

RICERCA SCIENTIFICA

Effetti dello psicodramma psicoanalitico e dei trattamenti psicoterapici in una comunità terapeutica psichiatrica

Giuseppe Rombolà Corsini

Gabriele Giacomelli

Report per relazione scientifica anno 2022 – marzo 2023

Valutazione psicologica e clinica, in pazienti psichiatrici in cura presso Comunità Terapeutica Psichiatrica “Passaggio a Nord Ovest” Azienda USL Toscana Centro, sull’efficacia del trattamento residenziale e la psicoterapia con il dispositivo dello psicodramma psicoanalitico della Scuola Erich Fromm, attraverso il *monitoraggio dei meccanismi di difesa e della regolazione emotiva* tramite *defense style questionnaire* ed *emotion regulation questionnaire* ed una valutazione globale legata al tipo di relazione e di funzionamento generale.

1 INTRODUZIONE

L’intervento in Comunità Terapeutica Psichiatrica nasce dalla convenzione di collaborazione fra la *Scuola di Psicoterapia Erich Fromm (SPEF)*, *Direttrice Dott.ssa Irene Battaglini*, e L’Azienda del Servizio Sanitario Nazionale.

La comunità terapeutica psichiatrica “Passaggio a Nordovest” è una struttura del servizio sanitario nazionale direttamente alle dipendenze della Unità Funzionale Salute Mentale Adulti zona Firenze Nord Ovest della USL Toscana Centro. Alla struttura sono assegnati 1 medico psichiatra, 3 infermieri, 3 educatori e 8 OSS; oltre a tale personale la struttura si avvale di una *convenzione con la Scuola di Psicoterapia Erich Fromm (SPEF)* per fornire agli

utenti maggiori servizi di tipo psicoterapeutico. Come indicato nella convenzione tra Azienda Sanitaria e Scuola di Psicoterapia Erich Fromm, l’intervento presso la Comunità Terapeutica, si rivolge agli utenti tramite una psicoterapia Interpersonale Umanistica (SPEF) con il dispositivo dello psicodramma Psicoanalitico. Le sedute di psicoterapia di gruppo, sono tenute dal Dott. Giuseppe Rombolà Corsini insieme agli studenti SPEF del terzo e quarto anno, impiegati all’interno della convenzione come supporto ulteriore per utenti che non hanno uno psicoterapeuta individuale. Per mantenere la continuità, la coesione, a causa delle limitazioni dovute alla Pandemia alcune Sessioni sono state svolte online. La psicoterapia, ed in particolare l’uso dello psicodramma in un contesto come quello della Comunità Psichiatrica è in sintonia con

un "luogo", la comunità Terapeutica, che fonda la propria essenza, le aspettative di cura, proprio sull'importanza del gruppo (Jones 1974). La terapia interpersonale umanistica tramite lo psicodramma contribuisce al progetto di attivare i singoli membri della comunità "in funzione della costruzione e della fortificazione di una identità di gruppo" da cui poter sviluppare-ristrutturare la propria. Il docente della Scuola di Psicoterapia responsabile dell'intervento psicoterapico in comunità, in qualità di cultore della materia con idoneità all'insegnamento in Psicodinamica dei Gruppi, il Dott. Giuseppe Rombolà Corsini collabora da dieci anni con la Prof. Rosapia Lauro Grotto all'affinamento dei metodi didattici per l'insegnamento della psicodinamica dei gruppi. L'attività in Comunità Psichiatrica ha consentito di stabilire una *collaborazione con il Corso di Psicodinamica dei gruppi della Scuola di Psicologia dell'Università degli Studi di Firenze a cura della Prof. Rosa Pia Lauro Grotto titolare dell'insegnamento. Ai seminari universitari hanno partecipato il Dott. Franco Sirianni Psichiatra Responsabile dei Servizi USL, ed una équipe dei curanti insieme a Rombolà Corsini Docente Scuola di Psicoterapia Erich Fromm.* La collaborazione è finalizzata a valorizzare il contributo di questo tipo di psicoterapia con il dispositivo dello psicodramma psicoanalitico per la presa in carico dei pazienti gravi nei contesti di comunità e per la formazione continua degli operatori.

1.1 IL DISPOSITIVO DELLO PSICODRAMMA - PSICOANALITICO

Parte del programma della Comunità, è diventata terapia di gruppo, tramite il dispositivo dello psicodramma psicoanalitico (Moreno 1946, Yablonsky 1978). La funzione di tale dispositivo ripercorre abbastanza fedelmente l'orientamento indicato da Maxwell Jones (1974), che alla fine degli anni '50 aveva utilizzato le tecniche di psicodramma all'interno del lavoro con pazienti psichiatrici ed è fra coloro che contribuiscono alla realizzazione delle prime "comunità terapeutiche" portando i concetti di libertà, di relazione interpersonale, comunicazione, confronto con la realtà, permissibilità e in generale di democratizzazione del rapporto di cura anche come forma mentale evoluta, produttiva e sociale (Jones 1974). A partire dal 2013 viene svolta, presso la Comunità Psichiatrica Passaggio a Nord Ovest, la terapia di gruppo, per una durata di

due ore ogni due settimane (il giovedì) con un minimo di sei persone; tenendo conto che gli ospiti della Comunità possono arrivare a 14, i parametri numerici sono stabiliti anche tramite il pre-gruppo in funzione delle dinamiche che si sviluppano e dei membri dello staff che vi partecipano.

1.2 OBIETTIVI

Gli obiettivi del progetto sono molteplici, rivolti agli ospiti, allo staff della comunità e agli specializzandi della Scuola di psicoterapia SPEF, per una loro formazione sul campo per la quale è prevista anche la supervisione, che viene svolta dalla SPEF anche con i gruppi "alla balint" con il dott. Ezio Benelli, docente della scuola di psicoterapia Erich Fromm. Gli obiettivi dei percorsi offerti dalla SPEF rivolti agli ospiti, riguardano la diminuzione degli effetti della cronicizzazione e del disagio psichico, promozione del reinserimento nel contesto sociale, una migliore aderenza alle terapie (es. quella farmacologica), l'attivazione di processi di cambiamento tramite il recupero di funzioni indebolite in seguito a eventi traumatici. Inoltre, il miglioramento di abilità emotive utili nelle relazioni interpersonali, lo sviluppo di risorse personali ed il concetto "di guarigione" come superamento della cronicità con sviluppo di autonomia (economica, lavorativa o abitativa); terapia e riabilitazione sono da intendersi come poli di un continuum. Importante dunque è garantire la stabilità clinica dei pazienti evitando possibili ricadute e fornire sostegno ai pazienti nel percorso di riadattamento sociale: un lavoro non soltanto relativo all'integrazione delle parti scisse ma anche indirizzato alla "modulazione affettiva". La psicoterapia è adattata ai bisogni relazionali e modulata in funzione del contenimento delle angosce. Di grande importanza è la funzione dell'empatia, tenendo conto che vi possono essere, in questa sofferenza, danneggiamenti da esperienze precoci di mancata condivisione e scarso contatto emotivo (Bowlby 1988). Attraverso il concetto di "campo allargato" (Correale 1991) è prevista la partecipazione attraverso l'osservazione e coinvolgimento degli altri curanti che operano nella comunità. E' prevista anche la possibilità di un supporto emotivo per gli operatori, al fine di elaborare il vissuto e le emozioni suscitate dal lavoro "sul campo", lavoro che consta di un continuo stare in relazione con i pazienti della Comunità. Su segnalazione dello Psichiatra è prevista la partecipazione alla psi-

coterapia di gruppo con il dispositivo dello psicodramma analitico (Moreno 1946, Yablonsky 1978), anche a pazienti dimessi, allo scopo di rinforzare gli obiettivi raggiunti. Per quanto riguarda la ricerca sulla efficacia della modalità terapeutica utilizzata ci si è avvalsi del “*defense style questionnaire*” e del “*emotion regulation questionnaire*” al fine di indagare i cambiamenti in abilità relative alla regolazione emotiva e ai meccanismi di difesa, somministrati in comunità dagli specializzandi della SPEF. Relativamente agli specializzandi SPEF il progetto, con la presenza del docente e terapeuta di gruppo, ha anche lo scopo, come detto, di permettere una formazione sia teorica ma anche pratica (practical training), ed i pazienti, tramite esperienze emozionali “contenute” nella e dalla terapia di gruppo, grazie allo psicodramma, sono aiutati a comprendere come la parte psicotica possa presentarsi e sono stimolati sulla percezione del pericolo che ne può conseguire (infatti nel caso della psicosi la parte psicotica dominando la parte sana tende a “colonizzarla”). La tecnica psicodrammatica si rivela utile anche perché tramite il “gioco”, riduce la resistenza al trattamento terapeutico. Il progetto relativo all’intervento di psicoterapia individuale svolto dai tirocinanti SPEF prevede un percorso che inizialmente è di tipo supportivo ed ha l’intento poi di arrivare a modalità espressive che tramite la psicoterapia, la terapia combinata, il dispositivo psicodrammatico interpersonale umanistico, favorisca le capacità elaborative.

1.3 ACCESSO - INSERIMENTO NUOVI UTENTI NEI PERCORSI SPEF

Il progetto prevede, come passo preliminare alla partecipazione allo psicodramma, *colloqui di inserimento concordati con la comunità ed in accordo con lo psichiatra di riferimento*: agli utenti della comunità viene presentato e spiegato il metodo e le particolarità della terapia di gruppo che viene proposta al fine di rendere volontaria e attiva la partecipazione, così come per la psicoterapia individuale.

1.4 PRE-GRUPPO

Il pre-gruppo viene svolto immediatamente prima della sessione di psicoterapia - psicodramma per una durata di circa 45 minuti. Qui le questioni teoriche utili alla formazione degli allievi sono oggetto del pre-gruppo come anche le informazioni sui pazienti che riceviamo dai tirocinanti e come detto

dagli operatori che danno utili notizie relative al percorso riabilitativo. Prima del pre-gruppo, se richiesto, è previsto un incontro con la Dott. Elisabetta Marasco, responsabile della Comunità Passaggio a Nord Ovest. Nel pre-gruppo, dove insieme agli allievi e il Dott. Rombolà Corsini ci sono educatori ed infermieri della comunità, viene svolto un aggiornamento sull’andamento dei pazienti, anche per decidere la “direzione” migliore per la terapia di gruppo, viene riguardata la cartella clinica, la terapia farmacologica e per i nuovi arrivi la storia antecedente l’arrivo in comunità. I pazienti che sono in cura presso la Comunità hanno disturbi di tipo *borderline*, e soprattutto disturbi *psicotici e bipolari*. Nel progetto la SPEF ha “pensato” al supporto emotivo per gli operatori (infermieri, educatori...) essi partecipano attraverso turni concordati allo psicodramma e sono presenti anche per esigenze legate alla terapia farmacologica. Tenendo presenti aspetti possibili di asocialità abbiamo, nel progetto, pensato comunque che la presenza di 2 o 4 operatori della comunità diventa utile elemento per favorire l’unione tra i pazienti e l’équipe curante.

1.5 PSICOTERAPIA DI GRUPPO CON IL DISPOSITIVO DELLO PSICODRAMMA PSICOANALITICO

Dopo il pre gruppo la terapia inizia con gli utenti seduti a semicerchio, a giusta distanza (di fatto convivono nella comunità) nella stanza delle attività della struttura; lo spazio dello psicodramma permette una partecipazione attiva ed il gruppo non è soltanto struttura di confronto, “luogo” in cui “giocare” sentimenti ed emozioni, ma “protagonista” di processi transferali, di nuove possibilità di individuare i nuclei intrapsichici ed interpersonali dai quali si muove la patologia. Non ci si limita a contenere o a minimizzare le sintomatologie, e si valorizzano le risorse esistenti – “...nel corso di uno psicodramma indirizzato ad uno psicotico, il paziente è spronato, per così dire, a ricominciare la propria malattia, ma in circostanze più favorevoli di quanto sia avvenuto nelle situazioni di vita. E’ incoraggiato a elaborare e va ad amplificare la posizione mentale” (Moreno 1946). Nell’incontro, in ogni seduta i pazienti si vivono e si scoprono in una situazione dove i rapporti interpersonali non sono distorti, ostacolati dal peso di esperienze del passato, ma permettono la costruzione di un processo

adeguato ai bisogni, ai desideri che emergono dal singolo e dal gruppo. L'intervento si propone di contribuire a realizzare una modificazione il più possibile duratura del funzionamento dell'Io per far sì che sia più "consistente" alle esigenze di organizzazione e di espressione della personalità. Non tanto un rimodellamento di tipo comportamentistico ma il facilitare la scoperta di risorse, così come la riorganizzazione delle diverse istanze personali intorno ad un nucleo centrale stabile. Durante lo psicodramma l'espressione libera è al tempo stesso contenuta nel gruppo e oltre alla scarica dell'energia apparentemente disorganizzata del delirio, si vanno ad individuare anche grazie alla scena "giocata", realtà alternative al prodotto allucinatorio e delirante. In questo modo si dà la possibilità al paziente di guardare fuori il "nemico che lo colonizza" impedendogli di vivere secondo i suoi desideri. Nella terapia è poi possibile mettere in scena possibili modalità, nuove risposte a vecchie situazioni, con le quali far fronte al disagio. In certi casi, più complessi, l'obiettivo che ci si pone può essere quello di prendere contatto con la complessità del messaggio delirante, senza incasellarlo a "solamente un sintomo", per poi riprendere con sessioni successive, o magari nel setting individuale (terapia combinata)

1.6 POST-GRUPPO

Dopo la conclusione dello psicodramma vi è il post gruppo, senza pazienti, "progettato" per parlare di loro, e dei vissuti di ognuno di noi, terapeuti ed operatori che hanno partecipato della dinamica del gruppo appena svolto, dei "vissuti" e degli obiettivi del progetto (sempre tenendo conto anche delle esigenze formative degli specializzandi e di quelle cliniche degli utenti).

1.7 PSICOTERAPIA INDIVIDUALE

Oltre alla sessione di psicoterapia di gruppo, in forma di psicodramma, che viene svolta ogni 2 settimane, la scuola Erich Fromm, mette a disposizione della comunità uno spazio psicoterapeutico individuale, di norma settimanale, curato dagli allievi tirocinanti iscritti all'ordine degli psicologi o dei medici. La psicoterapia individuale così erogata è il naturale complemento della psicoterapia di gruppo utilizzando un potenziamento a vicenda delle due strategie. Lo psicoterapeuta individuale viene concordato con lo psichiatra curante. Anche

la terapia individuale è stata svolta alcune volte online a causa del Covid-19.

1.8 SUPERVISIONE

Gli psicologi e i medici che operano attraverso la scuola sono in supervisione dalla scuola stessa.

2 MATERIALI E METODI DELLA RICERCA

Utilizzando la Psicoterapia Psicoanalitica Interpersonale Umanistica, Scuola di Psicoterapia Erich Fromm, questa ricerca ha avuto l'obiettivo di *esplorare i cambiamenti associati a meccanismi di difesa e alla regolazione emotiva* in seguito ad un percorso di psicoterapia di gruppo con il dispositivo dello psicodramma psicoanalitico e di psicoterapia individuale. *La psicoterapia è svolta in un setting di comunità psichiatrica, il gruppo è formato da pazienti con disturbi di personalità di tipo borderline, disturbi psicotici e bipolari. Il percorso oggetto della ricerca è relativo a un anno di psicoterapia di gruppo tramite il dispositivo dello psicodramma psicoanalitico e terapia individuale con il docente e terapeuta di gruppo responsabile dell'intervento ed i tirocinanti della Scuola Di Psicoterapia Erich Fromm del 3° e 4° anno.*

La ricerca ha previsto la somministrazione di un questionario sui meccanismi di difesa, Defence Style Questionnaire – DSQ-88 (Andrews, Polloc, & Stewart, 1989; Bond, 1983; San Martini, Roma, Sarti, Lingiardi, & Bond, 2004), ed un questionario sulla regolazione emotiva, Emotion Regulations Questionnaire – ERQ-10 (Balzarotti, John, & Gross 2010) ai quali è stato aggiunto la valutazione degli obiettivi raggiunti durante il percorso di cura. Da tali dati si attende un cambiamento tra il pre- ed il post-test in domini dei meccanismi di difesa in particolare di tipo nevrotico. Il progetto relativo alla somministrazione dei tests ha avuto inizio nel 2017 ed ha previsto il reclutamento di 5 pazienti "ospiti" della comunità psichiatrica seguiti nell'anno 2022. Escludendo i pazienti che non hanno ripetuto la valutazione si riportano in questo lavoro 6 report sull'andamento di altrettanti utenti. Gli altri utenti non sono stati inclusi nello studio a causa della modalità di inserimento o di non conformità durante la permanenza tali da invalidare i dati raccogliabili.

Tabella 3.1: Rappresentazione temporale della presenza in struttura dei pazienti

	2021			2022												2023									
	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
AAA				t1											t2										
BBB			t1														t2								
CCC					t1												t2								
DDD		t1													t2										
EEE			t1														t2								

la colorazione indica i mesi di permanenza mentre le sigle t1, t2, t3 indicano le valutazioni con questionario

in cui sono stati prese precauzioni straordinarie che hanno limitato le possibilità di studio e valutazione. Dalla ricerca ci si attende che possa avvenire, l'integrazione dei meccanismi di difesa presenti (di tipo psicotico) con meccanismi di difesa di tipo nevrotico che seppur non completamente maturi, risultano maggiormente adattivi. Le valutazioni, a causa del setting particolarmente variabile, come anche a causa della variabilità di situazioni dei pazienti, sono state svolte generalmente nella fase iniziale e in quella finale, anche se per alcuni è risultata a percorso concluso mentre per altri no.

3 RISULTATI E DISCUSSIONE

Si riportano di seguito i report delle valutazioni svolte su alcuni pazienti, nella figura 1 viene riportato il periodo di permanenza di alcuni pazienti e i momenti in cui sono state svolte le osservazioni. Come riportato le osservazioni sono relative all'anno 2021, considerando l'entrata e la permanenza dei pazienti, che non sempre risulta uguale per i diversi pazienti; così anche la valutazione, essendo una ricerca sul campo risente delle difficoltà di accesso e coinvolgimento dei pazienti stessi (tabella 3.1).

I report seguiranno la seguente schematizzazione:

- presentazione schematica del caso, con la diagnosi, la terapia (ingresso e dimissione) e l'accordo con l'equipe per la dimissione;
- la valutazione multiprofessionale con indicate le problematiche e i punti di forza esaminati durante il primo periodo;
- gli obiettivi di lavoro posti dall'equipe della comunità e la situazione al momento dell'uscita;
- gli interventi psicologici e sociali posti in essere durante il percorso;
- le valutazioni tramite questionari;
- un breve riepilogo su effetti specifici e generali.

3.1 REPORT 1: AAA

«AAA» è celibe, ha 21 anni, è nato in Ucraina ed è stato adottato a 2 anni, vive con la famiglia adottiva italiana composta da padre, madre e una sorella, adottata anch'essa in un momento successivo, entra in comunità nel febbraio 2022 con diagnosi di "disturbo funzionale sociale esordio adolescenza (2016), sindrome da disadattamento (2010) ritardo cognitivo di grado lieve (2017)", in terapia con: Aripiprazolo (15mg) e Ac. Valproico (300mg).

Al momento attuale è nella fase avanzata del percorso in comunità e visto il buon andamento si è cominciato ad ipotizzare col paziente la fase di dimissione. Il progetto del percorso è stato realizzato in collaborazione con l'utente che inizialmente è stato spinto dalla famiglia ma successivamente ha dimostrato di apprezzare pienamente l'occasione riabilitativa.

Tabella 3.2: Obiettivi multiprofessionali per AAA

Area	Situazione attuale
Autonomia	Si è avvalsa e si avvale del supporto psicoterapeutico per migliorare il proprio bisogno di dipendenza che sa riconoscere anche se sente ancora molto presente. Riesce a vivere con libertà il rapporto che ha recuperato con i genitori. Concorde ed è favorevole al progetto di passaggio al gruppo appartamento con minor supporto da parte degli operatori
Area sanitaria	Gli aspetti di cura del sé sono adeguati ormai da diversi mesi, senza bisogno di essere stimolata. Resta un atteggiamento di dipendenza dal cibo che viene solo parzialmente risolto
Lavoro	Completato l'obiettivo di sostenere un inserimento lavorativo ed è al momento in previsione il passaggio ad un'altra associazione dove svolge il ruolo di centralinista

VALUTAZIONE MULTIPROFESSIONALE La valutazione iniziale riporta problemi nelle relazioni con il contesto sociale, difficoltà che si sono presentate nell'ambiente di volontariato per le quali è stata interrotta la frequentazione. La ricerca di relazioni confidenziali sembra generare emozioni incontrollabili. Il livello di autostima appare abbastanza basso (si descrive "tonto" e "matto". Si percepisce una forte aggressività latente che si manifesta anche nei comportamenti "scherzosi". La lettura e la gestione delle emozioni (sia proprie che degli altri) è scarsa ma «AAA» si dimostra disponibile ad essere aiutato su questo aspetto. Le pulsioni sessuali vengono riportate come impetuose e causa di aggressività. Ha completato le medie e un corso di

avviamento al lavoro; gli studi sembrano essere stati interrotti a causa di agiti aggressivi da parte di «AAA». Ha svolto il servizio civile ma anche questa esperienza si è interrotta sempre a causa di comportamenti inadeguati, soprattutto verso le ragazze. Il padre tende a sottominuire le manifestazioni patologiche di «AAA», la madre sembra maggiormente consapevole ma tende ad apparire molto distaccata emotivamente; l'inizio del rapporto della famiglia con la struttura è apparso abbastanza conflittuale. Pare ci sia stata anche una "denuncia" decaduta o ritirata da parte di una coetanea alla quale «AAA» ha fatto alcuni dispetti a causa di un rifiuto amoroso.

Tra i punti di forza la capacità di muoversi all'esterno della struttura con i mezzi pubblici. Non vi sono problemi nella cura dell'aspetto esteriore o di igiene personale, tanto meno nel ritmo sonno-veglia. «AAA» è autonomo nella gestione del denaro e tende ad essere parsimonioso. Buona la capacità di instaurare relazioni sia con gli altri ospiti che con gli operatori: verso questi ultimi cerca la presenza spesso e li utilizza per affrontare i propri stati d'animo, nella gestione emotiva compaiono alcune difficoltà. Anche con la famiglia ci viene descritta una situazione senza particolari problemi: tra la famiglia e gli operatori invece, si è realizzato una situazione conflittuale nel primo periodo di permanenza di «AAA» nella comunità. Buone le capacità base anche se tende a scrivere poco è comunque competente nel ragionamento, nella comunicazione, nelle capacità espressive e manuali. Nella partecipazione rispetta i compiti assegnati, partecipa alle iniziative in modo collaborativo.

«AAA» ha interessi verso la natura e gli animali in particolare. Il tono dell'umore tende ad essere sempre tendenzialmente alto, spesso in modo produttivo (allegria). Buono anche il rapporto con la terapia che assume regolarmente, non altri problemi sanitari, né dipendenze da sostanze. Le attività di "pet therapy" e di "psicodramma" sono quelle preferite di «AAA», ma apprezza anche andare allo stadio e le gite, scarso uso della televisione, non particolarmente coinvolto dalle attività musicali; nell'uso del cellulare tendenzialmente poche difficoltà anche se nei momenti di maggiore tensione tende ad utilizzarlo eccessivamente ed in modo improprio sui "social".

Gli Obiettivi prestabiliti raggiunti sono stati legati a: relazioni e lavoro, come riportato nella tabella 3.2.

INTERVENTI Durante la permanenza è stata svolta una psicoterapia di gruppo (psicodramma ogni 14 giorni) e un trattamento individuale associato (ogni 7 giorni). Oltre agli aspetti psicoterapici formali e a quelli legati alla convivenza in una struttura comunitaria, sono state effettuati attività riabilitative psichiatriche (“pet therapy”, “musica”, “uscite di gruppo”).

QUESTIONARI Come è possibile notare dalla tabella 3.4 sono state svolte due valutazioni: all’inizio e alla fine del 2022. Dalle valutazioni risulta essersi realizzata una generale stabilità nei meccanismi di difesa (DSQ-88 – tabella 3.3), quelli immaturi sembrano essere leggermente aumentati, mentre quelli nevrotici hanno riportato diminuzioni e quelli maturi un aumento solo di *Umorismo*; sembra appropriato sottolineare che le maggiori modificazioni sono avvenute in *Acting out* (+5,2), *Ritiro autistico* (-2,3), *Sublimazione* (-3,6) e *Umorismo* (+4,8). La scala di sincerità, che valuta l’influenza della desiderabilità sociale riporta valori medio-alti. Rispetto ai meccanismi di gestione delle emozioni (ERQ-10) è presente una leggera riduzione sia di *soppressione* (-0.8 punti) che di *rivalutazione* (-0, 7 punti) con una predominanza di quest’ultima.

RIEPILOGO Il quadro riportato dalle valutazioni di «AAA» pur presentando una manifestazione discordante rispetto ai meccanismi di difesa con l’aumento del livello di funzionamento, che si manifesta nell’aumento dei meccanismi immaturi non sostenuto da un contemporaneo aumento dei meccanismi nevrotici o maturi (tabella 3.3). Ciò nonostante gli obiettivi ipotizzati risultano quasi totalmente raggiunti, con un buon adattamento sociale e un aumento delle capacità interpersonali e lavorative (tabella 3.2). Anche rispetto alla presenza di sintomatologia psichiatrica rappresentata dalle difficoltà relazionali e alcune tendenze ossessive si denota un netto miglioramento.

Tabella 3.3: Valutazioni SDQ e ERQ di AAA

Report Utente: AAA			
Anni (primo test)	20	Stato civile:	Celibe
Scolarità:	Medie inferiori		
Occupazione:	Disoccupato		
Diagnosi:			
Terapia			
05/02/2022	Aripiprazolo 15mg, Ac Valproico 500mg		
15/12/2022	Aripiprazolo 20mg, Sertralina 100mg		

Defense Style Questionnaire (DSQ-88 item)			
	05/02/22	15/12/23	DIFFERENZA
Immaturi:			
Acting out	1,1	6,4	5,2
Aggressione passiva	8,0	8,0	0,0
Fantasia	7,7	9,2	1,5
Id. proiettiva	0,8	1,0	0,1
Ipocondriasi	0,9	1,0	0,2
Proiezione	1,3	2,1	0,8
Regressione	3,7	4,3	0,6
Scissione	7,1	5,7	-1,4
Somatizzazione	5,1	4,8	-0,3
Diniego	5,0	5,3	0,3
Isolamento	1,1	2,2	1,1
Onnipotenza	0,8	2,6	1,8
Nevrotici:			
Pseudo altruismo	9,0	8,0	-1,0
Formazione reattiva	3,5	4,3	0,8
Ritiro autistico	7,8	5,5	-2,3
Inibizione	6,1	6,5	0,4
Idealizzazione	4,0	4,3	0,4
Consumo	1,2	1,1	-0,1
Affiliazione	4,2	5,0	0,8
Annullamento	5,1	5,4	0,3
Maturi:			
Anticipazione	7,3	7,3	0,0
Task orienting	7,4	7,8	0,4
Repressione	1,6	1,8	0,2
Sublimazione	5,3	1,7	-3,6
Umorismo	2,9	7,6	4,8
Scala sincerità	6,0	5,6	-0,3

Le variazioni sono evidenziate se superiori a 0.5 (la scala di valutazione del questionario DSQ varia da 1 a 9)

Emotion Regulations Questionnaire (ERQ-10 item)			
	2/5/2022	12/15/2023	DIFFERENZA
Rivalutazione	6,2	5,5	-0,7
Soppressione	2,3	1,5	-0,8

Le variazioni sono evidenziate se superiori a 0.5 (la scala di valutazione del questionario ERQ varia da 1 a 7)

3.2 REPORT 2: BBB

Non coniugato, vive con la famiglia di origine, ha 51 anni, ed entra nel novembre 2021 con diagnosi di "Schizofrenia", in terapia con Risperidone long acting (50mg/14gg), Risperidone (2mg/die) e Lorazepam (2.5mg/die). Attualmente in attesa di una struttura adeguata e in terapia con Risperidone (50mg/14 giorni), ac. Valproico (1000mg/die), Pali-peridone (3mg/die) e Lorazepam (1mg/die) La dimissione è proposta dall'equipe della comunità ed in attesa della risposta dei servizi territoriali in-vianti.

Tabella 3.4: Obiettivi multiprofessionali per BBB

Area	Situazione attuale
Abilità	L'osservazione e lo stimolo rispetto allo sviluppo di abilità utili al reinserimento sociale autonomo ha riportato il bisogno di assistenza che rende impossibile una completa autonomia
Sanitaria	Rispetto all'incontinenza fecale iniziale sono stati svolti gli approfondimenti clinici e nonostante una remissione parziale della sintomatologia permane uno stato di incontinenza saltuaria e un bisogno di supervisione a livello igienico del paziente
Emotiva	Lo sviluppo di consapevolezza rispetto al livello di assistenza del quale necessita (assente all'inizio) è stato raggiunto e BBB ha trovato una sua identità nel contesto del gruppo. Ha anche instaurato un'amicizia piuttosto profonda e ampliato la conoscenza degli altri utenti su un piano decisamente personale.
Lavoro	La valutazione della capacità di tenuta e di applicazione in contesti lavorativi (piccoli lavori manuali) ha riportato una incapacità di impegno autonoma

VALUTAZIONE MULTIPROFESSIONALE La valutazione iniziale riporta problemi nel nucleo familiare dovuti ad allettamento di entrambi i genitori (padre con deterioramento cognitivo e madre con ictus), lieve rischio di aggressività verso gli altri. In ambito familiare è sempre stato trattato come un ragazzino o denigrato: con la sorella sembra avere un buon rapporto e riconosce che è lei che si occupa di lui. Scommette sulle corse dei cavalli, talvolta manifesta scatti d'ira ma senza gravi conseguenze. Presente un problema di controllo sfinterico anale e una necessità di supporto nella cura igienica, non solo specifica ma in generale nella cura della persona.

La gestione del denaro è un tema che concentra tensioni e attriti: la sorella ha funzioni di amministratore di supporto, BBB è ossessionato dall'aver con sé molti soldi che talvolta spende in modo irresponsabile attivando poi una modalità ossessiva

rispetto alle spese fatte che lo rende completamente irragionevole.

Tabella 3.5: Valutazioni SDQ e ERQ di BBB

Report Utente: BBB				
Anni (primo test)	52	Stato civile:	Celibe	
Scolarità:	Medie inferiori			
Occupazione:	Pensionato			
Diagnosi:	Schizofrenia			
Terapia				
28/12/2021	Risperidone, Depakin, Tavor			
05/02/2023	Risperidone, Depakin, Tavor			
Defense Style Questionnaire (DSQ-88 item)				
	28/12/21	05/02/23	DIFFERENZA	
Immaturi:	Acting out	5,6	7,3	1,7
	Aggressione passiva	9,1	9,0	-0,1
	Fantasia	1,2	6,7	5,5
	Id. proiettiva	1,3	3,1	1,8
	Ipocondriasi	8,8	7,1	-1,7
	Proiezione	3,5	4,3	0,8
	Regressione	8,9	9,2	0,3
	Scissione	6,2	7,4	1,1
	Somatizzazione	9,3	8,8	-0,5
	Diniego	6,6	6,2	-0,4
Nevrotici:	Isolamento	7,0	6,6	-0,5
	Onnipotenza	1,2	4,1	2,9
	Pseudo altruismo	9,1	9,0	-0,1
	Formazione reattiva	5,6	8,5	2,9
	Ritiro autistico	6,2	9,3	3,1
	Inibizione	7,4	6,4	-1,0
	Idealizzazione	8,9	9,2	0,3
	Consumo	8,4	6,2	-2,2
	Affiliazione	8,9	9,0	0,1
	Annullamento	8,8	6,4	-2,3
Maturi:	Anticipazione	4,8	9,2	4,5
	Task orienting	9,2	9,2	0,0
	Repressione	5,1	5,1	-0,1
	Sublimazione	1,0	8,9	7,9
	Umorismo	9,1	8,7	-0,4
Scala sincerità	6,3	6,7	0,5	

Le variazioni sono evidenziate se superiori a 0.5 (la scala di valutazione del questionario DSQ varia da 1 a 9)

Emotion Regulations Questionnaire (ERQ-10 item)			
	12/28/2021	2/5/2023	DIFFERENZA
Rivalutazione		3,8	3,8
Soppressione		4,7	4,7

Le variazioni sono evidenziate se superiori a 0.5 (la scala di valutazione del questionario ERQ varia da 1 a 7)

Non ha rapporti esterni alla famiglia, tendenzialmente anche in comunità è abbastanza indifferente alle relazioni significative pur non mostrando avversioni particolari. Scarse abilità di scrittura-lettura, nell'uso di strumenti di lavoro e capacità espressive, nonostante ciò comunica e si esprime con chiarezza. Basso livello di autostima (è sempre stato trattato da incapace - non ha consapevolezza di ciò). Sembra scarsamente in grado di rispondere agli insuccessi anche se la sua frequenza di situazioni esterne all'ordinario e prevedibile è scarsa. Essenzialmente tendente all'autocontrollo ma appare esercitare notevole sforzo repressivo rispetto alla rabbia. Rispetto alla vita affettiva-sessuale sembra viverci come "non sessualizzato". Assume metformina per una diatesi diabetica e ha un problema di incontinenza fecale. Un po' impacciato nell'uso dei mezzi di comunicazione, ha un cellulare ma spesso dimentica di caricarlo, guarda solo le partite di calcio alla tv, con la musica sembra invece avere una discreta confidenza. Punti di forza

una motivazione iniziale a sperimentare una modalità ancora mai vissuta fuori dal contesto familiare (uscita dalla famiglia). Ha capacità di movimento indipendente tramite uso dei mezzi pubblici. Gentile ed educato con gli altri ospiti e con gli operatori, nessun rapporto particolare. Partecipa volentieri alle attività proposte (soprattutto "musica"), è rispettoso dei compiti assegnati partecipa alle iniziative ed è molto collaborativo. Unico interesse il calcio: ogni giorno compra la "gazzetta". Umore abbastanza stabile e capace di comunicare il proprio vissuto emotivo. Ha la licenza media e un paio di esperienze lavorative dopo il servizio militare: il resto della vita lo ha passato col padre aiutandolo nel negozio di antiquariato. La compliance terapeutica è buona. Gli Obiettivi raggiunti: prestabiliti sono stati essenzialmente di valutazione, l'obiettivo dell'area emotività, unico ad avere una connotazione di sviluppo, riporta una valutazione positiva (Tabella 3.4).

INTERVENTI Durante la permanenza è stata svolta una psicoterapia di gruppo (psicodramma ogni 14 giorni), non è stato svolto un trattamento individuale a causa di una specifica richiesta da parte dello psichiatra curante. Vengono riportate 2 valutazioni con DSQ-88 (tabella 3.5): una iniziale e una nella fase conclusiva del percorso in comunità. Oltre agli aspetti psicoterapici formali e a quelli legati alla convivenza in una struttura comunitaria, sono state effettuate attività riabilitative psichiatriche ("musica", "pet-therapy", "lavagna obiettivi e autobiografia", gruppo "in-gioco").

QUESTIONARI Come è possibile notare dalla tabella 3.5, i meccanismi di difesa maturi *anticipazione* e *umorismo* sono risultati notevolmente aumentati, ridotti quelli di *ipocondriasi*; tendenzialmente abbastanza aumentati i meccanismi nevrotici (*ritiro autistico* e *formazione reattiva*) coerenti con un quadro di disponibilità all'incontro con l'altro decisamente migliorato.

Rispetto ai meccanismi di gestione delle emozioni è presente un notevole aumento di rivalutazione (+3,8 punti) ed anche di soppressione (+4,7 punti),

parzialmente in accordo con le attese del modello di intervento.

RIEPILOGO Il quadro riportato concorda con un aumento delle difese mature e nevrotiche oltre ad alcuni effetti sulle difese psicotiche (tabella 3.5), come anche di un aumento del meccanismo di rivalutazione delle emozioni, come previsto e atteso nel trattamento. Il raggiungimento degli obiettivi (tabella 3.4) concordati dall'equipe, nonostante le gravi limitazioni imposte dalla malattia, testimonia un chiaro miglioramento sia clinico che sintomatologico.

3.3 REPORT 2: CCC

CCC non è coniugato, ha 23 anni, maschio ed entra a marzo 2021 con diagnosi di “disturbo da conversione”, in terapia con Paroxetina (20mg/die) e Aripiprazolo (30mg/die). Attualmente la terapia è costituita da Paroxetina (40mg/die) e Aripiprazolo (30mg/die). Il progetto di dimissione è in accordo tra paziente ed equipe della comunità.

VALUTAZIONE MULTIPROFESSIONALE La valutazione iniziale riporta problemi di lieve entità nell’addormentamento, tendenza all’isolamento con pochi rapporti all’esterno del servizio, tendenza all’interpretazione (“gli operatori vogliono nascondergli la verità”), sentimenti di essere stato tradito verso la famiglia, teme relazioni significative, difficoltà nella gestione degli insuccessi, forti vissuti di rabbia e spiccata tendenza al controllo (chiusura) delle emozioni, forti vissuti di ansia che arriva a livelli di angoscia.

Tabella 3.6: Obiettivi multiprofessionali per CCC

Area	Situazione attuale
Formazione lavoro	con un inserimento lavorativo in via di trasformazione in assunzione tramite categorie protette
Autonomia	completando i percorsi necessari ad accedere ai supporti per l’invalidità (riconoscimento limiti individuali), l’acquisizione della patente e l’accesso ad una soluzione co-abitativa esterna alla famiglia (competenze abitative e relazionali)
Relazioni	Migliorate con sé stesso (gestione del proprio fisico e rinuncia alla barba come strumento di protezione) e con gli altri (ripresa vita sociale ed anche fidanzate). Riguardo all’accettazione - cura della patologia ha proseguito il rapporto psicoterapeutico in modo individuale e ha intrapreso un percorso parallelo di terapia familiare con la madre

Grosse difficoltà di relazione col corpo e la sessualità, mantiene una folta barba e usa vestirsi in modo esagerato con lo scopo di nascondersi e mostrarsi “più grosso”, difficoltà anche nello spogliarsi per fare la doccia, riporta vissuti dismorfofobici dove si vede ingrandire e rimpicciolire, che vive in modo molto angosciato; in ambito lavorativo ha solo alcune brevi esperienze. Ambivalente il rapporto con la terapia.

Famiglia separata da quando aveva 3 anni, ci viene riportato un abuso sessuale da parte della matrigna all’età di circa 10 anni. Nella famiglia materna dove vive, che tende ad assumere connotati vischiosi e drammatizzati, è presente una zia schizofrenica ed un cugino in cura presso i servizi psichiatrici.

Tabella 3.7: Valutazioni SDQ e ERQ di CCC

Report Utente: CCC				
Anni (primo test)	23	Stato civile:	Celibe	
Scolarità:	medie superiori			
Occupazione:	lavoratore			
Diagnosi:				
Terapia				
02/03/2022	paroxetina, abilify			
30/01/2023	paroxetina, abilify			
Defense Style Questionnaire (DSQ-88 item)				
	02/03/22	30/01/23	DIFFERENZA	
Immaturo:	Acting out	5,4	5,1	-0,4
	Aggressione passiva	5,2	4,5	-0,7
	Fantasia	6,0	5,8	-0,2
	Id. proiettiva	4,2	2,9	-1,3
	Ipocondriasi	3,2	3,9	0,7
	Proiezione	3,0	3,9	1,0
	Regressione	4,3	5,8	1,5
	Scissione	3,5	4,0	0,5
	Somatizzazione	2,2	4,6	2,3
	Diniego	4,9	4,3	-0,5
Neurotico:	Isolamento	3,4	2,7	-0,7
	Onnipotenza	4,6	4,7	0,1
	Pseudo altruismo	2,7	3,8	1,1
	Formazione reattiva	3,6	3,9	0,4
	Ritiro autistico	5,1	6,2	1,1
	Inibizione	4,2	4,3	0,2
	Idealizzazione	4,6	4,0	-0,6
	Consumo	4,2	5,0	0,8
	Affiliazione	3,2	5,0	1,8
	Annullamento	3,3	3,7	0,5
Maturato:	Anticipazione	4,9	6,1	1,1
	Task orienting	4,9	6,2	1,3
	Repressione	4,4	4,2	-0,2
	Sublimazione	5,1	7,0	1,9
	Umorismo	5,0	6,7	1,7
Scala sincerità	5,5	6,4	0,9	

Le variazioni sono evidenziate se superiori a 0.5 (la scala di valutazione del questionario DSQ varia da 1 a 9)

Emotion Regulations Questionnaire (ERQ-10 item)			
	3/2/2022	1/30/2023	DIFFERENZA
Rivalutazione	5,3	4,7	-0,6
Soppressione	4,0	4,5	0,5

Le variazioni sono evidenziate se superiori a 0.5 (la scala di valutazione del questionario ERQ varia da 1 a 7)

Punti di forza nella capacità di chiedere aiuto agli operatori anche se con atteggiamento di ambivalenza rispetto alla fiducia, collaborativo e partecipante, forte interesse per la musica e le materie umanistiche, non ha problemi nell’uso di mezzi di comunicazione. Gli Obiettivi raggiunti: prestabiliti sono stati tutti raggiunti come evidenziato nella tabella 3.6.

INTERVENTI

Durante la permanenza è stata svolta una psicoterapia di gruppo (psicodramma ogni 14 giorni) e un trattamento individuale associato (ogni 7 giorni). Sono state effettuati interventi socio-riabilitativi (inserimento lavorativo socioterapeutico) e attività riabilitative psichiatriche (gruppo "in-gioco", attività socializzante "musica", "piscina", "autobiografia") Vengono riportate 3 valutazioni con DSQ-88 (tabella 3.7): iniziale, durante il percorso in comunità e a 3 mesi dalla dimissione.

QUESTIONARI Come è possibile notare dalla tabella 3.7 quasi tutti i meccanismi di difesa maturi sono risultati aumentati e parte di quelli immaturi sono diminuiti (acting-out -0.4, aggressività passiva -0.7, id. proiettiva -1,3, ipocondriasi +0,7, regressione +1,5). I meccanismi nevrotici sono quasi tutti aumentati. Anche la scala di sincerità mostra un aumento (+0,9) Rispetto ai meccanismi di gestione delle emozioni è presente un minimo aumento di soppressione (+0,5 punto) ed uno maggiore della rivalutazione (-0,6 punti).

RIEPILOGO Il quadro riportato concorda con un aumento delle difese mature e nevrotiche oltre ad una minima riduzione delle difese psicotiche (tabella 3.7), come previsto e atteso nel trattamento; disattende le aspettative "*soppressione delle emozioni*" che risulta leggermente aumentato e "*rivalutazione*" che appare diminuito. Il raggiungimento degli obiettivi (tabella 3.6) concordati dall'equipe testimonia il chiaro miglioramento sia clinico che sintomatologico.

3.4 REPORT 2: DDD

«DDD» è celibe, ha 26 anni, è nato a Firenze, vive con la famiglia composta da madre, padre adottivo e 3 fratelli più piccoli, entra in comunità il 20/08/2021 con diagnosi di “Disturbo ossessivo”, quando è entrato in comunità assumeva Biperidene 4mg, Ac. Valproico 1500mg, Aripiprazolo 5mg, Olanzapina 20mg, Paroxetina 40mg. Attualmente la Paroxetina è stata sostituita da Sertralina 100mg ed aumentato Biperidene da 4 a 8mg. Il progetto del percorso è stato realizzato su proposta dell’equipe poiché per «DDD» è in atto un provvedimento legale a causa di violenze domestiche.

Tabella 3.8: Obiettivi multiprofessionali per DDD

AREA	SITUAZIONE ATTUALE
Autonomia	Il progetto di realizzare un pensiero di autonomia iniziale è stato parzialmente raggiunto acquisendo la pensione che rappresenta una fonte economica esterna alla famiglia, attualmente l’orientamento è mirato a razionalizzare l’uso del denaro (una primissima fase non è stata soddisfacente). Da un mese ha comunque iniziato una psicoterapia personale (in accordo col servizio) ma esterna al servizio

VALUTAZIONE MULTIPROFESSIONALE La valutazione iniziale riporta problemi legati a difficoltà infantili (della madre con la propria famiglia, non riconoscimento di «DDD» da parte del padre naturale). Nonostante non vi sia attenzione alla dieta presenta anche gusti alimentari piuttosto ristretti. Il ritmo sonno veglia non è totalmente congruo, passa buona parte del giorno a letto e tende a rimanere sveglio fino a tardi. La gestione del denaro è limitata in quanto viene fornito dai genitori (talvolta in modo ambivalente) e pur non fumando spende più di 20 euro settimanali (la quota concordata). Con la famiglia rapporti molto burrascosi, ed anche ambivalenti: nonostante dovrebbero essere mediati dall’equipe territoriale, sono diretti e molto frequenti (telefonate più volte al giorno); non sembrano esserci altri rapporti al di fuori della famiglia, anche se «DDD» non sembra temere rapporti con gli altri.

Tabella 3.9: Valutazioni SDQ e ERQ di DDD

Report Utente: DDD			
Anni (primo test)	20	Stato civile:	Celibe
Scolarità:	Medie inferiori		
Occupazione:	Disoccupato		
Diagnosi:			
Terapia			
01/11/2021	Ac.Valproico 1500mg, Aripiprazolo 5mg, Olanzapina 20mg, Paroxetina 40mg, Delorazepam 20mg		
29/11/2022	Ac.Valproico 1500mg, Aripiprazolo 5mg, Olanzapina 20mg, Paroxetina 20mg		

Defense Style Questionnaire (DSQ-88 item)			
	01/11/21	29/11/22	DIFFERENZA
Immaturi:			
Acting out	2,4	8,1	5,7
Aggressione passiva	8,4	8,1	-0,4
Fantasia	7,8	8,7	0,9
Id. proiettiva	2,9	4,1	1,2
Ipocondriasi	3,5	2,9	-0,6
Proiezione	4,4	4,5	0,2
Repressione	7,9	7,7	-0,2
Scissione	5,3	4,3	-0,9
Somatizzazione	5,3	5,9	0,7
Diniego	4,6	6,1	1,5
Isolamento	5,1	4,3	-0,9
Onnipotenza	4,9	5,5	0,7
Neurotici:			
Pseudo altruismo	4,8	7,9	3,1
Formazione reattiva	2,4	3,6	1,2
Ritiro autistico	2,4	5,4	3,0
Inibizione	5,3	5,7	0,4
Idealizzazione	4,8	7,1	2,3
Consumo	3,1	3,5	0,4
Affiliazione	2,8	3,7	0,9
Annullamento	4,6	5,1	0,5
Maturi:			
Anticipazione	5,2	7,2	2,0
Task orienting	5,7	3,4	-2,3
Repressione	2,8	5,1	2,3
Sublimazione	0,9	1,0	0,2
Umorismo	5,4	5,6	0,3
Scala sincerità	7,2	6,0	-1,2

Le variazioni sono evidenziate se superiori a 0,5 (la scala di valutazione del questionario DSQ varia da 1 a 9)

Emotion Regulations Questionnaire (ERQ-10 item)			
	11/1/2021	11/29/2022	DIFFERENZA
Rivalutazione	3,5	4,7	1,2
Soppressione	2,5	3,5	1,0

Le variazioni sono evidenziate se superiori a 0,5 (la scala di valutazione del questionario ERQ varia da 1 a 7)

L’autostima apparentemente è molto alta, ma rischia di confondersi con un atteggiamento a volte prepotente "da duro" utilizzato come mezzo di protezione di un sé fondamentalmente insicuro. Difficoltà a gestire gli insuccessi (tende a voler raggiungere gli obiettivi anche in maniera ossessiva). La parte aggressiva in generale tende ad essere ipercontrollata. Grosse limitazioni nell’espressione delle emozioni; il tono dell’umore è tendenzialmente stabile. Ha sospeso gli studi superiori (dirigente di comunità) ed ha fatto solo un’esperienza come traslocatore. Punti di forza sono rappresentati dalla capacità di gestione igienica anche se è presente uno stato di evidente sovrappeso, al

quale «DDD» non sembra essere interessato. Vi è la capacità di movimento all'esterno, e la competenza ad utilizzare i mezzi pubblici, orientato nel tempo e capace di rispettare gli orari. I rapporti con gli altri ospiti e gli operatori sono cordiali ed educati sebbene piuttosto superficiali. Abbastanza competente nelle abilità di base lettura ed espressione, minore nelle abilità manuali o legate al lavoro. Rispetta le iniziative e i compiti assegnati anche se ha una certa tendenza a evitare le attività di gruppo: «DDD» ama ascoltare la musica, fare attività in acqua. Buono il rapporto con la terapia (anche se talvolta è investita di attese "magiche"). Gli Obiettivi prestabiliti raggiunti sono stati legati all'area della autonomia come riportato nella tabella 3.8.

INTERVENTI Durante la permanenza è stata svolta una psicoterapia di gruppo (psicodramma ogni 14 giorni) e un trattamento individuale associato (ogni 7 giorni) che da dicembre 2022 viene continuato fuori dal contesto della comunità. Oltre agli aspetti psicoterapici formali e a quelli legati alla convivenza in una struttura comunitaria, sono state effettuate attività riabilitative psichiatriche ("musica", "uscite di gruppo", "piscina").

QUESTIONARI Come è possibile notare dalla tabella 3.9 sono state svolte due valutazioni a distanza di circa un anno. Vi è stata una generale modifica dei meccanismi di difesa (DSQ88), in particolare alcuni meccanismi immaturi sono aumentati mentre altri sono ridotti; quelli nevrotici sono tendenzialmente aumentati così come alcuni di quelli maturi. Possono essere evidenziati *Acting out* (+5,7), *Pseudo altruismo* (+3,1), *Ritiro* (+3), *Idealizzazione* (+2,3), *Repressione* (+2,3) e *Anticipazione* (+2) che sembrano testimoniare una fase di crescita personale non indenne da conflittualità. La scala di sincerità, che valuta l'influenza desiderabilità sociale riporta un valore medio-alto. Rispetto ai meccanismi di gestione delle emozioni (ERQ-10) è presente un aumento sia di *rivalutazione* (+1,2 punti) che di *soppressione* (+1 punto).

RIEPILOGO Il quadro riportato dalle valutazioni di «DDD» concorda con un aumento del livello di funzionamento dei meccanismi di difesa, soprattutto nevrotici e maturi (tabella 3.9). L'obiettivo ipotizzato risulta solo parzialmente raggiunto, (tabella 3.8) coerentemente con la fase avanzata, ma non ancora conclusiva del percorso. Rispetto alla presenza di sintomatologia psichiatrica si denota un minor uso di aspetti ossessivi, una riduzione dell'aggressività e un aumento della capacità di gestione delle frustrazioni.

3.5 REPORT 1: EEE

La paziente è nubile, 37 anni, femmina. È nata nel continente africano ed è stata adotta a 20 giorni dalla nascita (trattato internazionale). Entra settembre 2021 con diagnosi di “disturbo depressivo ricorrente”, “disturbo di personalità dipendente”, in terapia con Sertralina (200mg/die) e Aripiprazolo (10mg/die). Attualmente nella fase conclusiva del percorso; la dimissione è in corso e sta avvenendo in accordo con l’equipe della comunità.

Tabella 3.10: Obiettivi multiprofessionali per EEE

AREA	SITUAZIONE ATTUALE
Autonomia	Si è avvalsa e si avvale del supporto psicoterapeutico per migliorare il proprio bisogno di dipendenza che sa riconoscere anche se sente ancora molto presente. Riesce a vivere con libertà il rapporto che ha recuperato con i genitori. Concorda ed è favorevole al progetto di passaggio al gruppo appartamento con minor supporto da parte degli operatori
Sanitaria	Gli aspetti di cura del sé sono adeguati ormai da diversi mesi, senza bisogno di essere stimolata. Resta un atteggiamento di dipendenza dal cibo che viene solo parzialmente risolto.
Lavoro	Completato l’obiettivo di sostenere un inserimento lavorativo ed è al momento in previsione il passaggio ad un’altra associazione dove svolge il ruolo di centralista

VALUTAZIONE MULTIPROFESSIONALE La valutazione iniziale riporta problemi di tendenza all’isolamento (perdita dei rapporti con i genitori adottivi, al momento il fidanzato vive in un capannone), è competente nella cura di sé ma va stimolata, non si preoccupa a sufficienza dell’obesità. Non gestisce il proprio denaro ma lascia fare al compagno (che chiaramente non è competente a sufficienza sono stati sfrattati). Manifesta molta rabbia verso la famiglia adottiva. L’atteggiamento di dipendenza anche se inizialmente rende facile la relazione potrebbe diventare un problema nella fase di distacco dalla comunità. Punti di forza: molto socievole ed empatica con gli altri, disponibile verso gli operatori (anche se talvolta sembra essere una modalità di convenienza). Ha buone capacità manuali e competenze nella partecipazione alla vita di comunità e in generale di relazione con gli altri. Ha

svolto diversi lavori e tendenzialmente appare solare e di buon umore. Rapporto non problematico con i mezzi di comunicazione. Gli Obiettivi contrattati sono stati di sviluppo di autonomia (rafforzamento del sé) rispetto ad un atteggiamento di dipendenza, un recupero di competenze sanitarie conseguente fino allo sviluppo di un progetto lavorativo che integra e completa i precedenti, tutti sufficientemente raggiunti come evidenziato nella tabella 3.10.

INTERVENTI Durante la permanenza è stata svolta una psicoterapia di gruppo (psicodramma ogni 14 giorni) e un trattamento individuale associato (ogni 7 giorni). Vengono riportate 2 valutazioni con DSQ-88: una iniziale e una nella fase conclusiva del percorso in comunità. Oltre agli aspetti psicoterapici formali e a quelli legati alla convivenza in una struttura comunitaria, sono state effettuati interventi socioriabilitativi (inserimento lavorativo socioterapeutico) e attività riabilitative psichiatriche (gruppo “in-gioco”, attività socializzante “musica”, “piscina”, “autobiografia”).

QUESTIONARI Come è possibile notare dalla tabella 3.11, i meccanismi di difesa maturi *anticipazione* e *orientamento al compito* sono risultati aumentati, poco modificati quelli immaturi (*ipocondriasi* -.0, scissione +1, somatizzazione +1,4). Molti meccanismi Nevrotici sono cambiati (formazione reattiva, idealizzazione aumentati; ritiro autistico e consumo diminuiti). Anche se con minimo aumento, la scala di sincerità mostra valori congrui (6,3 / 9).

Rispetto ai meccanismi di gestione delle emozioni è presente una riduzione sia di soppressione (-1 punti) che di rivalutazione (-0,7 punti).

Tabella 3.11: Valutazioni SDQ e ERQ di EEE

Report Utente: EEE			
Anni (primo test)	37	Stato civile:	Celibe
Scolarità:	Medie inferiori		
Occupazione:	Disoccupata		
Diagnosi:	Disturbo depressivo ricorrente, Disturbo alimentare, Disturbo di personalità		
Terapia			
14/12/2021	Zoloft, Abilify, AC. Valproico		
23/01/2023	Zoloft, Abilify, AC. Valproico		

Defense Style Questionnaire (DSQ-88 item)					
	14/12/21	23/01/23	DIFFERENZA		
Immaturo:	Acting out	3,1	6,2	3,1	
	Aggressione passiva	6,8	7,7	0,9	
	Fantasia	0,8	0,9	0,0	
	Id. proiettiva	0,9	1,0	0,1	
	Ipocondriasi	1,8	1,0	-0,9	
	Proiezione	3,3	1,7	-1,5	
	Regressione	4,8	5,2	0,4	
	Scissione	6,5	7,5	1,0	
	Somatizzazione	4,7	6,1	1,4	
	Diniego	4,3	4,1	-0,2	
	Isolamento	2,2	2,2	0,0	
	Onnipotenza	2,6	2,6	0,0	
	Nevrotico:	Pseudo altruismo	9,2	9,3	0,1
		Formazione reattiva	1,0	1,9	0,9
Ritiro autistico		5,7	5,3	-0,5	
Inibizione		3,7	3,5	-0,2	
Idealizzazione		7,9	9,2	1,3	
Consumo		3,7	2,8	-0,9	
Affiliazione		8,9	8,9	0,0	
Annullamento		4,9	5,2	0,3	
Maturato:	Anticipazione	4,8	7,2	2,4	
	Task orienting	6,8	9,0	2,2	
	Repressione	3,1	2,8	-0,3	
	Sublimazione	1,1	0,8	-0,3	
	Umorismo	6,2	6,4	0,2	
Scala sincerità	6,2	6,3	0,2		

Le variazioni sono evidenziate se superiori a 0.5 (la scala di valutazione del questionario DSQ varia da 1 a 9)

Emotion Regulations Questionnaire (ERQ-10 item)			
	12/14/2021	1/23/2023	DIFFERENZA
Rivalutazione	2,8	2,1	-0,7
Soppressione	1,8	0,7	-1,0

Le variazioni sono evidenziate se superiori a 0.5 (la scala di valutazione del questionario ERQ varia da 1 a 7)

RIEPILOGO Il quadro riportato concorda con un aumento delle difese mature e nevrotiche oltre a minimi effetti sulle difese psicotiche (tabella 3.11), mentre sia il meccanismo di rivalutazione delle emozioni che quello di soppressione sono diminuiti, diversamente da quanto atteso. Il raggiungimento degli obiettivi (tabella 3.10) concordati dall'equipe testimonia comunque il miglioramento sia clinico che sintomatologico, la mancanza di una forte corrispondenza tra gli indicatori forniti dai questionari fa ipotizzare la necessità, per questo caso, di una stabilizzazione dei risultati, peraltro in previsione nel percorso.

4 CONCLUSIONI

I cinque pazienti presi in esame hanno riportato, come previsto, un aumento dei meccanismi di difesa nevrotici e maturi, rispetto a quelli immaturi. Per tutti i pazienti è testimoniato un miglioramento del quadro psicopatologico. Il lavoro qui riportato mette in luce un cambiamento dei meccanismi di difesa nel senso che questi pazienti mostrano di acquisire, dopo un percorso di psicoterapia individuale e di gruppo con il dispositivo dello psicodramma psicoanalitico, all'interno di un ampio lavoro fatto con la comunità psichiatrica, meccanismi di difesa di tipo nevrotico e maturo che aumentano dal pre- al post-test.

Tabella 3.12: Confronto Valutazioni DSQ e ERQ

		Confronto delle differenze					
		Defense Style Questionnaire (DSQ-88 item)					
		AAA	BBB	CCC	DDD	EEE	
Immaturi:	Acting out	5,1	1,7	-0,7	5,7	3,4	
	Aggressione passiva	-0,2	-0,1	-0,9	-0,4	1,1	
	Fantasia	1,1	5,5	-0,3	0,9	0,0	
	Id. proiettiva	-0,3	1,8	-1,0	1,1	-0,2	
	Ipocondriasi	0,1	-1,7	0,1	-0,6	-0,8	
	Proiezione	0,4	0,8	0,7	0,2	-2,0	
	Regressione	1,0	0,3	1,7	-0,2	-0,1	
	Scissione	-1,6	1,1	0,2	-0,9	1,2	
	Somatizzazione	0,2	-0,5	2,0	0,7	0,7	
	Deniego	0,1	-0,4	-0,8	1,5	0,2	
	Isolamento	0,8	-0,5	-1,0	-0,9	0,2	
	Onnipotenza	1,4	2,9	0,0	0,7	0,2	
	Nevrotici:	Pseudo altruismo	-1,1	-0,1	1,0	3,1	0,1
		Formazione reattiva	1,3	2,9	0,1	1,2	1,0
Ritiro autistico		-2,7	3,1	1,7	3,0	-0,9	
Inibizione		0,4	-1,0	0,7	0,4	-0,4	
Idealizzazione		0,9	0,3	-0,6	2,3	1,1	
Consumo		-0,2	-2,2	0,6	0,4	-0,5	
Affiliazione		0,5	0,1	1,9	0,9	0,2	
Annullamento		0,2	-2,3	-0,2	0,5	-0,3	
Maturi:	Anticipazione	0,0	4,5	0,7	2,0	1,9	
	Task orienting	0,0	0,0	1,1	-2,3	2,1	
	Repressione	-0,1	-0,1	-0,1	2,3	-0,5	
	Sublimazione	-3,0	7,9	2,3	0,2	0,0	
	Umorismo	3,9	-0,4	2,1	0,3	0,1	
Scala sincerità		-0,6	0,5	0,0	-1,2	0,5	

Le variazioni sono evidenziate se superiori a 0.5 (la scala di valutazione del questionario DSQ varia da 1 a 9)

		Emotion Regulations Questionnaire (ERQ-10 item)				
		AAA	BBB	CCC	DDD	EEE
Rivalutazione		-0,7	3,8	-0,4	1,2	1,8
Soppressione		-1,2	4,7	0,0	1,4	2,6

Le variazioni sono evidenziate se superiori a 0.5 (la scala di valutazione del questionario ERQ varia da 1 a 7)

Dai risultati emerge dunque che, ai meccanismi di difesa di tipo psicotico presenti nel pre-test, dopo

un percorso terapeutico di circa un anno, si evidenzia la comparsa di meccanismi di difesa di tipo nevrotico e maturo. Nonostante i risultati attesi fossero di un aumento dello spettro nevrotico dei meccanismi di difesa si è evidenziato anche un aumento dei meccanismi di difesa di tipo maturo indice di uno stato di benessere; se in un paziente psicotico acquisire meccanismi di tipo nevrotico fa emergere la ricerca di adattamento alle sue emozioni la presenza di meccanismi maturi testimonia una crescita soggettiva importante. Nella tabella riassuntiva 3.12 è possibile osservare l'incremento dei meccanismi nevrotici e maturi e la diminuzione di quelli immaturi evidenziata dallo sfondo grigio dei valori: La valutazione DSQ sembra concordare maggiormente con le osservazioni cliniche rispetto alla valutazione tramite ERQ.

LIMITI E ULTERIORI SVILUPPI Come ogni ricerca svolta sul campo la presente risente di limiti che devono essere considerati nella comprensione dei risultati raggiunti. Innanzi tutto la valutazione non sono realizzabili prima dell'inizio del percorso e a conclusione perché non sono previste sessioni valutative di questo tipo; la mancanza di precisione nell'effettuare le valutazioni può aver avuto un peso sui dati: fare la prima valutazione dopo alcuni mesi di permanenza riporta una lettura di differenza pre-post ridotta rispetto a quella che sarebbe con il paziente prima dell'inserimento. Altro punto limite è la quantità di persone coinvolte nello studio, trattandosi di una comunità con relativamente pochi pazienti e non avendo un tourn over particolarmente intenso, è possibile effettuare solo un numero limitato di osservazioni, alle quali, peraltro, è stato cercato di ovviare riportando un dettaglio abbastanza esteso di valutazioni eseguite dall'equipe multiprofessionale, così da compensare gli aspetti quantitativi con quelli qualitativi (il linea con la filosofia di "psicologia del profondo" che alimenta il progetto stesso).

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

Andrews, G., Polloc, C., & Stewart, G. (1989). The Determination of Defense Style by Questionnaire. *Archives of General Psychiatry*, 46(5), 455–460.

Bowlby, J. (1988). *A secure base*. Routledge (trad. it. *Una base sicura*. Raffaello Cortina Editore. 1989).

Balzarotti, S., John, O. P., & Gross, J. J. (2010). An Italian adaptation of the emotion regulation questionnaire. *European Journal of Psychological Assessment*, 26(1), 61–67.

Correale A. (1991). *Il campo istituzionale*, Roma, Borla

Jones, M. (1974). *al di la' della comunita' terapeutica*. il saggiatore.

Moreno, J. L. (1946). *Psychodrama*. V ol. I. Beacon House (tra. it. *Manuale di psicodramma. Il teatro come terapia*. Astrolabio, 1985).

San Martini, P., Roma, P., Sarti, S., Lingiardi, V., & Bond, M. (2004). Italian version of the defense style questionnaire. *Comprehensive Psychiatry*, 45(6), 483–494.

Yablonsky, L. (1978). *Psicodramma. Principi e tecniche*. Astrolabio.