

MASTER SVILUPPO RISORSE UMANE

II° LIVELLO

[ANNO ACCADEMICO 2006/7]

MODELLO DI SPETTRO PSICOPATOLOGICO

PER

ANALISI E SVILUPPO DEL POTENZIALE

TESI

STEFANO MICHELINI

PSICHIATRA

MANAGER RICERCA E DIDATTICA

DIPARTIMENTO DI PSICHIATRIA, NEUROBIOLOGIA, FARMACOLOGIA E BIOTECNOLOGIE

UNIVERSITÀ DI PISA

TO THE DARK SIDE OF THE MOON



INTRODUZIONE

Il confine tra normalità e patologia comportamentale è sempre stato un *hot-issue* negli ambienti e nella letteratura psichiatrica e non. Mai passato di moda, mai risolto, molto dibattuto come i confini tra Israele e Palestina. Fortunatamente, meno cruento.

Per uscire dal magma indistinto delle opinioni da salotto, lo psichiatra saggio e concreto del terzo millennio, non può che riferirsi a concetti solidi e condivisibili: malattia psichiatrica è tutto quello che genera disagio psicologico esistenziale a livello relazionale, lavorativo e percettivo della qualità di vita. Dinamiche che devono essere valutate in relazione alle oggettività esistenziali.

Per entrare nel merito, la claustrofobia, di per sé, non è classicamente considerato un disturbo psichiatrico; al massimo è considerato un sintomo ansioso. Quindi lo psichiatra romantico, *new age* o ortoressico impallidirebbe a includere un uomo claustrofobico nel grande gruppo degli "psico". E non possiamo dargli torto se quest'uomo, manager, operaio, usciere, impiegato che sia, vive e lavora a Vecchiano o a Forte dei Marmi. Si terrà la sua claustrofobia come un brutto neo in una parte del corpo celata dagli abiti. Proviamolo invece a pensare a New York, o più modestamente a Milano, dove la percentuale di edifici con ascensore è massimale, o in cui il lavoro può imporre frequenti spostamenti in metropolitana o in aereo. Il neo diventa un tumore e il nostro lavoratore un invalido del 100%.

Altro esempio. La timidezza, l'arrossire facilmente, la difficoltà ad esprimersi in pubblico in modo disinvolto possono essere o non essere disturbo psichiatrico, in funzione di ciò che è richiesto dal vivere quotidiano. Un contadino delle Langhe, uno scrittore isolato, una casalinga ancora non disperata, un benzinaio, un impiegato, un ricercatore, un revisore contabile possono gestire la propria timidezza come sempre è stato fatto nell'umanità: piccoli disagi intermittenti, alcool in discoteca, ecstasy o altre sostanze entactogene per i più giovani quando si tratta di baccagliare una ragazza o entrare in performance sociale. Ma il manager? Il venditore? Il prete all'omelia? Chiunque abbia necessità di contatti sociali multipli? Invalidi di 100%, come il claustrofobico a New York. Allargandoci nel concetto, in un mondo relazionale come l'attuale, dominato dalla forma della comunicazione, dal sapersi vendere bene più che del contenuto, la timidezza è un blocco di sviluppo del proprio potenziale enorme. Proviamo a pensare quante carriere ed emancipazioni esistenziali si impantanano nel rosso disagio della vergogna e della bassa produttività. E allora questo non lo consideriamo un disturbo?

Passiamo oltre, restando nelle modalità relazionali. L'irritabilità, il prendere fuoco in un bicchiere d'acqua. Per i motivi espressi sopra, non lo consideriamo un disturbo, un blocco nella gestione strategica della comunicazione? In termini di danno esistenziale, fa più danno una depressione grave di mezza età riconosciuta, curata e circoscritta in tre mesi, o un'irritabilità considerata caratteriale che accompagna e condiziona tutte le relazioni di una vita?

Si potrebbe andare avanti molto con "il dubbio", "la pignoleria", "la paura", "la lunaticità", la "discontinuità", la "sindrome della eterna promessa", "la invasività", "il controllo", "la sospettosità", tratti che siamo soliti considerare dogmi esistenziali imperituri come il colore degli occhi o la lunghezza del pene.

Pesantezze quindi. Fardelli sconosciuti anche per chi li porta addosso da sempre. Dobbiamo liberarcene per funzionare meglio. E per potercene liberare dobbiamo prima comprenderle.

Valutare il potenziale di una risorsa umana è essenzialmente analizzare e comprendere le sue zavorre conclamate o sottosoglia.

Sviluppare il potenziale di una risorsa umana è togliere queste zavorre, liberando le attitudini nucleari della risorsa con ogni mezzo a disposizione, farmaci inclusi. Perché, di fatto, queste ingerenze psicologiche hanno la dignità etiologica di disturbi veri e propri e come tali vanno trattati. Senza timore, senza pregiudizi.

Questo processo di analisi e sviluppo del potenziale è abbastanza semplice. Basta avere competenze e una mente libera da ingombri dottrinali e categoriali. Il modello di Spettro Psicopatologico nella sua versione più moderna, elaborata dal 1995 in poi, è lo strumento concettuale e operativo di riferimento, la cui descrizione è oggetto della presente tesi.

SISTEMA CATEGORIALE E MODELLO DI SPETTRO

Nella psichiatria regnava il caos.

La disciplina era oggetto di invasioni barbariche sociologiche, politiche, umanistiche, magiche, religiose e artistiche. Non se ne poteva più. Ognuno diceva la sua. Come davanti ad un quadro di Picasso. E di fronte al disagio psichiatrico del paziente si consumava il *talk show* delle barbette e dei pizzetti, dei labirinti verbosi, delle interpretazioni personali. La Babele universale impediva la condivisione delle esperienze transculturali, bloccando di fatto l'evoluzione di un modello medico di malattia mentale. Eppure il cervello è lì. Se si apre il cranio, lo si trova facilmente. Esattamente come il cuore nel torace. E dentro il cervello, ci sono cellule, circuiti elettrici, gradienti chimici, sangue. E il pensiero e il comportamento stanno al cervello come il battito al cuore.

E, giustamente, il *turning point*, è stato riconsiderare la facoltà mentale una funzione d'organo con annesse possibili disfunzioni di interesse esclusivamente medico.

DSM [GENESI & CONCETTO]

Anno 1952: vengono poste le basi per un sapere psichiatrico comune, inteso e concepito come modello medico. La prima edizione del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders [Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali] (DSM-I) risale infatti al 1952, e fu redatto dall'American Psychiatric Association (APA). Nel corso degli anni il manuale è stato migliorato ed arricchito con riferimenti allo sviluppo attuale della ricerca bio-psicologica in numerosi campi, ma anche con nuove definizioni di disturbi mentali: la sua ultima edizione, risalente al 2000 (DSM-IV-TR) classifica un numero di disturbi mentali pari a tre volte quello della prima edizione. Attualmente include più di 370 disturbi mentali, descrivendoli in base alla prevalenza di determinati sintomi per lo più quelli osservabili dal e derivabili nel comportamento dell'individuo.

Proprio per ovviare alle interpretazioni faziose e *sine materia*, il manuale nasce con una visione ateoristica sul meccanismo patogenetico della malattia mentale. Così come non si conoscono le cause ultime della maggior parte dei tumori che però sappiamo classificare ed associare a protocolli terapeutici e statistiche di sopravvivenza, ancora non si conoscono le cause delle malattie mentali. L'approccio del DSM è quindi nosografico e descrittivo dei comportamenti, senza addentrarsi nelle cause, sulle quali si lava le mani come Pilato, facendo riferimento ad una nebulosa patogenesi

multifattoriale, un minestrone di patrimonio genetico, vicende di vita, esperienze maturate, stress, ambiente, qualità delle comunicazioni intra ed extra-familiari, "plasticità" individuale dell'encefalo, meccanismi psicodinamici, peculiare modalità di reagire, di opporsi, di difendersi, eventuali malattie organiche intercorrenti. Quindi tutto e niente. Ma se buio pesto rimane sulle cause, il DSM consente a tutti gli studiosi del mondo di usare lo stesso linguaggio, finalmente se si parla di ansia in America si parla della stessa ansia napoletana o viennese o lappone. I benefici per la ricerca di base, clinica e farmacologia sono ovvie. Il grande carrozzone si è mosso e siamo entrati nell'evoluzione. Dentro l'uomo. Nel meccanismo del suo agire esplicito e potenziale. Nella Risorsa Umana.

DSM [STRUTTURA & FUNZIONE]

Il DSM è quindi uno strumento di diagnosi descrittiva dei disturbi mentali. Il suo approccio è quello di applicare la relativa stabilità dell'analisi descrittiva dei sintomi di patologie mediche all'universo dei disturbi mentali. La sua struttura segue un sistema multiassiale, descrive cioè i disturbi in cinque Assi, così ripartiti:

- ASSE I** Descrive i disturbi clinici maggiori identificati secondo una serie di sintomi statisticamente associati a quel disturbo.
- ASSE II** Descrive eventuali disturbi di personalità e/o ritardo mentale associati. In un'accezione più ampia possono essere descritti in questo asse tratti caratteriali e temperamentali stabili, strutturali che fanno da contesto al/ai disturbo veri e propri di Asse I, ma che non necessariamente ne sono in rapporto di causa ed effetto.
- ASSE III** Descrive eventuali altre patologie mediche generali
- ASSE IV** Descrive eventuali problemi psicosociali e ambientali associati, come stressors acuti o cronici.
- ASSE V** Descrive la valutazione globale del funzionamento della risorsa umana, l'interferenza dei suoi sintomi in ambito relazionale, produttivo e percettivo della qualità della vita.

Per fare assurgere un *cluster* di sintomi e comportamenti a livello di Disturbo Mentale di Asse I, il DSM richiede un *cut-off*, [un numero minimo di sintomi raccolti X un periodo minimo di presenza dei sintomi]. Ad esempio per il Disturbo Antisociale di Personalità si parla di un «quadro pervasivo di inosservanza e di violazione dei diritti degli altri» e di «tre (o più)» caratteristiche elencate, fra cui disonestà, incapacità di conformarsi alle norme sociali, irritabilità e aggressività.

DSM [DIFFUSIONE E CRITICHE]

Il DSM è stato definito negli anni la Bibbia della Psichiatria, visto il larghissimo numero di psichiatri, medici e psicologi che lo utilizzano come principale riferimento per la propria attività clinica e di ricerca, ed è presto diventato uno dei principali punti di riferimento

diagnostico anche nel campo impressionistico della psicoterapia non legata alla psichiatria ed alla medicina.

Oltre che come supporto diagnostico e terapeutico, il DSM è utilizzato anche per la costruzione di questionari psicologici o per valutare l'idoneità ad esercitare di uno psicologo in formazione (attualmente in Italia è necessario iscriversi all'Albo degli Psicologi per esercitare la professione, e una delle tre prove costitutive dell'Esame di Stato prevede la descrizione di un caso clinico, il più delle volte valutato seguendo i criteri del DSM). I Corsi di Laurea sono ricchi di riferimenti a questo strumento diagnostico. È utilizzato anche da Compagnie di Assicurazione sulla salute per determinare la copertura assicurativa.

Oltre a facezie contestazioni politichesi e alle critiche faziose di quei brillantoni che considerano la malattia mentale una libera espressione del proprio io, chiudendo gli occhi sullo tsunami di sofferenza individuale e relazionale che questo comporta, il DSM è stato oggetto di alcune critiche sensate. Tra queste, la sua struttura rigidamente statistica e, in particolar modo, la scelta dei *cut-off* che porterebbero a diagnosticare un disturbo mentale ad una persona con tre delle caratteristiche richieste, allo stesso modo di una persona con sette di quelle caratteristiche e "a scapito" di chi ne raccoglie solo due. In sostanza, si è riprodotto un modello neo-positivista di spiegazione, puramente descrittivo della malattia psichiatrica su basi di un etichettamento statico, non necessariamente corrispondenti alla interferenza reale dei sintomi sul funzionamento personale e sociale di una risorsa umana. Come descritto nell'introduzione anche un solo sintomo persistente può indurre una invalidità funzionale rilevante o comunque la mancata espressione delle proprie potenzialità. Cosa questa che, aziendalmente parlando, è più grave di un disturbo. Perché se un manager creativo, volitivo e intelligente non mi vola perché ha paura o tossisce ogni tre secondi nei meeting in cui deve parlare, ho una perdita economica che si accumula nel tempo in quella determinata funzione.

MODELLO DI SPETTRO PSICOPATOLOGICO [GENESI & CONCETTO]

Basato su, accanto a, e oltre il concetto categoriale e le modalità descrittive del DSM, il modello clinico di spettro psicopatologico nasce in seguito alla osservazione del prof. Giovanni Battista Cassano e del Dr Stefano Michelini dell'esistenza di diverse

caratteristiche psicopatologiche subcliniche che potevano presentarsi accanto a ciascun disturbo descritto dal DSM-IV e che potevano avere un impatto drammatico con la vita quotidiana di ciascuno di noi. Il modello di spettro rappresenta una modalità complementare di descrizione e valutazione psicopatologica. Uno strumento concettuale articolato che definisce il mosaico psicologico di ciascuno di noi, presunti sani.

La valutazione di spettro si basa su un concetto che utilizza i singoli sintomi-criterio del DSM come punto di base ed estende la descrizione data dal DSM all'alone di fenomeni clinici circostanti. Questi includono ad esempio tratti di personalità, carattere, comportamenti disadattativi e caratteristiche temperamentali, che non appaiono nel manuale. Il modello di spettro considera le caratteristiche di ciascun disturbo come se fossero distribuite lungo un *continuum* nel quale persino un singolo sintomo può essere importantissimo per la qualità della vita, produttività lavorativa compresa. La valutazione di spettro genera un profilo dimensionale che completa la diagnosi categoriale.

MODELLO DI SPETTRO PSICOPATOLOGICO [STRUTTURA]

L'analisi dello spettro è articolata e condotta in questionari che esplorano specifici ambiti Psicopatologici. Il **Questionario di Spettro Panico Agorafobico** è stato il primo questionario ad essere elaborato ed è servito poi da modello per tutti gli altri. Ideato in splendide giornate d'autunno in una spiaggia di Forte dei Marmi, esplora il livello di allarme ansioso presente in ciascuno di noi. Il Sistema Nervoso Centrale è provvisto infatti di circuiti elettrochimici che ci rendono consapevoli di eventuali pericoli. Se questo sistema è tarato male, ci sentiamo perennemente in pericolo, proprio come l'allarme di un'auto o di una casa che scattano senza motivo in ogni circostanza. Una risorsa umana che ha una disfunzione di questo tipo, sarà una risorsa pavida, riluttante ad ogni tipo di separazione, altamente emotiva, spesso limitata negli spostamenti, probabilmente ipocondriaca, spesso malata, appiccicosa negli affetti, bisognosa di continue rassicurazioni.

Il questionario è costituito da 114 domande che valutano la presenza o assenza di caratteristiche che possono essere state presenti durante il corso della vita del paziente. Per il *follow up* si valutano le stesse domande riferite ad un arco temporale a scelta (es. nella settimana o nel mese successivi la valutazione) in modo da monitorare le

variazioni in funzione della terapia svolta. Le domande sono organizzate in otto domini sensibili:

- (1) sensibilita' alla separazione
- (2) sintomi di panico tipici ed atipici
- (3) sensibilita' allo stress
- (4) sensibilita' alle sostanze
- (5) aspettativa ansiosa
- (6) agorafobia tipica ed atipica
- (7) fobie relative alle malattie e ipocondria
- (8) sensibilita' alla rassicurazione

Lo **Spettro Social-Fobico** esplora la nostra timidezza, il timore marcato, persistente e l'evitamento di situazioni sociali. L'esposizione provoca imbarazzo e una risposta ansiosa immediata. Ciascuno di noi ha una soglia di timidezza, ma la risorsa con un profilo social fobico, sarà una risorsa con un potenziale limitato nella comunicazione, anche in piccoli gruppi, spesso a disagio anche nelle riunioni di team, che riescono a parlare solo nel tu per tu. Sarà una risorsa che cercherà sempre un approccio individuale alle varie problematiche lavorative, che preferirà tacere se contrastato, una risorsa remissiva e passiva, probabilmente consumatore di cannabinoidi e/o alcool usati come "lubrificanti sociali". A seconda della presenza di altre istanze psicologiche sarà un "cane sciolto", uno che corre per conto suo, uno che non fa gruppo perché teme l'esposizione al gruppo. Il questionario di spettro social fobico è costituito da 168 domande che valutano la presenza o assenza delle caratteristiche di spettro per un periodo di almeno 3-5 giorni durante il corso della vita. Per il *follow up* vale quanto detto per il questionario di spettro Panico-Agorafobico.

I domini esplorati dallo spettro Social Fobico sono:

- (1) aspetti fobico-sociali nell'infanzia e adolescenza
- (2) sensitività interpersonale
- (3) inibizione comportamentale e sintomi somatici
- (4) fobie specifiche

(5) uso di sostanze

Lo **Spettro Ossessivo-Compulsivo** valuta il nostro assetto psicologico, e quindi la risorsa umana in termini di:

- Incertezza operativa indotta dal dubbio
- Lentezza operativa indotta da perfezionismo
- Lentezza operativa indotta da necessità ossessiva di controlli
- Limitata autonomia operativa indotta dalla necessità di un *surplus* di informazioni
- Ridotta efficacia operativa per eccessiva attenzione al dettaglio
- Ridotta efficacia operativa indotta da mancata identificazione di priorità
- Difficoltà relazionali indotte dalla rigidità nella interpretazione delle norme
- Difficoltà relazionali indotte dalla scarsa propensione al compromesso pratico
- Difficoltà relazionali indotte da mancata detezione del contesto
- Difficoltà relazionali indotte da scarsa empatia
- Difficoltà di gestire l'ambiente fisico per ossessione dell'igiene e / o della simmetria
- Bizzarrie comportamentali indotta da rituali scaramantici

Il questionario di spettro ossessivo-compulsivo è costituito da 183 domande che valutano la presenza o assenza delle caratteristiche di spettro per un periodo di almeno 3-5 giorni durante il corso della vita del paziente. Per il *follow up* vale quanto detto per i questionari di spettro precedenti.

Lo **Spettro dell'Umore** valuta il nostro assetto psicologico-comportamentale e le attitudini di una risorsa in termini di:

- Discontinuità operativa
- Profilo energetico troppo basso
- Profilo energetico troppo alto
- Ridotta autostima

- Eccessiva autostima
- Incapacità di provare piacere per la propria attività lavorativa
- Capacità operative improntate al pessimismo
- Capacità operative improntate alla superficialità e all'approssimazione
- Difficoltà relazionali dovute alla irritabilità
- Difficoltà relazionali per eccessiva disinibizione
- Difficoltà relazionali per mancata detezione del contesto
- Labilità Emotiva
- Ridotta Iniziativa
- Eccesso di Iniziativa con incapacità di portare a termine i progetti
- Lunaticità
- Ridotta operatività nella fase premenstruale
- Ridotta operatività per ipercoinvolgimento sessuale in ambiente lavorativo

Dovuto alla ciclicità dell'umore fisiologico, una risorsa umana può in tempi differenti presentare tutte queste caratteristiche contropolari, esitando in profili comportamentali di difficile gestione e affidabilità. Sono risorse che possono presentare spunti di sospettosità, paranoia, sensi di colpa eccessivi, gelosia e invidia. Ciascun strumento dello spettro dell'umore è costituito da 161 domande che valutano la presenza o assenza delle caratteristiche di spettro per un periodo di almeno 3-5 giorni durante il corso della vita del paziente. Per il *follow up* vale quanto detto per i questionari di spettro precedenti.

L'analisi del potenziale psicologico di una risorsa umana al fine svilupparne a pieno la capacità produttiva, si è necessariamente arricchita di altri due strumenti: lo spettro dei disturbi della condotta alimentare e lo spettro della tendenza all'abuso di sostanze. Preoccupazioni sull'immagine corporea, alimentazione incontrollata e abuso di sostanze sono infatti virus altamente infettivi dei nostri giorni, che possono gravare molto sull'equilibrio psicologico di un individuo compromettendone qualità della vita ed espressione lavorativa. In linea con la base concettuale del modello psicopatologico di spettro, si tratta di rilevare anche in questi settori esistenziali, non disturbi conclamati come Anoressia e/o Bulimia e Tossicodipendenze vere e proprie, ma sintomi isolati, caratteristiche temperamentali e caratteriali ad essi afferenti.

Lo **Spettro dei Disturbi della Condotta Alimentare** è uno strumento analitico molto articolato che comprende items specifici ed items esplorativi delle turbative estetiche che soffocano il cervello di milione di donne. Ogni mattina il senso di gonfiore addominale, la sensazione di una tono muscolare imperfetto e altre idiosincrasie legate ad un'alterata immagine corporea, inquinano il buon umore e la serenità produttiva, compromettendo un giorno dopo l'altro. Regimi nutrizionali coatti e spesso incongrui variano le performance energetiche, provocano piccole abbuffate quotidiane, a loro volta portatrici di frustrazione e sconforto. Riconoscerle e curarle, fa lievitare la produttività di una risorsa umana e ne incrementa esponenzialmente le capacità relazionali. I fantasmi della propria immagine rendono infatti molte donne ostili, aggressive, invidiose e fredde.

Ciascuno strumento dello spettro anoressico-bulimico è costituito da 134 domande che valutano la presenza o assenza delle caratteristiche di spettro per un periodo di almeno 3-5 giorni durante il corso della vita. Per il *follow up* vale quanto detto per i questionari di spettro precedenti.

Lo **Spettro dell'Abuso di Sostanze** esplora sintomi, comportamenti ed esperienze nel corso della vita correlati all'uso di sostanze. Il riferimento esistenziale a sostanze è ormai un *marker* dei nostri giorni. Non c'è adolescente, giovane adulto o manager, la cui produttività non sia in qualche modo condizionata dall'uso di sostanze. Il questionario comprende 131 items dicotomici (si/no) raggruppati in 6 domini. Il primo dominio "Uso di sostanze" valuta l'uso eccessivo di cioccolato, caffè, te', pillole dietetiche, analgesici, ipnotici non prescritti dal medico. Il secondo dominio "Sensibilità ai farmaci ed alle sostanze" esplora l'ipersensibilità a farmaci e sostanze, che si può esprimere in cambiamenti nel tono dell'umore, attacchi d'ansia, sensazioni insolite.

Il terzo dominio "Uso di farmaci e sostanze per automedicazione" esplora l'utilizzo di sostanze per alleviare sintomi d'ansia, dell'umore, per controllare il peso o il proprio aspetto fisico oppure per aumentare la performance o le percezioni sensoriali. Il quarto dominio "Ricerca di sensazioni" esplora la tendenza a ricercare emozioni forti secondo il modello temperamentale *Novelty Seeking* proposto da Cloninger. Il quinto dominio "Sintomi da deficit dell'attenzione e iperattività" esplora la mancanza di concentrazione a scuola e al lavoro e l'irrequietezza motoria. Il sesto dominio "Sintomi del disturbo da uso di sostanze" comprende i sintomi-criterio del disturbo da abuso e dipendenza da

sostanze secondo il DSM-IV-TR con dignità diagnostica raggiunta anche con la positività un solo sintomo.

MODELLO DI SPETTRO PSICOPATOLOGICO [COMORBIDITÀ]

Il quadro tracciato fino ad ora è in realtà un artefatto strutturale per conferire semplicità e chiarezza alla tesi. Il mosaico che configura l'assetto psicologico di ciascuno di noi è infatti ben più complesso. Accanto alle variabili cognitive ed esperienziali, il nostro comportamento è spesso il risultato di un fitto intreccio tra elementi psicologici appartenenti a più spettri. Una risorsa può essere infatti non solo paurosa, ma anche molto timida e ossessiva. Un'altra risorsa può avere un potenziale di spettro che la rende perfetta per una mansione piuttosto che per un'altra. La lunaticità indotta da un umore instabile unita a sintomi di alterata immagine corporea possono rendere una donna potenzialmente validissima, una risorsa ostile e inconcludente. Un responsabile della sicurezza molto ossessivo e sospettoso può paralizzare la produzione o ingolfare di mail e procedure l'esecutivo di un'azienda.

Il nostro lo psicologico, per quanto apparentemente complesso e indecifrabile, è quindi facilmente scomponibile in istanze semplici e modificabili. Di conseguenza il nostro comportamento.

MODELLO DI SPETTRO PSICOPATOLOGICO [IL PUNTEGGIO]

Per noi, elaboratori e "puristi" del concetto di spettro, i punteggi ottenuti nei questionari specifici che esplorano il profilo psicologico della risorsa umana, hanno un valore modesto. Proprio per i motivi descritti sopra, a volte è solo un sintomo a determinare un blocco evolutivo esistenziale. Tuttavia, per poter validare gli strumenti a livello internazionale e anche per poter dare alla risorsa un risultato non soltanto descrittivo, ci sono punteggi da attribuire. Il punteggio degli strumenti di spettro può essere calcolato in modo diverso a seconda delle necessità. Il punteggio può essere dimensionale o categoriale. Quando usato in modo dimensionale il punteggio va a costituire un profilo del soggetto in base alle sue risposte per ciascun dominio o sottodominio. Mentre il punteggio totale di spettro può essere usato come un indice di gravità. Questo si è rivelato un utile presidio psicologico per la consapevolezza della risorsa dell'entità del proprio ingombro psicologico e per dare concretezza, nei controlli clinici, dell'evoluzione del quadro.

MODELLO DI SPETTRO PSICOPATOLOGICO [ANALISI E SVILUPPO DEL POTENZIALE]

Il modello di spettro psicopatologico è nato dall'osservazione ateoretica della realtà clinica dei pazienti. Si tratta quindi di un modello clinico, grazie al quale, dopo tre parole scambiate con un paziente, e a volte, durante un passaggio in sala d'aspetto, siamo in grado di decifrare a grandi linee il modo di essere e di fare di quel paziente. Il modello è nato dall'osservazione che, contrariamente ad altre patologie d'organo, un solo sintomo psicologico può indurre notevole disagio esistenziale. Quando ci siamo resi conto di questo e disponendo di un *know how* sufficiente per contestualizzare il sintomo in precisi ambiti psicopatologici, ci siamo trovati in mano le chiavi per capire prima e modificare poi l'esistenza dei pazienti. L'evoluzione della psicologia cognitivo comportamentale e della psicofarmacologia (farmaci sicuri e maneggevoli) ha messo a disposizione dello psichiatra strumenti molto precisi ed efficaci per un intervento di successo. Dal 1995 in poi questo modello è diventato pratica clinica, base di ricerca clinica e biologica e processo di validazione internazionale dei questionari (Vedi Appendice C).

Nel 1999 ho lasciato temporaneamente l'Università per sperimentare questo modello nell'analisi e nello sviluppo del potenziale delle risorse umane. Mi rendevo conto che anche noi presunti sani, abbiamo assetti psicologici più o meno lacunosi. Assetti con i quali affrontiamo la vita sociale e lavorativa. Assetti che definiscono i nostri limiti, la nostra massima espansione. Assetti che determinano la costanza di certi nostri errori operativi. Avevo la sensazione che i nostri limiti fossero l'espressione di una psicopatologia sotto soglia che rappresentavano una sorta di pseudonormalità.

Per sperimentare questo modello decisi di testarlo in un settore non clinico, che avesse un'organizzazione piuttosto rigida e che fosse a me noto. Il calcio professionistico mi sembrò l'ambiente ideale.

Ho potuto così adottare il modello di spettro a calciatori, allenatori, dirigenti e arbitri, provando a migliorare le prestazioni e a prevederne, nel caso degli arbitri, i comportamenti istintivi. I tre anni di Serie A (Udinese, Udinese e Reggina) e l'anno di Serie B (Napoli) mi hanno convinto della bontà del modello e della sua efficacia nel migliorare consapevolezza e comportamenti. Degno di rilievo è il fatto che, trattandosi

di un ambiente sportivo, non ho potuto usare farmaci e quindi ho più che dimezzato il mio potere d'azione.

Ritornato all'Università, come Manager della Ricerca e della Didattica, ho continuato ad usare il modello nelle aziende che entravano in convenzione con l'Ateneo, offrendolo come un servizio che il Dipartimento di Psichiatria, Neurobiologia, Farmacologia e Biotecnologie poteva erogare.

La Natural Project srl di Viareggio e la Idex Corporation spa di Altopascio sono state le aziende in cui ho potuto utilizzare estesamente il modello di spettro psicopatologico. In accordo con i responsabili delle risorse umane delle rispettive aziende, dipendenti di ogni fascia gerarchica sono stati sensibilizzati sul programma. Hanno quindi aderito su base volontaria e hanno dato la loro disponibilità ad una valutazione del loro potenziale e ad un piano per lo sviluppo del potenziale ancora inespresso. I dati, non pubblicabili per motivi di privacy aziendale, dimostrano in maniera inequivocabile l'efficacia degli strumenti di analisi e degli interventi sullo sviluppo del potenziale. Questo si è tradotto nell'arco di un anno in un netto incremento della produttività singola e della qualità del clima aziendale. Questa attività è tutt'ora in corso.

CONCLUSIONI

Agire sul potenziale inespresso di un uomo è un'esperienza altamente gratificante. Mentre un paziente si aspetta legittimamente di essere guarito da un disturbo, un uomo apparentemente sano è più o meno arreso al proprio destino. Accetta, nel bene e nel male i propri limiti. Ecco quindi che, nel momento in cui riesce a vedere nuovi confini del sé e ad assaporare la prospettiva di una vita più gradevole e fluida, una nuova energia propulsiva viene mobilizzata. Il futuro torna ad essere un tela bianco da dipingere. A qualsiasi età, in qualsiasi contesto.

POST SCRIPTUM

Ringrazio il Professor Giovanni Battista Cassano per avere sviluppato la mia allora potenziale curiosità sulla psiche e sul comportamento dell'uomo, con la gratitudine formale che non ho saputo esprimere a tempo debito. Nei fatti però ci sono sempre stato.

APPENDICE A

MODELLO DI SPETTRO PSICOPATOLOGICO [AUTORI]

Il Progetto di Spettro è un progetto internazionale che ha coinvolto clinici e ricercatori dell'Università di Pisa (Italia) e dell'Università di Pittsburgh, della Columbia University e della Università della California, San Diego (USA).

Hanno ideato il modello:

- **Giovanni B. Cassano**

[Professore Ordinario di Psichiatria e Direttore del Dipartimento di Psichiatria, Neurobiologia, Farmacologia e Biotecnologie dell'Università di Pisa]

- **Stefano Michelini**

[Psichiatra e Manager della Ricerca e della Didattica del Dipartimento di Psichiatria, Neurobiologia, Farmacologia e Biotecnologie dell'Università di Pisa]

Hanno contribuito allo sviluppo del modello:

- **Susanna Banti**

[Psichiatra, Dipartimento di Psichiatria, Neurobiologia, Farmacologia e Biotecnologie dell'Università di Pisa]

- **Antonella Benvenuti**

[Psichiatra. Dipartimento di Psichiatria, Neurobiologia, Farmacologia e Biotecnologie dell'Università di Pisa]

- **Elisabetta Coli**

[Psichiatra, Ospedale di Pescia, Lucca]

- **Jean Endicott**

[Ph.D. Professor Psychology, Department of Psychiatry, Director of Department of Research Assessment and Training, New York State Psychiatric Institute]

- **Andrea Fagiolini**

[M.D. Psichiatra, University of Pittsburgh]

- **Ellen Frank**

[Ph.D. Professor of Psychiatry and Psychology, University of Pittsburgh]

- **Victoria J. Grochocinski**

[Ph.D. Data Analyses, University of Pittsburgh Medical Center]

- **Jack D. Maser**

[Ph.D. Professor of Psychology, University of San Diego and Psychiatry Service]

- **Mauro Mauri**

[Psichiatra e Professore Associato di Psichiatria, Dipartimento di Psichiatria, Neurobiologia, Farmacologia e Biotecnologie dell'Università di Pisa]

- **Mario Miniati**

[Psichiatra, Dipartimento di Psichiatria, Neurobiologia Farmacologia e Biotecnologie dell'Università di Pisa]

- **Paola Rucci**

[Statistico e Research Assistant Professor, University of Pittsburgh]

- **Alfredo Sbrana**

[Psichiatra Dipartimento di Psichiatria, Neurobiologia, Farmacologia e Biotecnologie dell'Università di Pisa.]

- **M. Katherine Shear**

[M.D. Professor of Psychiatry School of Social Work, Adjunct Professor of Psychiatry University of Pittsburgh]

APPENDICE B

MODELLO DI SPETTRO PSICOPATOLOGICO [PUBBLICAZIONE DELLA IDEA]

[Am J Psychiatry](#). 1997 Jun;154(6 Suppl):27-38

The panic-agoraphobic spectrum: a descriptive approach to the assessment and treatment of subtle symptoms.

[Cassano GB](#), [Michellini S](#), [Shear MK](#), [Coli E](#), [Maser JD](#), [Frank E](#).

Institute of Psychiatry, School of Medicine, University of Pisa, Italy.

OBJECTIVE: Psychiatric classification is still a topic of considerable discussion and debate in spite of major advances in the past two decades. The debate involves categorical versus dimensional approaches, cutoff numbers of symptoms to define a case, degree of impairment, objective diagnostic criteria versus more theoretically based criteria, episodic versus trait-like symptoms, and the role of atypical and subclinical symptoms. All of these issues have been raised for the anxiety disorders and depression. This article presents the conceptualization of a relatively novel and testable approach to the diagnosis and classification of panic and agoraphobia, the panic-agoraphobic spectrum, and pilot data on a new questionnaire to assess it.

METHOD: Pilot testing of the Panic-Agoraphobic Spectrum Questionnaire was undertaken with 100 inpatients who had lifetime diagnoses of panic disorder, unipolar depression, comorbid panic and unipolar depressive disorders, or an eating disorder. The instrument emphasizes impairment related to 144 behaviors and experiences in seven panic-agoraphobic symptom domains.

RESULTS: Patients with panic disorder scored highest on the questionnaire, and those with comorbid depression showed even greater severity of illness. The scores of the patients with eating disorders and of the depressed patients differed from those of the other groups but also differed from 0.

CONCLUSIONS: The spectrum model of panic and agoraphobia is a flexible and comprehensive means of describing this clinical complex. The proposed model, complementary to the categorical approach, presumably expresses a unitary pathophysiology. Its usefulness is discussed in terms of its value for patient-therapist communication, outcome measures, identification of subtle personality traits, and subtyping of patients for research and treatment.

APPENDICE C

MODELLO DI SPETTRO PSICOPATOLOGICO [VALIDAZIONI]

Sbrana A, Dell'Osso L, Gonnelli C, Impagnatiello P, Doria MR, Spagnoli S, Ravani L, Cassano GB, Frank E, Shear MK, Grochocinski VJ, Rucci P, Maser JD, Endicott J: Acceptability, validity and reliability of the Structured Clinical Interview for the Spectrum of Substance Use (SCI-SUBS): A pilot study. *Int J Methods Psychiatry Res* 12:105-115, 2003.

Mauri M, Borri C, Baldassari S, Benvenuti A, Rucci P, Cassano GB, Shear MK, Grochocinski VJ, Maser JD, Frank E: Acceptability and psychometric properties of the Structured Clinical Interview for Anorexic - Bulimic Spectrum (SCI-ABS). *Int J Meth Psych Res* 9:68-78, 2000.

Fagiolini A, Dell'Osso L, Pini S, Armani A, Bouanani S, Rucci P, Cassano GB, Endicott J, Maser J, Shear MK, Grochocinski VJ, Frank E: Validity and reliability of a new instrument for assessing mood symptomatology: the Structured Clinical Interview for Mood Spectrum (SCI MOODS). *Int J Meth Psych Res* 8:71-81, 1999.

Dell'Osso L, Armani A, Rucci P, Frank E, Fagiolini A, Corretti G, Shear MK, Grochocinski VJ, Maser JD, Endicott J, Cassano GB: Measuring mood spectrum disorder: Comparison of interview (SCI-MOODS) and self-report (MOODS-SR) instruments. *Compr Psychiatry*, 43:69-73, 2002.

Dell'Osso L, Cassano GB, Sarno N, Millanfranchi A, Pfanner C, Gemignani A, Maser JD, Shear MK, Grochocinski VJ, Rucci P, Frank E: Validity and reliability of the Structured Clinical Interview for Obsessive-Compulsive Spectrum (SCI-OBS) and of the Structured Clinical Interview for Social Phobia Spectrum (SCI-SHY). *Int J Meth Psych Res* 9:11-24, 2000.

Dell'Osso L, Rucci P, Cassano GB, Maser JD, Endicott J, Shear MK, Sarno N, Sassettoni M, Grochocinski VJ, Frank E: Measuring social phobia and obsessive-compulsive disorders: Comparison of interviews and self-report instruments. *Compr Psychiatry* 43:81-87, 2002

Dell'Osso L, Cassano GB, Sarno N, Millanfranchi A, Pfanner C, Gemignani A, Maser JD, Shear MK, Grochocinski VJ, Rucci P, Frank E: Validity and reliability of the Structured Clinical Interview for Obsessive-Compulsive Spectrum (SCI-OBS) and of the Structured Clinical Interview for Social Phobia Spectrum (SCI-SHY). *Int J Meth Psych Res* 9:11-24, 2000.

Dell'Osso L, Rucci P, Cassano GB, Maser JD, Endicott J, Shear MK, Sarno N, Sassettoni M, Grochocinski VJ, Frank E: Measuring social phobia and obsessive-compulsive disorders: Comparison of interviews and self-report instruments. *Compr Psychiatry* 43:81-87, 2002

Cassano GB, Banti S, Mauri M, Dell'Osso L, Miniati M, Maser JD, Shear MK, Frank E, Grochocinski V, Rucci P: Internal consistency and discriminant validity of the Structured Clinical Interview for Panic-Agoraphobic Spectrum (SCI-PAS). *Int J Meth Psych Res* 8:138-145, 1999.

Shear MK, Rucci P, Grochocinski VJ, Vanderbilt J, Houck P: Reliability and validity of the panic disorder severity scale: Replication and extension. J Psych Res 35:293-6, 2001