

GUIDA ALLA SALUTE MENTALE



*Il segreto è non correre dietro alle farfalle,
È curare il giardino perché esse vengano da te*

INDICE

Presentazione	1
1. La salute e la salute mentale	2
- Cos'è la salute	
- I pregiudizi sui disturbi mentali;	
- Che cosa si sa della sofferenza mentale ?	
2. Fattori di rischio e protettivi	5
- I fattori che inducono le condizioni mentali	
- Fattori di rischio	
- Fattori protettivi	
3. I principali disturbi	7
- Disturbi psicotici (schizofrenia, disturbo delirante - paranoia)	8
- Disturbi dell'umore (depressione, disturbo bipolare)	9
- Disturbi d'ansia (attacchi di panico e agorafobia, altre fobie, disturbo ossessivo-compulsivo, altri disturbi d'ansia)	10
- Disturbi del comportamento alimentare (anoressia, bulimia)	11
- Doppia diagnosi	13
- Personalità e i suoi disturbi (disturbo paranoide, disturbo schizoide, schizotipico, disturbo antisociale, disturbo narcisistico, disturbo borderline, disturbo evitante, disturbo dipendente, disturbo ossessivo-compulsivo)	13
4. Cenni di storia	15
- Il periodo pre-manicomiale	
- Il periodo manicomiale	
- La situazione Italiana e la Legge 180	
5. Il Centro di Salute Mentale	18
- Il Dipartimento di Salute Mentale (DSM)	
- Le Strutture del D.S.M	
- Come si accede al Centro di Salute Mentale della tua zona?	
6. Altri servizi per la tutela del benessere mentale	21
Numeri utili	22
Bibliografia e film consigliati	23



Presentazione

Caro lettore, cara lettrice,
a scriverti sono gli operatori dell'Ambulatorio di Salute Mentale di Grassina dell'Azienda USL Toscana centro area fiorentina. È un servizio pubblico, che opera nella zona del Comune di Bagno a Ripoli. Un gruppo di operatori di questo servizio ha creato questo quaderno che ha chiamato "Guida alla Salute Mentale" con l'obiettivo di:

- **fornire informazioni chiare e aggiornate su questi argomenti:**
 - la salute e la salute mentale
 - i fattori di rischio e i fattori protettivi
 - disturbi mentali
 - cenni di storia
 - il Centro di Salute Mentale (CSM);

- **aumentare la tua capacità di individuare i segnali di disturbo mentale;**

- **fornire indicazioni per orientare eventuali richieste di aiuto;**

- **stimolare una riflessione sullo stigma e i pregiudizi legati alle persone con disturbi mentali ed ai servizi di Salute Mentale in generale.**

LA SALUTE E LA SALUTE MENTALE

Cos'è la salute

L'art. 32 della Costituzione della Repubblica Italiana dice:
LA REPUBBLICA TUTELA LA SALUTE COME FONDAMENTALE
DIRITTO DELL'INDIVIDUO E INTERESSE DELLA COLLETTIVITA'

L'Organizzazione Mondiale della Sanità
nel preambolo alla Costituzione dichiara che:
LA SALUTE È UNO STATO DI COMPLETO BENESSERE FISICO MENTALE E SOCIALE
E NON CONSISTE SOLTANTO NELLA ASSENZA DI MALATTIA O DI INFERMITÀ

I pregiudizi sui disturbi mentali

Le idee che ci facciamo sulla mente (o psiche) ci toccano molto da vicino, perchè investono le radici della nostra identità. Inoltre le conoscenze scientifiche sulla natura dei disturbi e sulla salute mentale sono incerte. I pregiudizi sono i primi strumenti con cui ci difendiamo istintivamente da qualcosa che non conosciamo e che pensiamo ci possa minacciare.

- **PERICOLOSITÀ - "Tutti i matti sono aggressivi, violenti e pericolosi"**
I dati statistici smentiscono e ribaltano il luogo comune del "matto violento"; aggressioni, lesioni e omicidi sono presenti in ugual misura nella cosiddetta popolazione normale e in quella dei pazienti con disturbi di salute mentale. Solo trovando la chiave per interpretare "gli strani messaggi della sofferenza" potremo superare i pregiudizi verso le persone con problemi di salute mentale.
- **ORGANICITÀ - "La vera cura è con le medicine e le radiografie al cervello..."**
Questo pregiudizio nasce dall'idea che lo stato di malattia può dipendere unicamente da una lesione o dalla alterazione del cervello, ma attualmente si sa con certezza che molte delle alterazioni, anche gravi, dell'equilibrio mentale non sono riconducibili a "guasti" di tipo esclusivamente organico.
- **INCURABILITÀ - "C'è poco da fare, non possono guarire"**
Questo è il pregiudizio più diffuso e dannoso perché toglie la speranza. Nessuna base scientifica giustifica l'idea che gli stati di alterazione mentale siano in quanto tali irreversibili.

- **IMPRODUTTIVITÀ – “ è un fannullone...”**

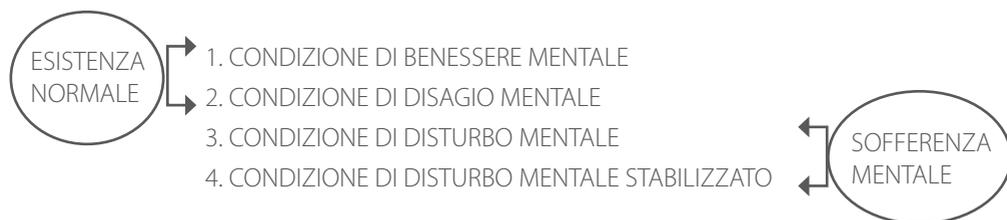
Questo pregiudizio porta a credere che le persone affette da un disturbo mentale non abbiano voglia di fare niente, cosa che invece non corrisponde alla realtà. Attraverso programmi, che prevedono un supporto specialistico, molte persone arrivano a vivere una vita in autonomia.

- **SUPERIORITÀ DELLE CURE PRIVATE SU QUELLE PUBBLICHE**

“Il privato è sempre meglio del pubblico”

Questo pregiudizio è alimentato dalla generale diffidenza verso ogni tipo di servizio pubblico. La malattia mentale, inoltre, viene spesso rifiutata, nascosta e vissuta in casa in assoluta solitudine. Ma questo pregiudizio si rivela falso perché solo il servizio pubblico, benché con grosse difficoltà, può offrire un lavoro integrato tra più figure professionali come lo psichiatra, lo psicologo, l’infermiere, l’educatore e l’assistente sociale, con lo scopo di assistere, proteggere e riabilitare il soggetto sofferente e il suo gruppo familiare.

Che cosa si sa della sofferenza mentale?



- **CONDIZIONE DI BENESSERE MENTALE**

Questa c’è quando esiste un buon livello di soddisfazione dei bisogni, insieme ad una soddisfacente qualità della vita. Nelle alterne situazioni dell’esistenza, il benessere mentale è l’obiettivo verso cui l’individuo tende costantemente.

- **CONDIZIONE DI DISAGIO MENTALE**

È quella in cui si vive quando si avverte uno stato di sofferenza, connesso a difficoltà di varia natura (negli affetti, nel lavoro, ecc), che si presenta normalmente nella vita.

- **CONDIZIONE DI DISTURBO MENTALE**

È quella in cui il soggetto vive quando non trova risoluzione alla sofferenza che persiste giornalmente e per un periodo relativamente lungo, si accompagna ad alterazioni mentali e del comportamento. Sebbene la condizione di disturbo mentale non rientri nella vita normale tutti, in situazioni particolari, possiamo incorrere in tale condizione ed essa può essere temporanea se curata efficacemente e in maniera tempestiva.

● **CONDIZIONE DEL DISTURBO MENTALE STABILIZZATO**

Il disturbo si stabilizza per non essere stato curato, o per essere stato curato male.

La psichiatria moderna considera nettamente falsa l'idea che divide la vita mentale in stato sano e stato malato. In realtà, quella che chiamiamo esistenza normale comprende anche condizioni di disagio, che possono sfociare in veri e propri disturbi. Si tratta sempre di passaggi sfumati e graduali, spesso reversibili



Benessere ↔ Disagio..... questo passaggio accade spesso

Benessere ↔ Disagio ↔ Disturbo può succedere a tutti di avere un disturbo una volta nella vita

Per Disturbo stabile..... si intende un disturbo da almeno 6 mesi

Vogliamo evidenziare che uno stato di patologia, anche grave, è comunque suscettibile di miglioramento con le cure adeguate, ed è fondamentale iniziare le cure prima possibile.

FATTORI DI RISCHIO E PROTETTIVI

I fattori che inducono le condizioni mentali

Che cosa produce il passaggio dal benessere ad uno stato di disagio? Che cosa acuisce il disagio fino al punto di trasformarlo in un disturbo? E che cosa, viceversa, può riportare la nostra mente in uno stato di equilibrio e di benessere? A queste domande non è possibile dare risposte semplici. Oggi rispetto alle cause della malattia mentale si tende ad avere un'idea di multicausalità circolare: si pensa cioè che i vari aspetti biologico, psicologico e sociale abbiano, a seconda delle situazioni, un peso variabile e tendano ad interagire tra loro.

● I FATTORI BIOLOGICI

Si fa riferimento ad aspetti dell'individuo di natura genetica, che possono rendere la persona più o meno predisposta allo sviluppo di un disturbo mentale.

● I FATTORI PSICOLOGICI

Riguardano la personalità nel suo complesso, la storia del singolo soggetto, il modo in cui elabora e assimila le esperienze, il modo in cui si relaziona con gli altri.

● I FATTORI SOCIALI

Comprendono le condizioni che determinano il ruolo sociale del soggetto: il reddito, il lavoro, il grado di istruzione, e la vita sociale.

● I FATTORI AMBIENTALI - ECOLOGICI

Comprendono i modi in cui la persona vive lo spazio che ha a disposizione: spazio fisico (casa, luogo di lavoro, città)/ spazio culturale - presenza di stimoli intellettuali).

● I FATTORI SANITARI

Vanno considerate le possibilità di poter usufruire di servizi efficaci e facilmente accessibili di informazione, prevenzione, cura e assistenza.

I fattori descritti sono presenti, in vario modo, nella vita di ciascuno. Alcuni di questi fattori ci aiutano e costituiscono i fattori protettivi, che favoriscono una condizione di benessere. Altri fattori possono creare difficoltà nella nostra vita e, come fattori di rischio, favorire condizioni di disagio.

Fattori di rischio

Momenti critici del ciclo vitale

Esistono nel ciclo vitale alcuni momenti che richiedono un maggior sforzo di adattamento e che sono quindi a più alto rischio per la salute mentale del soggetto.

INDIVIDUALI

Infanzia / Adolescenza
Fine istruzione
Ricerca di un lavoro / perdita del lavoro
Gravidanza / puerperio
Pensionamento
Senilità

FAMILIARI

Nascita dei figli
Separazione / divorzio
Crescita dei figli e creazione di una propria vita autonoma
Lutti

Condizioni tendenzialmente stabili di stress

Anche a prescindere da particolari eventi o momenti del ciclo vitale, il fatto di vivere in situazione ecologica, sociale e sanitaria permanentemente deficitaria può provocare uno stress continuo e favorire l'insorgenza di disturbi.

Fattori protettivi

Le capacità individuali del soggetto

Di fronte alle possibili avversità della vita non tutti reagiamo allo stesso modo. Quasi tutti siamo esposti alla sofferenza (perdita di persone care, problemi lavorativi, ecc.) ma solo alcuni di noi sviluppano un disturbo psichico: questo avviene anche per i diversi modi di affrontare o tollerare una situazione di stress.

La possibilità di contare almeno su una persona di riferimento

Il riferimento a persone significative è un fattore protettivo e avere un rapporto significativo con una persona affidabile aumenta la possibilità di reagire e di far fronte ai momenti critici e difficili della vita, e più in generale di conservare equilibrio e serenità.

La possibilità di contare su una rete sociale di aiuto

La consapevolezza di poter contare sull'aiuto di una rete sociale costituisce una risorsa basilare per la salute mentale di ognuno di noi. I rapporti quotidiani con familiari, amici, colleghi di lavoro o l'appartenenza a gruppi religiosi, politici, scolastici o di altro genere possono svolgere una funzione protettiva importantissima.

Vivere protetti non è un fatto misterioso e inspiegabile, ma il frutto di una pratica quotidiana attuata in maniera consapevole, appresa con l'educazione e l'apprendimento di modelli familiari e sociali.

In conclusione.....

- Lo stato psichico è il risultato del concorso di molti fattori che possono valere come fattori di rischio o come fattori protettivi.
- La vita mentale sana è tale non perché indenne delle sofferenze ma perché è dotata di fattori protettivi che costituiscono le risorse in grado di ricondurla costantemente all'equilibrio.
- I fattori protettivi sono il frutto di una pratica e possono essere, seppure in misura soggettiva, acquisiti e potenziati.

I PRINCIPALI DISTURBI

Oggi al Servizio di Salute Mentale arriva una domanda diversificata: disturbi d'ansia, dell'umore, di personalità, doppia diagnosi e disturbi alimentari, inoltre sono ancora numerose le persone affette da schizofrenia. Rispetto agli anni passati, ci troviamo di fronte a una situazione molto cambiata che sollecita nuove risposte a nuovi problemi: si nota un significativo aumento dei disturbi di personalità con particolare riguardo all'area borderline e narcisistica.

In "lettera aperta" di Correale, si legge..... "oggi è frequente il disturbo borderline, spia di un disagio diffuso, tipico del nostro tempo, caratterizzato dalla necessità di soddisfazione immediata, dall'abolizione e negazione della funzione costruttiva del tempo inteso come esperienza e come progettualità verso il futuro. Da rilevare inoltre, nel contesto attuale, la situazione di moltissimi giovani sofferenti catalogati come disturbi del carattere e che sono di fatto profondamente emarginati, lontani dai servizi, sfiduciati dalla sanità pubblica, spesso preda di abuso di sostanze".

Dice Umberto Galimberti: "per alcuni aspetti la complessità della società moderna con il crescere degli standard e dei ruoli determina anche l'aumento del numero delle persone che non riescono ad adattarsi. Di qui il ricorso alle droghe e agli psicofarmaci stimolanti per attutire l'ansia, l'inibizione all'azione e il senso di fallimento, perché questi fattori entrano in collisione con i paradigmi di efficienza e di successo che la società considera essenziali per riconoscere dignità a ciascuno di noi". Una condizione diffusa, quella della dipendenza, riguarda un altro aspetto della vulnerabilità, infatti molte dipendenze si associano ai disturbi mentali: sono i cosiddetti casi di doppia diagnosi. La doppia diagnosi quindi non è un'eccezione ma rappresenta una situazione con possibili enormi complicanze: emarginazione, problemi con la legge, gravi malattie infettive, suicidi, gravi depressioni.

(Infermiere Professionali Eliana Tattini, Paola Binetti, "Riunioni di auto-aggiornamento "Frammenti di vita quotidiana" dell'Unità Assistenza Infermieristica Territoriale zona Sud-Est)

Per farsi un'idea dei vari disturbi mentali possiamo fare riferimento ai sintomi che possono essere presenti, in modo diverso, nei vari disturbi. Alcuni di questi sintomi sono comuni, tanto che molte persone li hanno sperimentati in qualche momento della loro vita. I sintomi più frequenti e più noti sono quelli di tipo depressivo ed ansioso (ansie, fobie, attacchi di panico, sintomi ossessivi e compulsivi). Altri sintomi facilmente comprensibili riguardano il comportamento alimentare o la dipendenza da alcool, da altre sostanze e da attività come il gioco d'azzardo. Inoltre vi sono sintomi rari e meno facili da capire che sono detti psicotici e sono di due tipi: alcuni sono particolarmente strani ed evidenti, tra cui pensieri sconnessi, allucinazioni; l'altro gruppo dei sintomi psicotici

è caratterizzato da tendenza all'isolamento ed alla chiusura ai rapporti interpersonali, inerzia e mancanza di iniziativa, povertà di emozioni e di affetti. È comunque importante sapere che avere uno o più sintomi non significa necessariamente soffrire di un disturbo mentale. Perché si possa parlare di disturbo mentale è necessario che i sintomi siano presenti per un certo periodo di tempo e associati in varia misura tra loro.

DISTURBI PSICOTICI

Il termine "psicosi", tuttora di uso corrente in psichiatria, sta a indicare una situazione anormale delle mente in cui c'è una perdita di contatto con la realtà

SCHIZOFRENIA

Per il suo carattere pervasivo, che colpisce in maniera multiforme l'intera personalità del soggetto, la schizofrenia è sicuramente il più grave e invalidante fra i disturbi psichiatrici.

SINTOMI:

- deliri
- allucinazioni
- eloquio disorganizzato
- comportamento grossolanamente disorganizzato.
- sintomi negativi, cioè appiattimento dell'affettività.
- disfunzione sociale/lavorativa: per un periodo significativo di tempo dall'esordio del disturbo, una o più delle principali aree di funzionamento come il lavoro, le relazioni interpersonali, o la cura di sé si trovano notevolmente al di sotto del livello raggiunto prima della malattia (oppure, quando l'esordio è nell'infanzia o nell'adolescenza, si manifesta una incapacità di raggiungere il livello di funzionamento interpersonale, scolastico o lavorativo prevedibile).

DISTURBO DELIRANTE (PARANOIA) Il disturbo delirante è caratterizzato dalla presenza di un costruzione Delirante :tutto il mondo del soggetto ruota intorno al "postulato fondamentale" che sta all'origine del delirio. Quando il paziente esprime la tematica delirante, lo fa in genere con grande partecipazione affettiva, non esente da una certa grandiosità. Se contraddetto, il soggetto ribadisce le proprie convinzioni; se contraddetto ripetutamente si chiude in se stesso o diventa disforico (rabbioso e aggressivo), rimanendo comunque indifferente a qualsiasi argomentazione. Il soggetto, in genere, non presenta gravi alterazioni del funzionamento sociale o lavorativo, né nella dimensione affettiva, anche se tenderà col tempo a ridurre la vita di relazione, spesso per motivi connessi all'attività delirante.

TIPO DI DELIRI:

- .EROTOMATICO: convinzione delirante che un'altra persona, generalmente di rango superiore, sia innamorata del soggetto.
- .TIPO DI GRANDEZZA: convinzione delirante del soggetto di avere un esagerato valore, potere, conoscenze, o una speciale identità, o una speciale relazione con una divinità o con una persona famosa.

- .TIPO DI GELOSIA: convinzione delirante del soggetto che il proprio partner sessuale sia infedele.
- .TIPO DI PERSECUZIONE: convinzione delirante del soggetto di essere in qualche modo trattato male (lui stesso o qualche persona intima).

DISTURBI DELL'UMORE

DEPRESSIONE

È caratterizzato dalla comparsa di uno più episodi depressivi maggiori, in assenza di episodi maniacali, ipomaniacali o misti. Colpisce le donne con frequenza doppia rispetto agli uomini, e tende ad avere esordio tardivo, a partire dalla quarta decade di vita. L'aspetto clinico predominante è rappresentato dalla deflessione del tono dell'umore, che però in una minoranza di pazienti non è molto evidente, ed è sostituito da ritiro sociale e riduzione completa delle attività. I pazienti si sentono spesso tristi, inutili, incapaci, e questi sentimenti permangono dominanti per lunghi periodi. Il paziente sente di non avere l'energia necessaria per portare a termine i propri compiti. Sono frequenti i disturbi del sonno. La mimica, la motilità, la gestualità e l'espressività sono notevolmente diminuiti, come pure la produzione verbale. A volte è presente difficoltà di concentrazione: il pensiero è vissuto come rallentato e faticoso, e il paziente ha la sensazione di non ricordare facilmente le cose. Il contenuto del pensiero è caratterizzato da una percezione negativa del mondo e di sé. La visione del mondo è improntata a pessimismo a volte catastrofico, che può arrivare fino a vere e proprie esperienze deliranti, sempre però congrue al tono dell'umore. Il paziente è spesso schiacciato da sensi di colpa e di perdita, mentre pervasive sono le idee di morte, legate o meno al pensiero del suicidio.

DISTURBO BIPOLARE

Il disturbo bipolare richiede, per la diagnosi, la presenza di episodi maniacali o ipomaniacali oltre che episodi depressivi. Nell'episodio maniacale il comportamento è caratterizzato da vari eccessi: abuso di alcol, iperattività, ipersessualità, prodigalità e sperpero di grandi somme, coinvolgimento in progetti grandiosi senza competenza, comportamento molesti. Il paziente non riesce a porvi un limite. L'attività è, almeno al principio, finalistica, ma molto incrementata; risulta spesso improduttiva per la difficoltà a concentrarsi e la forte distraibilità. Può arrivare a comportamenti del tutto disorganizzati e a uno stato di agitazione psicomotoria. Il bisogno di sonno è diminuito o assente. Il soggetto può arrivare a esplosioni di aggressività verso altre persone o oggetti, specie se limitato o contraddetto. Nello stato maniacale o ipomaniacale, il soggetto appare iperattivo, affaccendato o agitato. L'eloquio è accelerato e irrefrenabile, passando rapidamente da un soggetto all'altro, secondo nessi associativi labili, che il paziente sente di non riuscire a seguire (fuga delle idee). Possono essere presenti allucinazioni uditive. L'umore è euforico, con eccessi di entusiasmo, tendenza allo scherzo e al gioco di parole senza capacità di osservare le convenzioni sociali. Può avere rapidi viraggi verso la disforia e l'aggressività. Il soggetto sente in genere benessere soggettivo, e la critica e coscienza di malattia sono assenti. L'ideazione è grandiosa e non criticata e può arrivare

ATTACCHI DI PANICO E AGORAFOBIA

L'attacco di panico è una crisi d'ansia molto intensa che insorge senza preavviso, raggiunge in pochi minuti il picco di massima intensità, e si esaurisce in genere in circa mezz'ora. Sono sempre presenti forti sintomi somatici (tachicardia, sudorazione, vertigini, dispnea, tremori, dolore al petto, ecc.), e un'intensa reazione d'allarme del soggetto, che è dominato dalla paura di morire, di impazzire, o comunque di perdere il controllo. Nonostante l'attacco di panico si risolva spontaneamente in breve tempo, il soggetto che lo ha sperimentato mantiene nei periodi intercritici una preoccupazione che l'attacco possa ripetersi e interferire con le sue attività (ansia anticipatoria). Quest'ultima può spesso essere più invalidante degli attacchi di panico in sé. Il disturbo da attacchi di panico, o disturbo di panico, è caratterizzato dal ripetersi di attacchi di panico per un periodo di almeno un mese, accompagnati dalle tipiche preoccupazioni intercritiche. In una gran parte dei casi, il disturbo si presenta accompagnato da agorafobia, cioè ansia relativa alla previsione fobica di non poter essere aiutati o non potersi allontanare dai luoghi in cui si potrebbero verificare attacchi di panico. In genere si tratta di spazi aperti ampi, oppure di luoghi affollati (da cui il nome del disturbo, letteralmente "paura delle piazze").

DECORSO E TRATTAMENTO Alcuni pazienti mostrano la tendenza a utilizzare sostanze (alcol, droghe, benzodiazepine) in un tentativo autoterapeutico che rischia però di produrre dipendenza. Nonostante la tendenziale cronicità, il disturbo di panico risponde piuttosto bene alle terapie.

DIAGNOSI è disturbo di panico con agorafobia (attacchi di panico lievi, agorafobia grave). Gli episodi ansiosi accompagnati da forti sintomi neurovegetativi, con ansia anticipatoria sono caratteristici dell'attacco di panico. In questo caso, si somma agorafobia, indicata dalla difficoltà e poi impossibilità di affrontare spazi aperti da solo. Anche il deterioramento sociale contribuisce alla diagnosi. Sia i caratteri degli attacchi, sia l'appoggiarsi alla moglie sono tipici del disturbo.

ALTRE FOBIE

La paura, costante e immotivata (o almeno eccessiva) di oggetti, animali o situazioni specifiche. Il soggetto riconosce l'irragionevolezza della paura, ma non riesce a non provarla ogni volta che si trova a contatto con lo stimolo fobico. A volte è sufficiente anche il solo pensiero del tema fobico per suscitare la reazione d'ansia. Si definisce invece fobia sociale una paura intensa e irrazionale di situazioni sociali in cui l'individuo è esposto allo sguardo e al giudizio degli altri.

DISTURBO OSSESSIVO COMPULSIVO

Il disturbo ossessivo-compulsivo è definito da due sintomi fondamentali:

- **OSSESSIONI:** intrusione nella coscienza di pensieri, timori, idee, vissuti come estranei alla mente del soggetto, indesiderati e spesso potenzialmente minacciosi, e che per questo generano ansia;
- **COMPULSIONI:** comportamenti veri e propri o azioni mentali messi in atto o per rispondere immediatamente a un impulso sentito come incoercibile, o per diminuire l'ansia generata dai pensieri ossessivi.

Le ossessioni entrano nella mente del paziente contro la sua volontà, in modo improprio o eccessivo (incoercibilità dell'ossessione), tendono a rimanervi (persistenza dell'ossessione), ma sono allo stesso tempo rifiutate come assurde, irragionevoli o inopportune. I contenuti più frequenti delle ossessioni sono:

- dubbi sulle attività quotidiane (aver chiuso il gas, la porta, ecc.)
- dubbi di vario genere, specie su temi filosofici o esistenziali (“follia del dubbio”)
- timori di contaminazione e sporcizia (ossessione della pulizia)
- tendenza all'ordine e alla simmetria, spesso così accentuata da essere impossibile da soddisfare
- ossessioni di calcolo
- impulsi aggressivi o sessuali (paura di poter ferire o uccidere, bestemmiare, molestare sessualmente, ecc.); solo in casi eccezionali il soggetto cede agli impulsi

Le compulsioni sono azioni che hanno il fine di diminuire la tensione generata dall'ansia. Per quanto siano momentaneamente efficaci, ben presto la rassicurazione scompare, e ciò porta a ripeterle di continuo. Possono consistere di atti semplici (lavarsi le mani, controllare il gas o la porta, ecc.), ma anche complicarsi fino a trasformarsi in rituali complessi che a volte coinvolgono anche altre persone, specie membri della famiglia. Se il rituale non è compiuto secondo le “regole”, il soggetto si sente obbligato a ricominciare dall'inizio. La terapia farmacologica ha effetto in genere buono dal punto di vista dell'alleviamento dei sintomi, anche se non sempre l'effetto si mantiene a lungo termine.

ALTRI DISTURBI D'ANSIA Ansia generalizzata

Il disturbo d'ansia generalizzato è caratterizzato da uno stato ansioso acuto e pervasivo, che non abbandona il soggetto per almeno sei mesi. Il paziente appare irrequieto, insicuro, indeciso per la maggior parte del proprio tempo, riposa male e tende a vivere ogni evento con apprensione molto marcata, con ansia per il futuro e difficoltà a vivere il momento presente. Anche i ricordi sono visti con un senso di rammarico e smarrimento (ansia per il passato). Il soggetto è irritabile e in stato di ipervigilanza, con emotività eccessiva. In genere, il deterioramento sociale e lavorativo è significativo.

DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE

I disturbi del comportamento alimentare (DCA) sono patologie psicosomatiche caratterizzate da una profonda alterazione di tutte le dinamiche legate all'alimentazione. Il decorso e il grado di gravità sono difficilmente prevedibili. Sono inoltre disturbi influenzati da una molteplicità di fattori: biologici, fisici, psicologici, familiari, sociali e culturali, che si intrecciano strettamente, e li rendono i disturbi biopsicosociali per eccellenza in psichiatria.

Le caratteristiche che sono comuni a tutti i pazienti che soffrono di un Disturbo del comportamento alimentare si possono così sintetizzare:

- **perfezionismo estremo**
- **autostima cronicamente bassa**
- **intolleranza alle emozioni dolorose**
- **difficoltà interpersonali**

ANORESSIA MENTALE

Clinicamente, l'anoressia in genere esordisce con una preoccupazione anomala per il peso, accompagnata da paura di ingrassare, che conduce più o meno rapidamente a una significativa perdita di peso. La perdita di peso si realizza attraverso diete molto strette e incremento dell'esercizio fisico (condotte restrittive). Spesso, però, tali condotte non sono sufficienti a mantenere il peso desiderato dal soggetto (che tende a essere sempre più basso). Il soggetto inizia allora a utilizzare forme compensatorie, come vomito autoindotto oppure uso di lassativi o diuretici (condotte di eliminazione). Nei soggetti di sesso femminile si ha amenorrea. Il soggetto anoressico difende in genere le proprie condotte come scelte esistenziali, e rifiuta di considerare troppo basso il proprio peso. Nei soggetti con anoressia mentale si manifesta una complessa serie di caratteristiche, che possiamo distinguere come psicologiche, emotive, interpersonali e sociali, comportamentali e fisiche. Fra le caratteristiche psicologiche, ricordiamo la distorsione dell'immagine corporea (percezione di grassezza contro l'evidenza) Fra quelle emotive, le più importanti sono la bassa autostima, lo scarso senso di efficacia, l'abbassamento cronico del tono dell'umore e il costante, intenso timore di aumento ponderale. Fra le caratteristiche interpersonali e sociali consideriamo l'estrema attenzione alla performance scolastica, il tendenziale ritiro sociale e le relazioni familiari problematiche. Fra le caratteristiche comportamentali vanno considerate: eccesso di esercizio fisico, segretezza riguardo ai pasti e all'esercizio fisico, possibilità di comportamenti autolesivi e abuso di sostanze. Le caratteristiche fisiche devono essere valutate con molta attenzione. Comprendono: rilevante perdita di peso, disturbi endocrini (es. amenorrea), sintomi da digiuno (rallentamento metabolico, bradicardia, ipotensione, ipotermia), crescita di lanugine sul corpo, alterazioni elettrolitiche, ridotta funzione del sistema immunitario, osteoporosi precoce, disturbi circolatori, cefalea da malnutrizione.

DECORSO E TRATTAMENTO L'età di esordio dell'anoressia mentale è in genere compresa fra i 12 e i 20 anni, con due picchi in corrispondenza dei 14 e 18 anni. Sono però di sempre più frequente riscontro i casi di esordio tardivo, spesso legati a eventi di vita quali separazioni, lutti, difficoltà lavorative, ecc.). Il decorso è molto variabile. Il trattamento dell'anoressia mentale, date le caratteristiche della patologia, non può che essere un trattamento multimodale e integrato, in cui si utilizzino i mezzi della medicina e della psicoterapia.

BULIMIA

Le sue caratteristiche di base sono da un lato le frequentissime abbuffate, con fame insaziabile, seguite poi da metodi compensatori (restrittivi o eliminatori) per prevenire l'aumento di peso: come la paziente anoressica, anche quella bulimica mette gran parte della propria autostima nel peso e nel corpo; a differenza di essa, la bulimica sostanzialmente non raggiunge il proprio obiettivo, non riesce a reprimere l'impulso di fame, e per questo prova senso di fallimento e perdita di autostima. Anche la bulimia, come l'anoressia, ha alcune caratteristiche specifiche. Tra quelle psicologiche possiamo distinguere: la percezione di perdita di controllo, che conduce a un senso profondo di

vergogna e ad un senso di disprezzo di sé. Più in generale, sono presenti – come già osservato – problemi di autostima, che nella paziente bulimica sono evidenti, e connessi al profondo sentimento di mancanza di controllo.

DOPPIA DIAGNOSI

Negli ultimi vent'anni il riferimento alla doppia diagnosi (dual diagnosis) è stato comunemente impiegato per indicare il concetto generico di "disturbo correlato a sostanze" sovrapposto ad altri disturbi psichiatrici. Si definisce pertanto doppia diagnosi la presenza in uno stesso soggetto di una dipendenza da sostanze e di un altro disturbo di salute mentale.

PERSONALITÀ E SUOI DISTURBI

La psichiatria si occupa di personalità solo quando alcuni tratti personologici acquistano una rigidità tale da diventare poco adattivi, e compromettono in modo significativo la vita personale e di relazione del soggetto, scostandosi da quanto osservabile nella maggioranza della popolazione. Per definizione, i disturbi di personalità tendono a mantenersi stabili nel tempo .

IL DISTURBO PARANOIDE si caratterizza per sospettosità e sfiducia nei confronti delle altre persone, accompagnati da irritabilità marcata e ostilità.

IL DISTURBO SCHIZOIDE di personalità si caratterizza per uno stile di vita improntato all'isolamento e alla solitudine, con un marcato distacco dalle relazioni interpersonali e una capacità molto limitata di esprimere le emozioni. Vivono in generale una vita "normale" isolata con attività che non prevedono coinvolgimento vivono soprattutto in un mondo fantastico.

SCHIZOTIPICO stile simile alla schizofrenia, caratterizzato da strambezze in tutte le aree della vita e da pensiero magico e superstizioso.

DISTURBO ANTISOCIALE di personalità sono quelli che erano in passato definiti "psicopatici". Mostrano una prevalenza altissima di atti contro le norme sociali e legali: furti, truffe, menzogne, abusi, promiscuità, violenza e comportamenti impulsivi, che emergono all'anamnesi come all'osservazione diretta. Non sembrano in grado di sviluppare alcun tipo di responsabilità o attendibilità. I soggetti sono freddi e tendenzialmente anaffettivi, non si pentono degli atti commessi né sembrano in grado di imparare a non commetterne altri, anche se si mostrano razionali e a volte intelligenti e gradevoli.

DISTURBO NARCISISTICO di personalità si caratterizza per un'eccessiva preoccupazione riguardo alla propria autostima, compensata da grandiosità ed eccessiva ricerca d'importanza. Quello che rende l'eccessivo narcisismo un vero e proprio disturbo sono le aspettative eccessive verso gli altri, da cui il soggetto si attende ammirazione e riconoscimento di superiorità. I soggetti si sentono "speciali" e cercano la compagnia di persone a loro volta considerate tali, disprezzando le persone ordinarie. Provano spesso

invidia e si sentono oggetto dell'invidia altrui. L'autostima di base, però, è molto fragile, con difficoltà a tollerare il rifiuto e la perdita, e anche i normali livelli di stress e di difficoltà in ambiente sociale o lavorativo.

IL DISTURBO BORDERLINE è il più rilevante fra tutti i disturbi di personalità, contraddistinto da difficoltà di controllo degli impulsi, instabilità nelle relazioni e nell'immagine di sé, un senso di vuoto interiore cronico e incoercibile, accompagnato però da instabilità emotiva e frequenti attacchi di rabbia intensa e non giustificata dalle circostanze. Questo disturbo è anche quello che oggi impegna maggiormente tutti i servizi psichiatrici, proprio per l'instabilità e la distruttività dei pazienti, che rende difficile il mantenimento dell'alleanza terapeutica e dei programmi di trattamento. Si può dire che il soggetto con disturbo borderline sia costantemente in crisi, con un senso cronico di vuoto e di noia cui si sovrappone un ricco insieme di sintomi impulsivi con correlati cognitivi e affettivi, senza però mai arrivare all'espressività psicotica o a un disturbo dell'umore. Tutte le aree del funzionamento interpersonale e anche l'immagine di sé ne sono interessate.

IL DISTURBO EVITANTE di personalità si distingue per la sensibilità al rifiuto e al giudizio altrui, e contemporaneamente per il desiderio di intimità. I soggetti sono in generale timidi, e conducono vita ritirata per un'eccessiva preoccupazione per l'accettazione e il timore del rifiuto. La persona si mostra timorosa e ansiosa, ipersensibile, poco assertiva e fiduciosa in se stessa. L'evitamento può consistere sia nel limitare al minimo il contatto con gli altri, sia nell'evitare di esporsi, per esempio con mutismo. In genere non brillano sul lavoro, e preferiscono mansioni in cui sono poco esposti al pubblico. È anche possibile che la timidezza e la fragilità porti al guadagno secondario di ottenere la protezione e l'accudimento da parte delle persone più vicine.

IL DISTURBO DIPENDENTE di personalità tendono a subordinare le loro necessità a quelle degli altri, cui delegano le responsabilità per scelte anche importanti nella loro vita. La scarsa fiducia che hanno in se stessi li porta a non tollerare la solitudine, anche transitoria. Il tratto che emerge con maggiore evidenza è la difficoltà, a volte incapacità, a prendere decisioni per proprio conto, il che porta i soggetti a evitare ogni ruolo che presupponga responsabilità, e a tollerare relazioni di sottomissione anche con soprusi o abusi nei loro confronti. Esprimono poco o nulla il disaccordo, per mantenere l'approvazione dell'altro. Tendenzialmente passivi, se si conclude un rapporto ne cercano immediatamente un altro che prenda il suo posto.

DISTURBO OSSESSIVO-COMPULSIVO di personalità è caratterizzato da perfezionismo estremo, tendenza all'ordine. I soggetti sono amanti dell'ordine e appaiono freddi: sono riluttanti alle emozioni che sentono di non riuscire a controllare, cui oppongono una rigorosa razionalità. Hanno difficoltà con i cambiamenti e le deviazioni dalle routine quotidiane. Dal punto di vista sociale, hanno pochi amici e tendono all'avarizia. Nel lavoro sono perfezionisti e tendono a privilegiarlo allo svago.

(Si ringrazia il Dr. Bertrando Paolo per il materiale fornito per l'approfondimento dei disturbi mentali)

CENNI DI STORIA

Il periodo pre-manicomiale

Dal 200 d.C. al 1300 "Magia ed esorcismo": La scuola medica di Galeno spiega il disturbo mentale come uno "squilibrio umorale". A questa si contrappone la spiegazione magica che collega il disturbo mentale a contatti con oggetti o animali o a congiunzioni astrali. Si fa strada anche la spiegazione religiosa per la quale colui che manifesta disturbi psichici è un indemoniato, un posseduto da spiriti maligni.

1400-1500 "Il Rogo dei folli": In questa fase prevale la spiegazione religiosa della follia, sentita come possessione demoniaca, segno della maledizione e del peccato, la cui purificazione richiede sempre più spesso il ricorso a pratiche di tortura e al rogo. All'idea di follia comincia ad associarsi quella di pericolosità, tanto da prendere piede l'intolleranza verso il soggetto affetto da disturbi mentali. In questo periodo centinaia di migliaia di "streghe" e "maghi" (e tra loro molti pazienti psichiatrici) furono bruciati vivi sulle pubbliche piazze.

1600-1700 "La segregazione": il destino del folle si confonde con quello del povero e del criminale, la sua figura è vissuta come una minaccia alla quiete pubblica e all'ordine costituito. Le autorità preposte all'ordine pubblico dispongono adesso, non solo di carceri, ma anche di luoghi di ricovero più o meno coatto (istituti di segregazione), a metà tra l'ospizio e il carcere, dove si riceve assistenza ma anche punizioni e contenzione.

Il periodo manicomiale

Il centro era il manicomio.

Il direttore, il medico di reparto, le suore, gli infermieri, il piantone con le chiavi.

Sì le chiavi del regno degli esclusi.

E la camerata. E dormire presto. Dopo aver cenato. Alle cinque del pomeriggio.

E poi il vuoto. Un luogo senza tempo.

Ed i luridi, gli agitati. E i collaboranti (quartiglieri?) e l'infermeria.

L'ergoterapia. Per far faticare il paziente. Gli fa bene. E' occupato. Per una sigaretta.

Per poter mangiare, qualcosa, insieme ai cucinieri.

E la giacca blu. Pesante sia d'inverno che d'estate. Perché i pazienti sporcano.

E i corridoi, lunghi, bui. Puzzolenti. E la pompa con l'acqua fredda. E il cesso.

Alla turca. Una caserma piena di anime vaganti. Verso la cucina, la lavanderia, l'uscita.

E la conta. La conta nel reparto. E dove si è cacciato quello lì. . . .

E il parlatorio. Domani c'è il parlatorio. Mi vengono a trovare. E se mi comporto bene, vado a casa. Per un giorno. Per la festa di S. .Gennaro. È il mio onomastico. Me l'hanno promesso

...il superiore.

Superiore? A chi? A che cosa? Per cosa?

E la terapia. La pillola blu. Quella rosa. Agitato. Aggressivo. Incoerente. Insonne.

Abulica. Malinconica. Continua terapia. Nuovo ciclo di 15 sedute elettroshock.

E chissà mio fratello che cosa sta facendo ora, e mio marito, sta ancora a casa. E mio padre perché non viene più a fare il parlatorio? E' partito? Sta male? E Sivori gioca ancora nel Napoli? Che confusione tengo int'sta capa...

E ti scrivo: cara mamma... E quando mi riporti a casa? Non ce la faccio più a stare qui dentro.

(tratto da Emilio Lupo –segretario nazionale di “psichiatria democratica” Napoli)

1800 “la nascita del manicomio”: Vengono chiusi gli istituti di segregazione e riprende a diffondersi la spiegazione della follia in termini di malattia. La condizione del folle comincia a venire distinta da quella del povero e del criminale e si pensa a un trattamento in termini esclusivamente medici. Così il manicomio diventa il luogo di cura dei malati, dove la cura coincide con l'obiettivo del controllo dei malati.

In questo periodo le malattie mentali sono considerate malattie del cervello dovute a lesioni. Il paziente viene allontanato dal suo ambiente e dalla sua famiglia, che è “sollevata” dal compito di occuparsi di lui; alla famiglia si chiede di accettare il fatto che il paziente sia affetto da una malattia in guaribile che lo rende “demente”.

1900-1950 “Elettroshock”: L'istituzione manicomiale si perfeziona e in questo modo reclude e isola sempre più tenacemente, oltre ai pazienti, anche se stessa: si specializza nella funzione sociale di contenitore della follia, ma viene meno ad ogni effettivo programma di cura e di riabilitazione. Verso gli anni '30 iniziano a diffondersi le terapie di shock basate sull'ipotesi che un trauma elettrico, febbrile, ipoglicemico, ecc., opportunamente indotto, avesse virtù terapeutiche. Si diffonde così la pratica dell'elettroshock ancora oggi sporadicamente praticato.

“L'introduzione degli psicofarmaci”: l'uso degli psicofarmaci e l'evidenza degli effetti positivi che hanno su alcuni sintomi delle malattie mentali ha fatto ripensare ad una origine puramente biologica della malattia mentale. Se le malattie mentali sono concepite solo come una disfunzione dei neurotrasmettitori si rischia di affidare ai farmaci un ruolo eccessivo e si immobilizzano gli operatori nel ruolo di “distributori” di pillole.

1950 “La nuova psichiatria e le teorie sistemiche-familiari

Alcuni studiosi “scoprono” che i rapporti umani si basano sulla comunicazione, sul linguaggio e su una serie di dinamiche ed equilibri molto complessi. Queste teorie sostengono che la malattia mentale sia in qualche modo causata dal tipo di comunicazione familiare e legata a “traumi” psicologici, cioè avvenimenti capitati durante l'infanzia. La cura del disturbo mentale prevede quindi la presa in carico di tutta la famiglia. Gli studiosi sostengono anche che tra la follia e la normalità ci sia solo una differenza di grado cioè quantitativa: infatti può capitare a chiunque, nel corso della vita, di ammalarsi di un disturbo mentale, ma quello che fa la differenza è “la quantità” di disturbo.

La situazione italiana e la legge 180

Le leggi più significative che hanno regolato la psichiatria italiana sono:

1) **LEGGE 36 del 1904** che regolava e consolidava l'aspetto giuridico e scientifico del manicomio come luogo pressoché esclusivo per il trattamento dei disturbi mentali. La figura del paziente psichiatrico era sostanzialmente quella di un carcerato. Si veniva ricoverati in quanto persone pericolose e di pubblico scandalo.

2) **LEGGE 431 del 1968**, il legislatore italiano si mostrò sensibile alle esigenze di una revisione della concezione della malattia mentale e dei suoi modi di cura. Con questa legge iniziò in Italia il sistema di assistenza territoriale, tuttavia questa innovazione costituisce ancora una fase di passaggio.

3) **LEGGE 180 del 1978**, detta anche **LEGGE BASAGLIA** in quanto questa legge è la conseguenza del lavoro tenace dello psichiatra **Franco Basaglia**. La legge 180 sancisce la fine del manicomio e impone il ribaltamento della logica su cui si deve fondare l'assistenza psichiatrica. Alla soppressione degli ospedali psichiatrici si accompagna un profondo cambiamento: l'attenzione non è più rivolta a proteggere la società dal folle. La logica su cui si fonda è la malattia o meglio il trattamento della malattia e la necessità di dare risposte attraverso servizi adeguati. Viene così meno il concetto di pericolosità su cui si era costituito fino ad allora il paradigma dell'intervento. Le linee generali della legge erano ben delineate, l'oggetto centrale era nel progetto di chiusura e abolizione degli ospedali psichiatrici. Un altro aspetto importante e complementare era l'istituzione dei reparti psichiatrici negli ospedali generali, ossia i Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC), le cui dimensioni sarebbero dovute essere limitate e che non potevano trattenere a lungo i ricoverati. La necessità eventuale di ricoverare e curare una persona contro la sua volontà era (ed è) regolata da un provvedimento generale che ne sottolineava il carattere di straordinarietà ed indispensabilità. Il **trattamento sanitario obbligatorio** veniva previsto ove esistevano condizioni tali da richiedere urgenti interventi terapeutici non accettati dal paziente. Poteva essere attuato solo per un periodo di 7 giorni rinnovabile, con una procedura che garantisca la dignità della persona. La legge inoltre insisteva su un progetto che in Italia era già avviato da molto tempo: la costruzione su tutto il territorio della rete dei Servizi di Salute Mentale, i cosiddetti Servizi Territoriali.

IL CENTRO DI SALUTE MENTALE

Il Dipartimento di Salute Mentale (DSM)

Dopo la Legge 180, con il superamento del manicomio ed il passaggio ad un'assistenza psichiatrica sul territorio sono stati costituiti i DSM. Per Dipartimento di Salute Mentale si intende un complesso di strutture e di servizi pubblici, tra loro integrati, in grado di accogliere l'intera domanda psichiatrica del territorio di competenza con modelli differenti per ogni regione dello Stato italiano. Le funzioni del DSM sono:

- 1) **PREVENZIONE:** si intendono gli interventi volti a promuovere la salute mentale dei cittadini, attraverso l'informazione e altre iniziative idonee per intervenire precocemente nelle situazioni di disagio;
- 2) **CURA e RIABILITAZIONE**
- 3) **EMERGENZA-URGENZA**

Le strutture del DSM

I CENTRI DI SALUTE MENTALE: si tratta di ambulatori che costituiscono il nucleo centrale del DSM. Qui vengono effettuati i colloqui terapeutici con i pazienti e con i familiari, gli interventi farmacologici e socio-riabilitativi. Dal presidio partono gli operatori per le visite domiciliari e per le consulenze esterne, si autorizzano i ricoveri, vengono stabiliti e coordinati i progetti terapeutici.

I SERVIZI PSICHIATRICI DI DIAGNOSI E CURA (SPDC): sono i reparti psichiatrici che si trovano all'interno degli ospedali generali. Vi si svolgono le attività terapeutiche intensive in regime di ricovero volontario ed in alcuni casi obbligatorio (T.S.O.). Operano in collaborazione con i presidi territoriali e sono in rapporto di consulenza con gli altri reparti ospedalieri.

LE STRUTTURE INTERMEDIE: si tratta di un complesso articolato di luoghi deputati sia alla cura che alla riabilitazione e prevedono sempre una permanenza limitata.

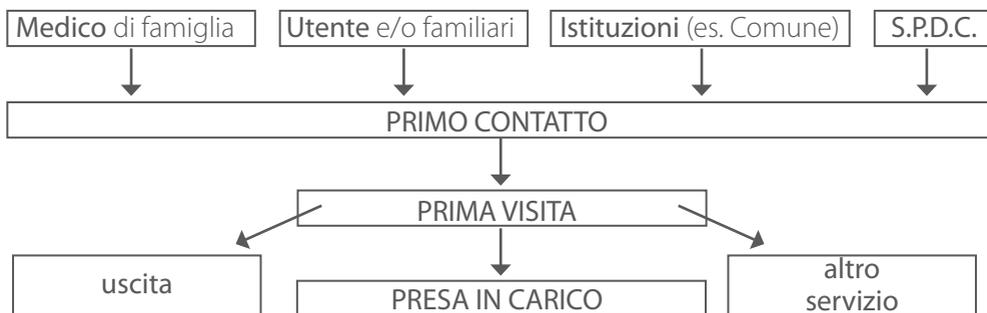
Struttura residenziale con un livello di assistenza continuativa.

Centro diurno con attività terapeutiche e riabilitative in condizioni di semiresidenzialità

Gruppo appartamento: comunità abitativa con assistenza ad alta o bassa intensità in relazione ai progetti individuali dei pazienti.

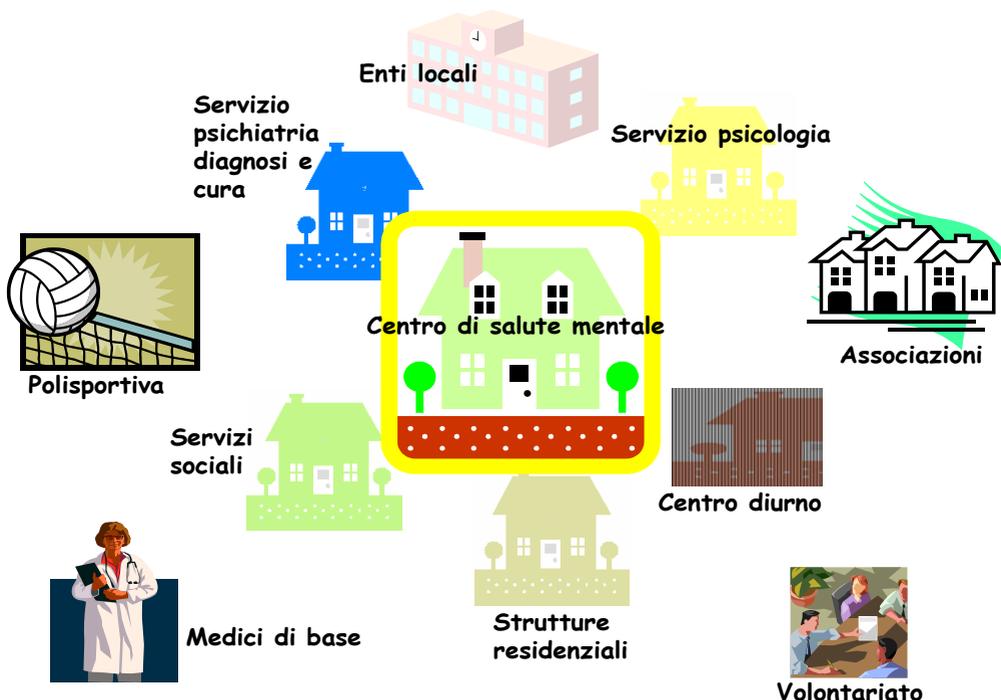
Come si accede al centro di salute mentale della tua zona?

DA UNA RICHIESTA DI:



Per articolare tutte le risposte necessarie, sono indispensabili figure professionali diverse, che operano in stretta collaborazione e costituiscono l'**EQUIPE**. Queste sono: il medico psichiatra, lo psicologo, l'infermiere, l'educatore, l'assistente sociale e l'operatore socio-sanitario.

La presa in carico prevede la costruzione di un progetto terapeutico personalizzato, che si avvale di interventi basati sul modello bio-psico sociale (terapia farmacologica, psicologica, interventi socio-riabilitativi).



“La guarigione è stata un processo di ripresa e trasformazione per me. Io non sono più la stessa persona che ero prima della malattia. La mia follia è stata una specie di fuoco su cui ho camminato, che ho attraversato e da cui sono uscita cambiata. Ci sono stati periodi in cui avrei voluto ripercorrere la mia vita all'indietro, tornare ad essere come ero stata e sentirmi di nuovo me stessa”

“Per me guarire ha significato anche sconfiggere la vergogna e lo stigma interno. Ricordo che, per un certo tempo, ho dedotto il mio grado di benessere dalla minima quantità di farmaci che assumevo e dall'esiguo numero di pazienti psichiatrici che frequentavo. C'è stato, infatti, un periodo in cui ho rifiutato il contatto con persone che avevano una storia psichiatrica. Quando fui stanca di vergognarmi, iniziai a d inserirmi nel movimento degli utenti che erano guariti. Incontrarli mi ha fatto sentire un essere intero e mi ha incoraggiato ad intraprendere la carriera di psicologa clinica nonostante avessi avuto una storia psichiatrica. Se il mondo non riusciva a concepire che le mie due identità potevano coesistere, era un problema del mondo, non mio. Non spettava a me preoccuparmi di far sentire gli altri a loro agio. E cosa più importante, non ero sola. Rifiutare lo stigma interno e imparare a non provare vergogna è stato un passaggio fondamentale nel mio processo di guarigione. Ho dovuto però prendere atto che alla fine di tale processo la mia identità presentava una vulnerabilità. È con la mia vulnerabilità che faccio i conti tutti i giorni, anche se non sono convinta di avere una malattia mentale residuale.”

Tratto da “Testimonianze” di P. Deegan, psicologa e ricercatrice,
alla quale fu diagnosticata la schizofrenia in adolescenza

ALTRI SERVIZI PER LA TUTELA DEL BENESSERE MENTALE

In ogni Azienda Sanitaria, oltre ai Dipartimenti di Salute Mentale, esistono altri servizi pubblici che si occupano della salute mentale collegata a specifiche forme di disagio o a specifiche fasce di età:

II SERVIZIO MATERNO INFANTILE: comprende i consultori familiari, il servizio psico-sociale e dell'età evolutiva, il servizio di neuropsichiatria infantile, ha come obiettivi principali la tutela e la promozione della salute psico-fisica dei minori, della donna, della coppia.

II SERVIZIO PER LE DIPENDENZE: si occupa della cura e della riabilitazione dei soggetti che fanno uso di sostanze tossiche come eroina, morfina, alcol, tabacco, cannabis ecc. e dipendenze comportamentali quali il gioco d'azzardo.

II SERVIZIO HANDICAP ADULTI: si occupa dell'assistenza socio-sanitaria, dell'organizzazione dei soggiorni estivi, del tempo libero degli adulti con handicap fisici e psichici.

Tali servizi (o comunque le funzioni da loro svolte) possono essere autonomi o far parte del DSM, a seconda della regione dove sono collocati.

Inoltre...

Riteniamo utile sottolineare l'esistenza di gruppi di cittadini e di utenti che si organizzano specificatamente intorno ai problemi della sofferenza mentale. Queste forme spontanee di assistenza e di solidarietà, costituiscono una risorsa importante che si integra alle risposte pubbliche. Ecco le più significative:

Gruppi di Familiari e di Utenti che, coinvolti direttamente nel problema psichiatrico, scambiano le proprie esperienze configurandosi come gruppi di auto-aiuto. Spesso si strutturano in associazioni, cercano di affrontare a livello politico e amministrativo le difficoltà dovute alle insufficienti risorse destinate al settore psichiatrico; in qualche caso gestiscono direttamente alcune strutture e servizi. Sul piano dell'assistenza ai singoli pazienti, questi gruppi possono diventare veri e propri interlocutori quando non si ottiene alcuna risposta né dagli operatori del DSM, né dagli organi della ASL.

Gruppi e Associazioni di Volontariato religioso e laico, caratterizzati da una forte solidarietà sociale verso forme anche estreme di emarginazione di persone bisognose di assistenza e di cure, tra le quali anche pazienti psichiatrici.

Cooperative Sociali composte da figure professionali che talvolta si avvalgono anche dell'opera dei pazienti; sono finalizzate alla gestione delle strutture intermedie ed al reinserimento lavorativo e psico-sociale.

NUMERI UTILI

CSM (CENTRI DI SALUTE MENTALI)

Azienda USL Toscana centro ambito territoriale fiorentino

ZONA FIRENZE:

Quartiere 1 CSM Lungarno S. Rosa 13 tel 0556935505

Quartiere 2 CSM Villino Borghi Via Lorenzo il Magnifico 100 tel. 0556934409

Quartiere 3 CSM Ospedale Palagi V.Le Michelangelo 41 tel. 0556937468/7460

Quartiere 4 CSM Lungarno Santa Rosa 13 tel. 0556937470

Quartiere 5 CSM Via Fanfani 15 tel. 0556939350

ZONA NORD-OVEST:

Campi Bisenzio CSM Via Rossini 2 tel. 0556930861

Scandicci CSM Via Vivaldi tel. 0556930660

Sesto Fiorentino CSM Via Monteverdi 35 tel. 055693011

ZONA SUD-EST:

Grassina CSM Via Brodolini 6 tel. 0556939001

Pontassieve CSM Via Tanzini 23 tel. 0558314641

San Casciano CSM Via Roma 33 tel. 0558290328

Figline Valdarno CSM Via G. Da Verrazzano tel. 0559508405

ZONA MUGELLO:

Borgo San Lorenzo CSM V.le della Resistenza 17/19 tel 0558451542

CENTRI CONSULENZA GIOVANI

Coordinamento centri consulenza giovani

presso Distretto Socio Sanitario Firenze, Via D'Annunzio 29

Tel. 0556934585/6

BIBLIOGRAFIA E FILM CONSIGLIATI

Testi letterari che stimolano significative riflessioni sulle varie espressioni del disagio

- IL MONDO INCANTATO - B. BETTELHEIM - Ed. Feltrinelli
ISTRUZIONI PER RENDERSI INFELICI – P. Watzlawick – Ed. Feltrinelli
L'IDIOTA – F. Dostojewsky – Ed. Einaudi
IL LUPO DELLA STEPPA – H. Hesse – Ed. Mondadori
L'ALIENISTA – Machado de Assis – Ed. Franco Maria Ricci
FUOCO FATUO – Drieu La Rochelle – Ed. Guanda
IL REGNO DI MATTO – F. Glauser - Ed. Sellerio
IL MALATO IMMAGINARIO – Molière – Ed. Einaudi
COSÌ È SE VI PARE – L. Pirandello – Ed. Mondadori
UNO, NESSUNO, CENTOMILA - L. Pirandello – Ed. Mondadori
LA SIGNORINA ELSE – Schnitzler
FUGA NELLE TENEBRE - Schnitzler
LA MORTE DI IVAN ILIC – L. Tolstoj – Ed. Rizzoli
AMLETO. RE LEAR – W. Shakespeare – Ed. Garzanti
LA CORSIA NUMERO 6 ED ALTRI RACCONTI – A. Cechov – Ed. Morano
I SETTE CLAN – F. K. Dick – Ed. Sellerio
IL SOLE NON E' PER NOI – L. Malet – Ed. Fazzi
NODO ALLE BUDELLA - L. Malet – Ed. Fazzi
UNA VITA VIOLENTA – P. P. Pisolini – Ed. Garzanti
IL VISCONTE DIMEZZATO – I. Calvino – Ed. Einaudi
IL CAVALIERE INESISTENTE – I. Calvino – Ed. Einaudi
IL DIARIO DI UN PAZZO – N. Gogol – Ed. Einaudi
VERONIKA DECIDE DI MORIRE – P. Coelho - 1998 Ed. Bombiani
FOLLIA – McG. Patrick – 1998 Ed Adelphi
EDUCAZIONE DI UNA CANAGLIA – E. Bunker – 2002 Ed. Einaudi
L'UOMO CHE NON POTEVA MORIRE – F. Timothy – 2004 Ed. Neri Pozza
NON BUTTIAMOCI GIÙ – N. Hornby – 2005 Ed. Guanda
MIO PADRE E' UN CHICCO DI GRANO – L. De Vita – 2006 Ed. Nutrimenti
IL SEGRETO DI AMBLER – L. Robert - 2007 Ed. Rizzoli
UN GIORNO PERFETTO – Melania Gaia Mazzucco – 2008 Ed. Rizzoli
LO STRANO CASO DEL CANE UCCISO A MEZZANOTTE - Mark Haddon – 2003 Ed. Einaudi

Film utili per suscitare un dibattito sul tema

- MORGAN MATTO DA LEGARE, Karel Reiz, U.S.A., 1966
PERSONA, Ingmar Bergam, Svezia, 1967
DIARIO DI UNA SCHIZOFRENICA, Nelo Risi, Italia, 1968
HARILD & MAIDE, H. Ashby, 1971
UNA MOGLIE, Jhon Cassavetes, U.S.A., 1974
FAMILY LIFE, Loach Kennet, G. Bretagna, 1974
QUALCUNO VOLÒ SUL NIDO DEL CUCULO, M. Forman, U.S.A., 1975
TAXI DRIVER, M. Scorsese, 1976

UNA VITA DA CANI, Mel Brooks, 1978
FRANCES, Clifford, U.S.A, 1982
BETTY BLUE, J. J. Beineix, 1986
IRONWEED, H.Babenco,1987
RAIN MAN, Bary Lewinson, U.S.A, 1988
È STATA VIA, Peter Hall, G.Bretagna, 1989
UN ANGELO ALLA MIA TAVOLA, Jane campio, N.Zelanda, 1990
LANTERNE ROSSE, Yi Mow Zhreg, Cina, 1991
DOPPIA PERSONALITÀ, B. De Palma, 1992
IL GRANDE COCOMERO, Francesca Archibugi, Italia 1993
MR. JONES, Mike Figgis, USA 1993
SENZA PELLE, Alessandro D'Alatri, 1994
SHINE, S. Hicks, 1996
QUALCOSA È CAMBIATO, James L. Brooks, U.S.A., 1997
RAGAZZE INTERROTTE, J. Mangold, 1999
REQUIEM FOR A DREAM, D. Aronofsky, 2000
GRAZIE PER LA CIOCCOLATA, C.Chabrol , 2000
LA SECONDA OMBRA, S. Agosti ,Italia 2000
A BEAUTIFUL MIND, Ron Howard, U.S.A.,2001
MI CHIAMO SAM, J. Nelson, 2001
SPIDER, David Cronenberg, Canada 2002
PRENDIMI L'ANIMA, Roberto Faenza, Italia, 2002
LA CASA DEI MATTI, A. Koncholovsky, 2002
UN'ORA SOLA TI VORREI, A. Marrazzi, 2002
MAGDALENE (The Magdalen sister), Peter Mullan , Irlanda 2002
LA MIA VITA SENZA ME, I. Coixet, 2003
LA MEGLIO GIOVENTÙ, Marco Tullio Giordana , 2003
CONFIDENZE TROPPO INTIME, Patrice Le conte , Francia 2004
BIG FISH, IL CAMBIAMENTO, Tim Burton , USA 2004
STAY, NEL ALBIRINTO DELLA MENTE, M. Forster, 2005
I GIORNI DELL'ABBANDONO, R. Faenza, 2005
LA BESTIA NEL CUORE, C. Comencini, 2005
PRIME, Ben Younger, USA 2005
HANS, Louis Nero ,Italia 2005
IL PAPÀ DI GIOVANNA, P. Avati, 2008
THE WEATHER MAN, Gore Verbinski , USA 2006
4 MINUTI, Chris Kraus ,Germania 2006
PIANO, SOLO, R. Milani, 2007
SI PUÒ FARE, G. Manfredonia, 2008
SHUTTER ISLAND, M. Scorsese, 2009
LA PECORA NERA, Ascanio Celestini , 2010
TOC TOC, Vicente Villanueva, Spagna 2017
LA PAZZA GIOIA, P. Virzi, Italia 2016
IVO IL TARDIVO, A. Benvenuti, 1995
IL LATO POSITIVO, D.O. Russell, 2013
DUE GIORNI, UNA NOTTE, J.P. Dardenne, 2014



*“È più facile disintegrare un
atomo che un pregiudizio”*

A. Einstein

CENTRO DI SALUTE MENTALE
GRASSINA
Bagno a Ripoli (FI)
Via G. Brodolini 6
Tel. 055 6939001