

Programmi di trattamento diurno per disturbi di personalità: una revisione

Hassan F. Azim

Questo lavoro è una modificazione di un articolo che sarà pubblicato nel volume: "Manuale dei Disturbi di Personalità: teoria, ricerca e trattamento" edito da W. John Livesley, PhD, MD, FRCP, pubblicato da Guildford Publications: New York, data di uscita Aprile 2001. Titolo originale "Programmi di Ospedalizzazione Parziale."

Abstract

Sono considerati i principali problemi sia teorici, sia clinici e organizzativi del trattamento dei pazienti psichiatrici all'interno dell'ospedale diurno. La conduzione dei programmi riabilitativi, e la loro natura maggiormente rigida o più flessibile, è messa in relazione con i vari aspetti di interazione fra le componenti che fanno parte del contesto e delle attività terapeutiche: il rapporto con le famiglie; con lo staff di cura; la possibile formazione di sottogruppi fra i partecipanti alle attività terapeutiche; il clima relazionale. Sono riportati ed elaborati i principali elementi teorici e clinici tratti dalla letteratura psichiatrica e psicoanalitica.

Parole-chiave: lavoro di gruppo, ospedale diurno, programma di riabilitazione, Staff, contesto

Introduzione

L'ospedalizzazione parziale, è stata una delle modalità di trattamento più efficaci per le persone sofferenti di disturbi di personalità. Fino ad oggi, c'è stata una scarsità di resoconti sull'argomento in generale. Per questa leggera negligenza sono state proposte due ragioni interagenti tra loro: una storia di mancata chiarezza di classificazione e di scarsa utilizzazione.

La prima, consiste in una combinazione di una mancanza di definizioni operazionali e di un comune linguaggio per la comunicazione e di conseguenza in un'insufficienza di ricerca. Ciò è durato fino a che un membro del nostro team propose una chiarificazione, che è stata adottata da allora in poi in letteratura (Rosie, 1987). Tre grandi categorie di ospedalizzazione parziale sono state identificate. Gli ospedali diurni che sono serviti a due funzioni: un'alternativa alle cure del paziente interno o come un servizio transizionale tra pazienti interni, pazienti esterni o assistenza della comunità (unità di dimissione). L'assistenza diurna una modalità caratterizzata dall'offerta di tempo non limitato per il mantenimento e la riabilitazione di pazienti che soffrono di una persistente, grave e disabilitante malattia, compresi anche i

disturbi di personalità. Al contrario i programmi di trattamento diurno, forniscono, a tempo limitato, intense combinazioni di trattamento, abilitazione (vedi oltre) e riabilitazione ai pazienti con funzioni psico-sociali relativamente più elevate, rispetto alle altre due forme (Azim, 1993).

La seconda ragione è stata la poca utilizzazione dei programmi di ospedalizzazione parziale, in particolare negli Stati Uniti d'America, un paese con un altissimo livello di concentrazione di apertura e chiusura di ospedali diurni che qualunque altro paese. Fattori economici sono stati proposti come agenti determinanti di questo fenomeno. Per cui mentre la cura del paziente psichiatrico interno è stata tradizionalmente completamente coperta ed ha consumato il 70% di tutte le spese della salute mentale negli USA (Kiesler, 1982), soltanto il 20-25% di tutti i pazienti affidati all'ospedalizzazione parziale sono coperti da assicurazione pubblica o privata. Il costo dell'ospedalizzazione parziale, inoltre, come quello di case di cura o di pazienti psichiatrici esterni è stato soggetto a co-pagamento da parte dei pazienti e delle loro famiglie. Tuttavia per decenni gli amministratori degli ospedali non hanno incoraggiato l'utilizzo di alternative innovative e meno costose come l'ospedalizzazione parziale, in favore di politiche economicamente più remunerative, dell'aver tutti i loro posti letti completamente occupati (Hetz, Ferman, & Cohen, 1985). Ciò a dispetto dell'affermazione che il 70-90% dei pazienti trattati come pazienti interni può beneficiare dell'ospedalizzazione parziale (Schene & Genson, 1986).

I pregiudizi clinici contro l'ospedalizzazione parziale sono stati attribuiti a questi fattori: la mancanza di conoscenza, di training e il basso livello di remunerazione comparato alla cura dei pazienti interni che portano ad un disinteresse da parte dei clinici a seguire i pazienti e in più a perdere l'interesse per il lavoro nei setting dell'ospedalizzazione parziale (una visione più completa si può trovare in Piper, Rosie, Joyse & Azim, 1996).

Forse, è istruttivo che, la spinta dietro all'inaugurazione del primo moderno ospedale diurno nel 1946 all'Allan Memorial Institute di Psichiatria dell'Università Mc Gill in Montreal, non fu l'ovvio costo effettivo dell'ospedalizzazione parziale. L'esplicita intenzione del suo innovatore, Dott. Ewin Cameron, era di dare espressione alla sua convinzione che i pazienti psichiatrici non hanno bisogno di stare nel letto, non devono restare in ospedale fino a che sono guariti, che, infatti, loro spesso non migliorano se noi proviamo a tenerli fermi, e che insieme al paziente è richiesta la partecipazione dell'unità familiare e dell'ambiente sociale generale (Cameron, 1947). Senza alcun dubbio, ciò fu allora rivoluzionario, ancora lo è, ed è stata prestata fortemente attenzione, perfino oggi, nonostante l'appoggio dei modelli bio-psico-sociali. Gli effetti nefasti della moralità di mercato, sull'utilizzazione della parziale ospedalizzazione possono essere dimostrati dal suo contrario. Ci sono resoconti da paesi come il Canada e Olanda pienamente documentati o perfino sovra-utilizzati su questi programmi, tutto grazie alla responsabilità sociale e alla benevolenza che

hanno fatto del canadese e del tedesco sistemi di cura universali della salute, ciò che essi sono stati fino ad ora (Whielaw & Perez, 1987; Shene, van Lieshout & Mastboom, 1988; Piper, Rosie, Joyse & Azim, 1996).

Ci sono perfino due resoconti pienamente utilizzati dagli Stati Uniti, entrambi i casi non erano particolarmente stabili e senza co-pagamenti-dipendenti (Glennere & Glenner, 1989; Sternquist, 1991).

Lo spazio non permette una revisione di tutti i tipi ospedalizzazione di parziale. Questo lavoro, quindi, si concentrerà soltanto sui programmi di trattamento diurno. Questi sono ben adatti al trattamento intensivo dei disturbi di personalità. Future pubblicazioni possono riguardare le altre categorie.

Gli Scopi del Trattamento

Al contrario dell'ospedalizzazione diurna e dell'assistenza diurna, i programmi di trattamento diurno forniscono intense combinazioni di trattamento a tempo limitato, abilitazione, e riabilitazione a pazienti con disturbi di personalità i cui livelli di funzionamento sociale, il controllo degli impulsi, la qualità delle relazioni oggettuali, il deterioramento psicologico e la motivazione al cambiamento, sono proporzionati ai rigori della modalità di trattamento (Azim, Duncan 1990). L'efficacia del supporto sociale esterno gioca anche un ruolo cruciale in termini d'aderenze ed esiti. Lo scopo del trattamento è aiutare il paziente ad ottenere una remissione della sindrome. Ciò comprende l'alleviamento del sintomo, l'acquisizione dell'insight e cambiamenti positivi nel funzionamento della vita. L'Abilitazione è un concetto che è raramente contenuto nella letteratura psichiatrica. Il Dizionario Inglese di Oxford definisce: "Abilitazione come l'azione di mettere in grado e di fornire abilità o disposizione; capacità, qualificazione". L'abilitazione gioca un particolare ruolo significativo nella cura dei disturbi di personalità, a causa della primaria e persistente natura dei pattern che caratterizzano questi disturbi. Il successo dell'abilitazione si rivelerà quando un paziente sta riportando ciò che ascolta come una nuova esperienza, un senso di liberazione, pace della mente, perdita della reattività e libertà dalla compulsività e dall'impulsività. Al paziente viene chiesto quando ha provato questo l'ultima volta, la risposta è un categorico mai. In breve l'abilitazione conduce ad un senso mai sperimentato prima di padronanza sul proprio auto-controllo. Significativamente, questo di solito scaturisce da un processo salutare di rattristarsi su una cosa che potrebbe essere stata ma non fu mai, e compiangersi per un senso di dissipazione della propria vita. Trattamento e Abilitazione, Inoltre è anche riabilitazione, un ingrediente dei programmi di trattamento diurno che è designato ad aiutare i pazienti ad ottenere una funzionale remissione: accettare la realtà del disturbo, adattarsi alle sue conseguenze, ottenere l'ottimale funzionamento sociale. Un importante aspetto della riabilitazione per molti pazienti in trattamento diurno è l'enfasi sull'utilità del trattamento per co-morbilità di abuso di sostanze.

In uno studio sulla prevalenza di abuso di sostanze in 137 pazienti, nel 67% la diagnosi (DSM-III) fu di disturbo di personalità borderline (Dulit, Fyer, Haas, Sullivan & Frances, 1990). Uno studio più recente ha trovato che il 60% delle persone diagnosticate con un disturbo da uso di sostanze soffrono anche di disturbi della personalità (Skodal, Oldham, Gallaher, 1990). Considerando la segretezza e la tendenza a minimizzare, se non il ricorso alla negazione da parte del paziente di entrambi i disturbi, le misure suddette sarebbero da tenere presenti. I disturbi da abuso di sostanze devono essere indicati simultaneamente oppure prima dell'ammissione perché il continuare ad usare le sostanze compromette l'efficacia della farmacoterapia e della capacità di beneficiare del lavoro di gruppo. Questi pazienti possiedono un'inclinazione ad attribuire il loro disturbo da abuso di sostanze alla co-morbilità dei disturbi psichiatrici e pressano per ricevere il trattamento soltanto per quest'ultimo disturbo il che necessita di essere costantemente declinato. Le caratteristiche di un programma di trattamento diurno fortemente strutturato è stato descritto dettagliatamente in Azim (1993), e Piper, Rosie, Joyce, Azim (1996). Un programma di questo tipo di solito contiene i principi della comunità terapeutica, gruppi dinamici, psicodinamici, dinamiche familiari, dinamiche di organizzazione, teorie dei sistemi generali, e psichiatria biologica. Più di trenta anni di esperienza personale di organizzazione, sviluppo, conduzione, di programmi di trattamento diurno, a Montreal, Edmonton e adesso a Vancouver, come anche di presentazione, osservazione e consultazione, mi hanno insegnato ciò che segue.

Come gli altri due tipi di ospedalizzazione parziale la durata della permanenza può differenziare i programmi di trattamento diurno. Laddove gli ospedali diurni offrono una breve permanenza per risolvere fasi critiche, e l'assistenza diurna offre un contratto a tempo non limitato, i programmi di trattamento diurno stipulati a tempo limitato sono uguali per tutti i pazienti o adattati individualmente. Decine di anni di esperienza ci insegnano che la durata di 18 settimane è ottimale per la significativa remissione dei sintomi, migliora l'adattamento sociale, e l'acquisizione dell'insight. Per di più i dati della nostra ricerca supportano questa conclusione.

Problema Concettuale

Tom Main (1946) conì il termine comunità terapeutica. Questo fu il risultato della sua esperienza come psichiatra militare durante la Seconda Guerra Mondiale. Egli notò ampie variazioni nella percentuale degli infermi tra battaglioni sottoposti ad uguali condizioni di combattimento. Arrivò alla conclusione che le differenze nella cultura e nella qualità delle relazioni umane in ciascun battaglione fossero fattori determinanti (Main, 1975). Dopo la guerra psichiatri come Main, Bion e Jones applicarono le loro osservazioni e le esperienze di guerra all'organizzazione di unità psichiatriche per veterani e prigionieri di guerra. Le loro nuove tecniche furono considerate come terapia del contesto. Un antropologo sociale, Robert Rapoport

studiò la Clinica di Riabilitazione Sociale fondata nel 1946 da Jones (Rapoport, 1980). Egli delineò quattro principi come pietre angolari dell'approccio: democratizzazione, tolleranza, sistema delle autonomie e confronto della realtà. Ciascun concetto, sulla strada della sua trasformazione in un uso moderno, è stato attraversato da periodi di fraintendimento e di uso erraneo. Così la democratizzazione ora si riflette nel deliberato appiattimento della gerarchia fra lo staff e tra lo staff e la popolazione di pazienti.

La tolleranza ora comporta tolleranza terapeutica per l'espressione degli affetti, pensieri e azioni considerate devianti dallo standard sociale. Il sistema delle autonomie denota la natura fortemente strutturata dell'interazione dei programmi di gruppo. Il confronto della realtà è stato sviluppato in un ambiente di richiesta e ripartizione del feedback.

Ciò che fu talvolta dimenticato, spesso con disastrose conseguenze, era che il maggiore scopo di questi quattro principi era accrescere l'assunzione di responsabilità di tutti compresi, i pazienti, come anche ogni livello della gerarchia tradizionale dello staff. Questi principi furono in parte sviluppati in risposta agli allora prevalenti eccessi di potere presenti negli ospedali psichiatrici. Potere significa servire se stesso e azioni coercitive sugli altri, condurre inevitabilmente alla competitività e a processi distruttivi di gruppo. Al contrario l'autorità legittimata implica l'esercizio della leadership verso l'acquisizione degli scopi collettivi (Buckley, 1976; Piper, Rosie, Joyce, Azim, 1995). Tuttavia l'adozione di una non-interferente, abdicazione dell'autorità e responsabilità da parte dello staff d'alcuni primi esperimenti, fu una pseudo democrazia dove i pazienti votano sull'ammissione, la gestione e la dimissione degli altri pazienti. Questi metodi contribuiscono alla scarsa utilizzazione e alla inclinazione contro i programmi di trattamento diurno e perfino alla cessione di alcuni di questi programmi. Questo stato di cose è stato compendiato in un articolo intitolato "L'incontro di Comunità tra pazienti e staff: un tè party con il cappellaio matto" (Klein, 1981).

Tenere a freno il potere, i pazienti e lo staff in eguale misura, l'esercizio del giudizio e dell'autorità di chi cura, mentre aumentano le responsabilità, è di vitale importanza, particolarmente in alcuni programmi designati per i pazienti con disturbi di personalità. I terapeuti in questi programmi operano più genericamente come professionisti della salute mentale e meno come membri delle loro particolari discipline. Ciò pone l'accento sull'imperativo organizzativo, che i programmi di trattamento utilizzano, un approccio terapeutico contestuale che è strutturato amministrativamente come programmi separati autogestiti responsabili internamente per il budget, il training, la supervisione, e la valutazione dei membri del loro staff. Ciò è necessario allo scopo di diminuire conseguenze negative d'affiliazioni e spaccature multiple fra i membri dello staff.

Il maggiore contributo della psicoanalisi fu l'attenzione al potere delle manifestazioni di transfert e controtransfert, che tipicamente avvengono in questi programmi. Si sa che non più di 30 pazienti e 10 membri dello staff furono seguiti per partecipare a gruppi terapeutici grandi e piccoli (Rosie & Azim, 1990), creando così una moltitudine di reazioni di transfert e di controtransfert. I pazienti sperimentano reazioni di transfert e controtransfert positive e negative, non soltanto verso i membri dello staff, e ciascuno di loro, ma anche verso ciascun gruppo, come pure verso l'intero programma, e possono abbracciare l'intero spettro delle manifestazioni transferali incluse, ma non limitate all'idealizzazione e alla svalutazione. Il ruolo dell'odio nelle reazioni di transfert e controtransfert nel trattamento di questa popolazione di pazienti non può essere sottolineato a sufficienza. (Groves, 1978; Frederickson, 1990). Utilizzate giudiziosamente, le reazioni di transfert e controtransfert in ciascuna persona possono contribuire al test di realtà e alla realizzazione dell'estensione delle percezioni individuali che tendono ad essere intensamente vicarie.

Cameron (1947) citò le dinamiche familiari e il coinvolgimento della famiglia nei suoi scritti originari sugli ospedali diurni. Alcuni programmi attuali di trattamento, compresi i nostri, stipulano nel contratto di pre-trattamento che il paziente acconsente ad un unico piccolo assessment familiare durante il corso del trattamento. Dipendendo dalla situazione di vita del paziente, questo può e potrebbe includere tutti o alcuni membri del nucleo familiare e altre persone considerate altri significativi. I bambini in fasce e occasionalmente gli animali domestici sono inclusi e le loro risposte non verbali al venire meno e all'incrinatura delle sfumature e degli affetti privilegiati sono sempre una sorgente di fascino, se non spaventano. Successivamente, in risposta ai suggerimenti dei pazienti, sono stati istituiti conferenze telefoniche a lunga distanza e oltremare per i membri delle famiglie che erano impossibilitati a partecipare. Avvolte, seguendo l'assessment, il trattamento familiare è stato trovato adatto e si è mostrato concordante con e/o al follow-up. Le raccomandazioni degli assessments psichiatrici e del trattamento per gli altri membri della famiglia sono qualche volta fatte giudiziosamente e sensibilmente, ai riferimenti stabiliti come indicato. Uno dei maggiori aspetti remunerativi degli incontri familiari è stato il sagace e schietto contributo dei giovani figli, come anche i benefici derivati loro, come risultato dell'aumentata consapevolezza dei genitori. L'inevitabile apprensione difensiva dei pazienti precedente all'incontro con la famiglia, per l'inclusione dei loro figli è di solito reso gestibile dalla compartecipazione dell'ansia prima, e dall'assistenza poi; precedentemente la famiglia valuta gli assessment degli altri pazienti. Gli scopi degli incontri della famiglia devono essere limitati alla migliore comprensione delle dinamiche della famiglia, senza farsi assorbire da loro per fornire psicoeducazione ed essere supportivi verso tutte le parti. Come menzionato all'inizio, i metodi biologici di trattamento furono i sostegni principali dei primi ospedali diurni.

Durante gli ultimi dieci anni, la psicofarmacologia è stata estesa al campo dei programmi di trattamento diurno rendendo possibile il trattamento di pazienti che precedentemente sarebbero stati esclusi a causa della gravità dei loro sintomi e di tratti caratteristici. I gruppi di giorno forniscono un'opportunità di valutare preziose risposte soggettive alle differenti cure e alla comprensione delle interazioni psicodinamiche, delle dinamiche di gruppo e della farmacodinamica. Qui di nuovo, le esperienze sostenute insieme all'incoraggiamento e le certezze degli altri pazienti hanno un effetto così inestimabile e inapprezzabile sull'incoraggiare la recettività e l'adesione alla farmacoterapia nei pazienti che sono noti per avere difficoltà nell'aderire a tutti gli interventi terapeutici. L'intensità del programma permette anche, quando è necessario, l'introduzione di dosaggi estremi e combinazioni inusuali in casi altrimenti resistenti al trattamento farmacologico (Geogea, 1999), così come potrebbe essere richiesto per i pazienti con gravi e persistenti diagnosi miste sull'Asse I e l'Asse II; es., sintomo di una doppia depressione in associazione con vari gradi di paranoia, tratti o disturbi borderline e ossessivo compulsivi di personalità. Si fa affidamento sullo SRIs per il controllo dei sintomi dell'ansia e d'aggressività e sull'OCD per la depressione, o sugli anti-epilettici per stabilizzare l'umore e il controllo dell'ansia, e Trazodone e Doxepina per normalizzare il sonno.

Descrizione del Programma

Sigmund Karterud, M.D., basandosi in parte su di una osservazione di prima mano, scrive: " Jon Rosie e Hassan Azim (1990), descrivono un insolito programma di trattamento diurno ben strutturato per pazienti non psicotici, Ogni giorno da Lunedì a Venerdì, comincia con un incontro della comunità che riunisce 50 pazienti e i membri dello staff. E dura per una ora. Il primo scopo dell'incontro, come descritto da Rosie e Azim, era simile a quello di un piccolo gruppo psicoterapeutico: "Il dialogo è incoraggiato, l'espressione dell'affetto sostenuta. I sogni sono i benvenuti ed è introdotto il materiale emotivamente travasato dagli altri gruppi. L'esplorazione delle relazioni all'interno dei gruppi è cosa usuale. Le interpretazioni di transfert si fanno, di solito dai terapeuti, occasionalmente dai pazienti.... Gli interventi del gruppo-come-un-tutto sono generalmente limitati a quelle occasioni in cui tali processi sono visti essere significativamente determinanti per il lavoro di gruppo. I pazienti individuali sono incoraggiati a fare tanto lavoro individuale per quanto essi sono in quel momento".

Un altro emozionante aspetto di quel programma di trattamento diurno ben designato era che la sua efficacia era scientificamente provata da un esperimento clinico controllato (Karterud, 1993) ". La descrizione dello stesso programma è stata più tardi elaborata e ulteriormente descritta da Azim (1993), e Piper, Rosie, Joyce, Azim (1996). Il processo e il contenuto nel programma d'ogni gruppo sono stati messi in risalto recentemente.

Problemi dello Staff

I programmi di trattamento diurno comprendono un lavoro intenso. Un rapporto tre ad uno paziente- staff è desiderabile in vista dell'intensità del programma. I membri dello staff devono essere costantemente abbastanza capaci di negoziare le contraddizioni, se non i paradossi inerenti al lavoro dei programmi di trattamento diurno. Di conseguenza lo staff deve valutare l'esercizio della tolleranza terapeutica contro il bisogno per il limite del setting; promuovere l'avvicinamento tra i pazienti; ancora, scoraggiando e interpretando la distruttività dei sottogruppi; aspettarsi che i pazienti condividano qualsiasi cosa di cui essi divengono consapevoli; ancora, censura l'aggressività e il dare consigli; essere il minimo restrittivi mentre si partecipa all'accrescimento della sicurezza; promuovere l'assertività da parte di tutti i partecipanti che deve essere associato al contenimento delle esplosioni emotive e l'aderenza alle interazioni consce; promuovere le dinamiche e i processi del gruppo come-un-tutto e nello stesso tempo focalizzare il fine ultimo del trattamento individuale in gruppo; incrementare la libertà d'azione dell'individuo, ma solo in tandem con la nascita della propria responsabilità di ognuno; e l'avanzare la coesione del programma, mentre è attento al contesto in cui il programma è fondato e la comunità servita.

L'assumere il ruolo di leader per un programma così intenso per il trattamento dei disturbi di personalità non è per il pusillanime. Il leader ha bisogno di possedere abilità organizzative e di essere ben esperto non solo di dinamiche individuali, di gruppo e familiari, ma anche di farmacologia. Per il leader è importante, anche, essere capace di contenere le pressioni sempre presenti dell'ansia persecutoria in relazione allo staff del programma, come anche ai poteri che ci sono. Ciò è stato trovato possibile col tenere settimanalmente incontri relazionali dello staff. Qui il leader dovrebbe modellare gli sfoghi senza caricare lo staff di un non necessario autosvelamento.

Il leader deve anche fare tutti gli sforzi di invitare e incoraggiare i membri dello staff ad esprimere alcuni o tutti i risentimenti verso la leadership e a facilitare il confronto supportivo l'uno verso l'altro (O' Kelly e Azim, 1993). Lo scopo sovrastante del leader è d'essere meticoloso nel mantenere i confini fra la attenzione legittimata al qui e ora della situazione di lavoro, da una parte e il pericolo in terapia d'attacchi improvvisi sugli altri. In questi incontri i pazienti si intromettono nella discussione o propongono questioni amministrative che devono essere identificate e riportate agli altri incontri settimanali dedicati sia all'uno che all'altro. Agli estesi incontri relazionali staff-staff, emergono conflitti nascosti dello staff ed è tenuta a bada l'incidenza dei paralleli disturbi collettivi dei pazienti.

Tuttavia i ritardi sono inevitabili e la loro risoluzione richiede l'emergenza degli incontri relazionali staff-staff seguiti da grandi incontri di gruppo. (Per i dettagli vedere Rosie, Azim, 1990; Azim, 1993; O'Kelly e Azim 1993).

Ricerca sul Programma di Trattamento Diurno

I primi studi che appaiono tra gli anni '70 e '80 hanno in comune molti dei limiti menzionati nella ricerca in corso sugli ospedali diurni. Mackenzie e Pilling (1972) hanno condotto uno studio prospettico di 100 pazienti consecutivi che soffrivano di disturbi nevrotici e psicosomatici in un programma di trattamento diurno e hanno riportato che il 69% dei pazienti ha mostrato un miglioramento nei sintomi, nelle relazioni interpersonali come anche nel lavoro e nel funzionamento sociale durante l'assessment clinico. La maggior parte di loro ha mantenuto il miglioramento fino ai sei mesi di follow-up. Successivamente uno studio di Dick et al (1991) riporta un importante risultato che il trattamento diurno era più efficace rispetto alle cure esterne per i pazienti con più grave ansia e depressione mentre i casi meno gravi beneficiavano più del trattamento esterno.

Più rilevante per i disturbi di personalità è stato lo studio di Karterud e colleghi (1992). Il programma esplicitamente combina una struttura organizzata di comunità terapeutica e un orientamento psicoanalitico delle relazioni oggettuali per trattare gravi disturbi di personalità. La maggioranza delle 97 ammissioni consecutive furono diagnosticate con disturbo di personalità borderline e schizotipico. Gli autori riportano i miglioramenti che furono moderati per la prima e meno favorevoli per la seconda popolazione. A mia conoscenza l'unico studio prospettico, di risultati del programma di trattamento diurno che utilizza un trattamento randomizzato contro un progetto controllato è stato riportato dal nostro team (Piper & Colleagues, 1993, 1996). Lo studio è stato progettato per evitare la debolezza metodologica dei primi studi che includono: una piccola misura campione, tendenza di selezione, mancanza di randomizzazione, minimo controllo delle variabili, mancanza di misure di risultati standard e programmi scarsamente definiti. A tutti i pazienti che fanno riferimento a questo programma è stato chiesto di partecipare al progetto che dura due anni. Il 95% di questi pazienti ha acconsentito di entrare a far parte dello studio. I criteri di selezione sono stati problemi psichiatrici a lungo termine che conducono alla disfunzione psicosociale, la capacità di impegnarsi in un lavoro di gruppo, la motivazione per una terapia intensiva e l'età da tredici anni in su. I criteri di esclusione sono stati: disturbi psicotici in atto, bisogno di ospedalizzazione del paziente, minaccia di suicidio o omicidio, grave ritardo intellettuale, abuso di sostanze in atto, partecipazione ad un altro trattamento in corso. La condizione di verifica scelta era una lista di attesa dilazionata. Il periodo medio di attesa all'ammissione prima di avviare lo studio, il periodo dilazionata, il trattamento come-usuale-durata-di stare in programma, fu tutto uguale: diciotto settimane. Le misure utilizzate furono 17 variabili indipendenti risultate che hanno seguito le tappe: funzioni interpersonali; stima di sé, soddisfazione della vita, funzioni difensive e livello degli obiettivi trattamenti del paziente. I soggetti allora sono stati accoppiati secondo la durata della diagnosi, del sesso e assegnati casualmente o al trattamento immediato o alla condizione dilazionata. Non è stata trovata nessuna differenza statistica nell'uso dei

farmaci, soprattutto gli antidepressivi. Le variabili risultate sono state gestite alla fine del trattamento e dei periodi dilazionati e di nuovo al momento del follow-up, in media otto mesi dopo la fine del trattamento. Ottanta donne e quaranta uomini comprendono i 120 che hanno completato il trattamento e le condizioni di verifica. Diagnosticamente il 78% dei pazienti ha avuto una diagnosi durata tutta la vita di Depressione Maggiore, il 60% di disturbo di personalità e la metà ha ricevuto una combinazione di entrambe.

I risultati mostrano che i pazienti hanno ottenuto significativamente maggiori miglioramenti del gruppo di controllo sulle sette variabili seguenti: disfunzioni sociali, disfunzioni familiari, comportamento interpersonale, livello del tono dell'umore, soddisfazione della vita, stima di sé, e scopi del trattamento individualizzati come misurati dalle misurazioni indipendenti, mentre la misura delle difese adattive si avvicinano alla significatività. Un altro set di dati ha rivelato che i pazienti confrontati con il pre-trattamento mostrano significativi miglioramenti in 11 variabili. Al contrario alla fine del periodo di attesa, i pazienti mostrano un significativo periodo soltanto in una variabile (la gravità oggettiva del trattamento come valutata da paziente). Di conseguenza c'è stata una piccola evidenza di remissione spontanea nel gruppo di controllo. Al follow-up, 16 delle variabili dimostrate mantengono dei risultati, mentre una (segno della gravità come valutata dal paziente) mostra un ulteriore miglioramento. Mentre, il significato statistico dei risultati, come quelli riportati fin ora, indirizza le probabilità, misura la magnitudine dell'effetto direttamente, esprime la misura dell'effetto che una variabile (trattamento) ha sull'altra (risultato). Lo studio ha misurato la misura dell'effetto per ciascuna delle 17 variabili. La magnitudo varia considerabilmente da 10 a 1,96. Il significato della misura 71 indicava che la media del paziente trattato oltrepassava il 76% dei pazienti nel gruppo di controllo. Quando è applicata soltanto la settima variabile in cui sono state trovate differenze significative, il significato dell'effetto magnitudo era di 1.18 implicando che la media del paziente trattato sorpassa lo 87% dei pazienti nel gruppo di controllo. I limiti dello studio includono la mancanza di un confronto con altre forme di trattamento e all'attività dell'effetto placebo. Un altro fattore limitante è il fatto che il programma è valutato come un tutto, inoltre non è possibile determinare i relativi contributi dei particolari componenti del programma. Una percentuale di drop-out del 37% confronta i risultati riportati in letteratura, i pazienti privilegiati e accoppiati rimpiazzarono i soggetti.

Nell'insieme i risultati sono considerevoli specialmente quando sono presi in considerazione la resistente natura del trattamento, la lunga durata, il gravare sui pazienti e sulle loro famiglie e sui sistemi sociali e medici. Il 90% dei soggetti ha avuto un precedente trattamento psichiatrico e il 43% è stato ospedalizzato con pochi benefici. Questo studio propone che dovrebbero essere utilizzati più programmi di ospedalizzazione dedicati ai pazienti con disturbi di personalità e che studi più rigorosi dovrebbero essere condotti in futuro.

Bibliografia

Anchina, J. C., & Kiesler, D. J. (Eds.) (1982). *Handbook of Interpersonal Psychotherapy*. New York: Pergamon Press.

Azim, H. F. A. (1993). Group psychotherapy in the day hospital. In H.I. Kaplan & B.J. Sadock (Eds.), *Comprehensive Group Psychotherapy* (3rd ed., pp. 619-634). Baltimore: Williams & Wilkins.

Azim, H. F. A., & Duncan, S. (1990). Psychoanalytic psychotherapy and psychopharmacology: Toward an integration. *Psychoanalysis and Psychotherapy*, 8, 180-188.

Buckley, W. F. (1967). Social control: Deviance, power and feedback processes. In W.F. Buckley (Ed.), *Sociology and Modern Systems Theory* (pp. 163-207). Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

Cameron, D. E. (1947). *The day hospital: An experimental form of hospitalization for psychiatric patients*. *The Modern Hospital*, 68, 60-62.

Dick, P. H., Sweeney, M. L., & Crombie, I. K. (1991). Controlled comparison of day-patient and out-patient treatment for persistent anxiety and depression. *British Journal of Psychiatry*, 158, 24-27.

Dulit, R. A., Fyer, M. R., Haas, G. L., Sullivan, T., & Frances, A. J. (1990). Substance use in borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 147, 1002-1007.

Frederickson, J. (1990). Hate in the countertransference as an empathic position. *Contemporary Psychoanalysis*, 26, 479-496.

Geagea, K. (1999, January). Managing difficult cases of depression, *Canadian Journal of CME*, 11(1), 45-58.

Glenner, J., & Glenner, G. G. (1989). The crucible/family dilemmas in Alzheimer's disease: Day care an alternative. *Activities, Adaptation, and Aging*, 13, 1-23.

Groves, J. (1978). Treating the hateful patient. *New England Journal of Medicine*, 298, 883-887.

Herz, M. I., Ferman, J., & Cohen, M. (1985). Increasing utilization of day hospitals. *Psychiatric Quarterly*, 57, 187-192.

Karterud, S. W. (1993). Community meetings in the therapeutic community. In H. I. Kaplan, & B. J. Sadock (Eds.), *Comprehensive Group Psychotherapy* (3rd ed., pp. 598-606). Baltimore: Williams & Wilkins.

Karterud, S., Vaglum, S., Friis, S., Johns, S., & Vaglum, P. (1992). Day hospital therapeutic community treatment for patients with personality disorders: An empirical evaluation of the containment function. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 180, 238-243.

Klein, R. H. (1981). The patient/staff community meeting: A tea party with the mad hatter. *International Journal of Group Psychotherapy*, 31, 205-222.

Main, T. F. (1946). The hospital as a therapeutic institution. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 10, 66-70.

Main, T. F. (1975). Some psychodynamics of large groups. In L. Kreeger (Ed.), *The Large Group: Dynamics and Therapy* (pp. 57-86). London: Constable.

MacKenzie, K., & Pilling, L. (1972). An intensive-therapy day clinic for out-of-town patients with neurotic and psychosomatic problems. *International Journal of Group Psychotherapy*, 22, 352-363.

O'Kelly, J. G., & Azim, H. F. A. (1993). Staff/staff relations group. *International Journal of Group Psychotherapy*, 43, 469-483.

Piper, W. E., Rosie, J. S., Joyce, A. S., & Azim, H. F. (1996). *Time-Limited Treatment for Personality Disorders: Integration of Research and Practice in a Group Program*. Washington, DC: American Psychological Association.

Rapaport, R. N. (1980). *Community as Doctor*. New York: Arno.

Rosie, J. S. (1987). Partial hospitalization: A review of the recent literature. *Hospital and Community Psychiatry*, 38, 1291-1299.

Rosie, J. S., & Azim, H. F. A. (1990). Large group psychotherapy in a day treatment program. *International Journal of Group Psychotherapy*, 40, 305-321.

Rosie, J. S., Azim, H. F. A., Piper, W. E., & Joyce, A. S. (1995). Effective psychiatric day treatment: Historical lessons. *Psychiatric Services*, 45, 1019-1026.

Schene, A. H., & Gensons, B. P. R. (1986). Effectiveness and application of partial hospitalization. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 74, 335-340.

Schene, A. H., van Lieshout, P. A., & Mastboom, J. C. (1988). Development and current status of partial hospitalization in the Netherlands. *International Journal of Partial Hospitalization*, 3, 237-246.

Skodol, A.E., Oldham, J.M., & Gallaher, P.E. (1999) Axis II comorbidity of substance use disorders among patients referred for treatment of personality disorders. *American Journal of Psychiatry*. 156(5):733-8.

Sternquist, E. F. (1991). An afterschool day treatment program. In G. K. Farley & S. G. Zimet (Eds.), *Day Treatment for Children with Emotional Disorders* (vol. 2, pp. 153-170). New York: Plenum.

Whitelaw, C. A., & Perez, E. L. (1987). Utilization review of psychiatric day hospital in a Canadian urban region: I. The service profile. *International Journal of Partial Hospitalization*, 4, 209-215.

Notizie sull'autore

Azim, Dr Hassan F. Psichiatra, psicoterapeuta di gruppo; autore di molte ricerche sul trattamento dei pazienti psichiatrici in ospedale e studioso dei disordini della personalità.

West Vancouver British Columbia Canada

Traduzione di Mariaclotilde Colucci