dato senso dalle osservazioni cliniche, possiamo affermare che gli interventi rivolti ai gruppi hanno aggiunto valore alla terapeuticità dei percorsi di cura favorendo il raggiungimento di un miglior compenso psicopatologico

E' necessario continuare a riflettere più approfonditamente sul lavoro fatto per trovare correlazioni precise tra i risultati terapeutici ottenuti e le tipologie d'intervento agite.

"Gruppalità" come dispositivo antropologico e terapeutico è da intendersi in un senso più ampio. Il concetto di gruppo va qui inteso come un costrutto relazionale che si sviluppa trasversalmente tra il servizio e la cittadinanza.

Questo è un gruppo che fa affidamento (e si fonda) su tutti i suoi elementi umani, da questi trae forza e in questi risiede la sua terapeuticità. Gruppo trasversale e poliedrico dove ogni soggetto (operatori e soggetti della cura) s'incontrano come persone, e come *alterità*, fornendo il proprio mondo affinché questo sia specchio del mondo-altro che qui incontra, e base su cui ri-strutturare il filo continuativo dell'identità (rottosi a causa dell'evento psicotico), laddove la persona percepisce che l'operatore è disposto a "fare di più"²³ rispetto alle aspettative iniziali, secondo una modalità di agire che è propria delle relazioni autentiche. Questo è un gruppo che nutre, che accoglie la storia e l'esperienza di vita del giovane, il quale giunge a riconoscere i luoghi della cura, e tutti i luoghi che da essi gradualmente si distanziano fino a raggiungere gli spazi del comune agire, come "propri".

Il gruppo dei ragazzi viene così a costituirsi come specchio del gruppo degli operatori (in una serie continua di rimandi tra gli uni e gli altri). Gli operatori si "sentono" anch'essi gruppo e al tempo stesso soggetti che dedicano il loro "proprio" tempo (in modo specifico) a incontrare l'altro, in uno spazio che non appartiene più né all'uno né all'altro perché in quel momento appartiene a un *noi* (un *io-tu*; un *io-altro*), che poi è un *noi-due* che, passando attraverso un *noi-tre*, diviene un *noi-gruppo*.

In questo spazio della continuità relazionale la dimensione gruppale pone a disposizione del soggetto schizofrenico l'*alterità* favorendo una più solida ricostituzione di un orizzonte di significati condiviso, di un senso comune, e quindi contrastando il fenomeno schizofrenia a un livello ontologico.

"Il voler essere se stesso (...) il sentirsi (...) una personalità totale e compiuta presuppone sempre il reciproco aprirsi ad un altro se stesso; l'individuo che si isola perde la possibilità dell'«incontro»".²⁴ (...) il momento patogenetico della malattia mentale sarà dunque non nella contingenza di un supposto elemento traumatizzante, ma nel modo in cui questo elemento avrà turbato il meccanismo dell'«incontro»"²⁵. " (...) la ricostruzione della storia di un determinato uomo non può essere che il risultato di un lavoro creatore di due personalità (...) ed è appunto attraverso la ricostruzione

²³ Qua si richiama la sfera interpersonale del processo di recovery. Per un approfondimento: Mezzina R., Davidson L., Borg M. et al., *The social Nature of Recovery: Discussion and Implications for Practice*, American Journal of Psychiatric Rehabilitation, 9:63-80, 2006.

²⁴ Basaglia F., *Alcuni aspetti della moderna psicoterapia* in *Scritti. Dalla psichiatria fenomenologica all'esperienza di Gorizia*, Ongaro Basaglia F. (a cura di), Torino, Einaudi, 1981: p. 35.

²⁵ Ibidem. pp. 36-37.

del «vissuto» dell'individuo esaminato che lo psicoterapeuta riuscirà a ridargli la possibilità di riaprirsi e ritornare al mondo».²⁶

La diversa cultura della cura che trapela da queste pagine ha a che fare con la capacità che i servizi coinvolti, le equipe che vi lavorano e i singoli soggetti che le compongono hanno di interrogarsi sugli strumenti terapeutici (e modificarli continuamente se necessario) e sui fini che con questi vogliono raggiungere. Al tempo stesso questo ha a che fare con quella cultura di psichiatria comunitaria nella quale i soggetti riescono a mettersi in gioco con l'Altro, e per l'Altro, spogliati di quel ruolo verticale (medico – paziente; istituzione – paziente; medico – operatore) che può rendere più distante lo spazio intrasoggettivo dell'operatore da quello dell'utente.

Per dirlo con Kimura : “E’ nella misura nella quale il suo aïda interiore si riferisce con successo all’aïda interiore dei pazienti che i suoi atti hanno poteri di guarigione. Solo un aïda intra-soggettivo può entrare in relazione con un altro aïda intra-soggettivo in un aïda inter-soggettivo”.²⁷

Sarà quindi da approfondire tali tematiche per identificare meglio l'effetto terapeutico che la dinamica gruppale agisce nei ragazzi all'esordio schizofrenico, e questo anche (e soprattutto) da un punto di vista speculativo (antropologico, filosofico e psicoterapico).

Crediamo, per concludere, che la dinamica gruppale non possa comunque sostituirsi all'incontro duale essendo questi tra loro complementari poiché, nei ragazzi all'esordio schizofrenico, probabilmente agenti con diverse modalità (il gruppo potrebbe divenire una sorta di “stampella” inter-soggettiva, laddove l'Altro-singolo-terapeuta invece riuscirebbe a lavorare a un livello intra-soggettivo e per questo ontologico).

²⁶

Ibidem pp. 43-44.

²⁷Kimura B. *Scritti di psicopatologia fenomenologica*, Roma, Giovanni Fioriti, 2005, p. 9.

Bibliografia

- Anthony W. A. Recovery From Mental Illness: The Guiding Vision of the Mental Health Service System in the 1990s *Psychosocial Rehabilitation*, 16(4): April, 1993
- Ballerini A. La fenomenologia e la cura. In: *Comprendre, Archive International pour l'Anthropologie et la Psychopathologie Phénoménologiques*, 19, Padova, La Garangola, 2009
- Ballerini A. Comprendere l'autismo nella schizofrenia In: *Comprendre, Archive International pour l'Anthropologie et la Psychopathologie Phénoménologiques*, 20, Padova, Tipografia Veneta, 2010
- Ballerini A. *Caduto da una stella. Figure della identità nella psicosi* Roma, Giovanni Fioriti, 2005
- Basaglia F. Alcuni aspetti della moderna psicoterapia. In: Ongaro Basaglia F. (a cura di) *Scritti. Dalla psichiatria fenomenologica all'esperienza di Gorizia* Torino, Einaudi, 1981, pp. 32-53
- Basaglia F. Ongaro Basaglia F. (a cura di) *L'utopia della realtà* Torino, Einaudi, 2005
- Basaglia F. *Conferenze brasiliane*, Milano, Cortina, 2000
- Binswanger L. *Per un'antropologia fenomenologica. Saggi e conferenze psichiatriche* Milano, Feltrinelli, 2007
- Birchwood M., Spencer E., McGovern D. *Schizophrenia: early warning signs*, *Advances in psychiatry treatment*, 6, 93-101, 2000
- Blankenburg W. *La perdita dell'evidenza naturale. Un contributo alla psicopatologia delle schizofrenie pauci-sintomatiche.* (Trad. it.) Milano, Cortina, 1998
- Borgna E. *Come se finisse il mondo. Il senso dell'esperienza schizofrenica.* Milano, Feltrinelli, 2002
- Callieri B., Maldonato M., Di Petta G. *Lineamenti di Psicopatologia fenomenologica* Napoli, Alfredo Guida Editore, 1999

- Callieri B. *Corpo Esistenze Mondi. Per una psicopatologia antropologica* Roma, Edizioni Universitarie Romane, 2007
- Callieri B. Il piano interpersonale dell'Incontro. In: *Comprendre - Archive Internationnal pour l'Anthropologie et la Psychopathologie Phénoménologiques*, 13, Padova, La Garangola, 1998
- Callieri B. La dimensione ambigua dell'incontro con lo psicotico. In: *Comprendre - Archive Internationnal pour l'Anthropologie et la Psychopathologie Phénoménologiques*, 19, Padova, La Garangola, 2009
- Davidson L., Borg M., Marin I. et al. *Processes of Recovery in Serious Mental Illness: Findings from a Multinational Study*, American Journal of Psychiatric Rehabilitation, 8, 177-201, 2005
- Dell'Acqua G., Mezzina R. *Risposta alla crisi*, Servizi di Salute Mentale di Trieste, <http://www.deistituzionalizzazione-trieste.it/letteratura/Letteratura>, 1987
- Dell'Acqua G., Mezzina R. *Il Centro di Salute Mentale 24 ore come comunità terapeutica allargata: la riabilitazione e lo sviluppo di una rete partecipativa*, Servizi di Salute Mentale di Trieste, <http://www.deistituzionalizzazione-trieste.it/letteratura/Letteratura>, 1990
- Gozzetti, Il piano psicoterapeutico dell'incontro. In: *Comprendre, Archive Internationnal pour l'Anthropologie et la Psychopathologie Phénoménologiques*, 8, Padova, La Garangola, 1998
- Gross G., Huber G., Klosterkötter J. The early phase of schizophrenia and prediction of outcome. *Int. Clin. Psychopharmacol.* 13, 13-21, 1998
- Jaspers K. *Psicopatologia Generale*, Roma, Il Pensiero Scientifico, 1964
- Kay SR., Fiszbein A., Opler LA. The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for schizophrenia *Schizophr Bull.* 13(2), 261-276, 1987
- Kimura B. *Scritti di psicopatologia fenomenologica*, Roma, Giovanni Fioriti, 2005
- Klosterkötter J. Vulnerabilità schizofrenica e sintomi di base. In: Rossi Monti M. e Stanghellini G. (a cura di) *Psicopatologia della schizofrenia*, Milano, Cortina, pp. 107-136, 1999

Larsen TK, Friis S., Haar U. et al. Early detection and intervention in first-episode schizophrenia: a critical review, *Schizophrenia Research* 51, 55-61, 2001

Mezzina R. Davidon L., Borg M. et al. The social Nature of Recovery: Discussion and Implications for Practice *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 9, 63-80, 2006

Mezzina R. *L'esperienza di Trieste del CSM a 24 ore e la gestione della crisi*, <http://www.deistituzionalizzazione-trieste.it/letteratura/Letteratura>, 2004

Minkowski E. *La schizofrenia. Psicopatologia degli schizoidi e degli schizofrenici*, Torino, Einaudi, 1998

Penn D.L., Waldheter M.A., Perchins D.O. et al. Psychosocial Treatment for First-Episode Psychosis: A Research Update, *Am. J. Psychiatry* 162, 2220-2232, 2005

Ricoeur P. *Percorsi di riconoscimento*, Milano, Raffaello Cortina, 2005

Ricoeur P. *Sé come un altro*, Milano, Jaca Book, 1993

Sells D., Borg M., Marin I. et al. Arenas of Recovery for Person with severe Mental Illness, *American Journal of Rehabilitation*, 9, 3-16, 2006

Stanghellini G., Ballerini M. Dis-socialità, ovvero la crisi schizofrenica del senso comune. In: *Nóos*, 2, 115-140, 2005

Stanghellini G., Lysaker P.H., The Psychotherapy of Schizophrenia through the Lens of Phenomenology: Intersubjectivity and the the Search for the Recovery of First- and Second-Person Awareness, *American Journal of Psychotherapy* 61, 163-179, 2007

Stanghellini G. Senso comune, disincarnazione e delirio schizofrenico. In: Di Maggio G. e Lisaker PH (a cura di) *Metacognizione e psicopatologia. Valutazione e trattamento*, Milano, Raffaello Cortina Editore, 2011