



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea in:
Educazione Professionale

SCHIZOFRENIA E COVID:
L'EDUCATORE PROFESSIONALE COME
PUNTO DI RIFERIMENTO

Relatore: Chiar.ma
Prof.ssa Daniela Saltari

Tesi di Laurea di:
Angelica Fiatti

Correlatore: Chiar.ma
Silvia Brocanelli

Anno Accademico 2020/2021

INDICE

INTRODUZIONE	I
1. SALUTE MENTALE.....	1
1.1 Cos'è la salute mentale?.....	1
1.2 Come distinguere la salute dalla malattia?.....	1
1.3 I disturbi mentali.....	2
1.3.1 Nevrosi e psicosi.....	3
1.3.2 La classificazione del DSM V.....	3
1.3.3 Le discipline che si occupano dei disturbi mentali...	10
2. LA SCHIZOFRENIA	11
2.1 I sintomi della schizofrenia.....	12
2.2 La classificazione della schizofrenia.....	14
2.2.1 Principali interpretazioni	15
2.3 Eziologia della schizofrenia.....	17
2.3.1 Prognosi e terapia.....	17
2.4 Incidenza.....	18
2.5 Cura della malattia.....	18
2.5.1 Trattamento farmacologico.....	18
2.5.2 Terapia cognitivo comportamentale	21
2.6 Come aiutare una persona schizofrenica	22
2.6.1 Schizofrenia e rischio suicidario.....	23
2.6.2 Quali sono le prospettive per il futuro?.....	23
3. I SERVIZI DELLA SALUTE MENTALE.....	24
3.1 Il dipartimento di salute mentale.....	24
3.1.1 Centro di salute mentale.....	24
3.1.2 Centro diurno.....	25
3.1.3 Strutture residenziali.....	26
3.1.4 Servizio psichiatrico di diagnosi e cura.....	26

3.1.5 Day Hospital psichiatrico.....	27
3.2 Il ruolo dell'educatore professionale nelle strutture psichiatriche.....	27
4. VILLA JOLANDA, CASO CLINICO E QUESTIONARIO COVID	31
4.1 La struttura.....	31
4.1.1 Le patologie trattate.....	31
4.1.2 Interventi terapeutici.....	32
4.1.3 Modalità d'intervento.....	32
4.1.4 L'equipè multidisciplinare.....	33
4.1.5 Le attività della struttura.....	34
4.2 Progetto educativo su un caso clinico.....	35
4.3 Questionario Covid.....	39
CONCLUSIONI	51
BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA	53
RINGRAZIAMENTI.....	55

INTRODUZIONE

Questo elaborato nasce dal mio interesse e dalla mia curiosità verso il settore della salute mentale, viste le mie due esperienze di tirocinio nelle strutture psichiatriche. In particolare l'ultima l'ho affrontata in un periodo difficile dovuto al SARS-CoV-2 dove, sia nella vita di ognuno di noi sia negli ambienti psichiatrici, la quotidianità si è stravolta. I pazienti, in prima persona, hanno risentito delle restrizioni che hanno portato loro ulteriori difficoltà nell'affrontare il percorso educativo intrapreso e nel vivere la propria riabilitazione nel modo più sereno. L'obiettivo di questo lavoro è quello di dar voce ai pazienti riguardo le emozioni e i pensieri su come hanno vissuto la situazione pandemica e tutte le sue inevitabili conseguenze. Per questo motivo ho deciso di somministrare un questionario composto da 10 domande e analizzare le risposte di 10 pazienti. Ho voluto poi effettuare un progetto educativo riabilitativo con un paziente che ha un disturbo schizofrenico di tipo paranoideo perché era particolarmente provato e scosso dalla situazione generale. Nonostante tutte le criticità del periodo, i pazienti sono stati in grado di accrescere ancora di più la mia motivazione di diventare un buon Educatore professionale e un punto di riferimento fondamentale per i miei futuri pazienti.

Nello specifico, nel Capitolo I è stata fatta un'introduzione generale sulla salute mentale, differenziandola dalla malattia. Si è poi descritta la classificazione dei disturbi mentali, facendo riferimento al DSM V.

Il Capitolo II descrive nei dettagli la schizofrenia: ne espone i sintomi, le tipologie, l'eziologia, l'incidenza, la cura e i trattamenti. Si è deciso di trattare questa malattia in particolare perché il paziente con cui è stato effettuato il progetto educativo riabilitativo ha un disturbo schizofrenico di tipo paranoideo. Il progetto espone gli obiettivi prefissati, le attività educative effettuate e infine gli indicatori di verifica utilizzati per la valutazione finale.

Nel capitolo III si descrivono tutte le strutture psichiatriche che fanno parte del Dipartimento della salute mentale, descrivendole una per una. Viene poi approfondito il ruolo dell'Educatore professionale all'interno delle strutture, elencando anche gli strumenti educativi che utilizza nei suoi interventi.

Nell'ultimo capitolo, il IV, si descrive inizialmente la struttura in cui ho svolto il mio tirocinio (Villa Jolanda) spiegando le tipologie delle malattie trattate, gli interventi

educativi, le modalità di intervento, l'equipè multidisciplinare e le attività al suo interno. Viene poi analizzato il progetto educativo fatto con il paziente e i miglioramenti ottenuti. Si descrive poi lo studio sperimentale fatto su 10 pazienti della struttura, attraverso un questionario durante il periodo pandemico. Si è analizzata domanda per domanda, e tratto da ognuna di essa delle osservazioni.

CAPITOLO 1: SALUTE MENTALE

1.1 Cos'è la salute mentale?

La salute mentale, considerata dall'Organizzazione mondiale della sanità (OMS¹) una componente essenziale della salute in generale, si definisce come «uno stato di benessere nel quale una persona può realizzarsi, superare le tensioni della vita quotidiana, svolgere un lavoro produttivo e contribuire alla vita della propria comunità». La salute mentale è fondamentale per il benessere della persona e per il buon funzionamento di una comunità. In questo senso, la salute mentale concerne ogni singolo individuo ma anche la società nel suo complesso.

La salute non è soltanto “assenza di malattia”, non è neppure uguale a semplice “normalità” e non indica, infine, una forma di adattamento assoluto ed acritico al proprio ambiente sociale. In linea generale, pur non potendo dare una definizione conclusiva del concetto di salute, potremmo dire che essa è sicuramente legata, ad esempio, al fatto di avere un atteggiamento creativo e produttivo verso la vita, coltivare interessi, avere fiducia in se stessi, essere indipendenti ed autonomi, saper mantenere la propria autenticità ed essere in grado di superare i momenti difficili.

La malattia mentale viene invece comunemente definita come uno stato di sofferenza psichica, prolungato nel tempo, che incide sul vivere quotidiano dell'individuo, causando molti altri problemi sul piano affettivo, socio-relazionale e lavorativo.

1.2 Come distinguere la salute dalla malattia?

Per distinguere la salute dalla malattia sono stati proposti molteplici criteri.

- Criterio della normalità statistica: il malato è colui che assume comportamenti o atteggiamenti diversi dalla maggioranza; tuttavia anche le persone geniali o eccentriche manifestano comportamenti diversi dalla norma e, d'altra parte, alcuni disturbi mentali non creano variazioni evidenti del comportamento.
- Criterio dell'integrazione socioculturale: il malato è colui che non è adeguatamente integrato nella società; tuttavia, se è certamente vero che spesso

¹ Istituita nel 1948 con sede a Ginevra è l'Agencia delle Nazioni Unite specializzata per le questioni sanitarie e vi aderiscono 194 Stati Membri di tutto il mondo divisi in 6 regioni.

chi soffre di un disturbo mentale può fare più fatica ad integrarsi, non tutti coloro che rifiutano il sistema sociale o esprimono una qualche devianza possono essere definiti “malati”.

- Criterio della sofferenza personale: è malato mentale chi sente, soggettivamente, una qualche sofferenza; il problema è che non sempre la malattia mentale è legata ad una sofferenza consapevole: vi sono ad esempio alcuni disturbi mentali in cui il soggetto è perfettamente convinto di essere sano e rifiuta qualsiasi terapia.
- Criterio dell’etichettamento: è malato colui che viene definito tale da una figura professionale competente in materia; è noto, però, che non sempre le diagnosi degli specialisti concordano; inoltre, civiltà differenti delineano in modo difforme il confine tra salute e malattia.
- Criterio sintomatico-descrittivo: una persona viene definita “malata” se presenta alcuni sintomi, indicati in un manuale diagnostico come specifici di una determinata patologia.

Possiamo quindi concludere che: 1) non esiste un criterio univoco e definitivo che consenta di distinguere la salute dalla malattia 2) tra le due infatti non c’è una netta differenza, ma una sostanziale continuità.

1.3 I disturbi mentali

Pur consapevoli del fatto che qualsiasi classificazione è fondamentalmente convenzionale e soggetta ad un ampio margine di arbitrarità, gli esperti del settore hanno cercato di rendere le diagnosi maggiormente standardizzate, facendo riferimento a dei criteri comuni ed uniformi. Il DSM² è il Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. Esso riesce a raccogliere tutti i disturbi mentali ed è il più diffuso manuale di psichiatria in tutto il mondo. Contiene descrizioni, sintomi e criteri per la diagnosi dei disturbi mentali. Ad oggi il DSM utilizzato è alla 5^a edizione³,

² Il Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, noto anche con la sigla DSM derivante dall'originario titolo dell'edizione statunitense Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, è uno dei sistemi nosografici per i disturbi mentali o psicopatologici più utilizzati da psichiatri, psicologi e medici di tutto il mondo, sia nella pratica clinica sia nell'ambito della ricerca, redatto dall'American Psychiatric Association.

³ DSM-5 è la sigla con cui viene identificata l'edizione, e i cambiamenti approvati dalla fondazione dell'APA il 1^o dicembre 2012. La pubblicazione della quinta edizione è avvenuta a maggio del

viene redatto considerando lo sviluppo e i dati derivanti dalla ricerca psicologica e psichiatrica in diversi campi, cosa che permette di introdurre nuove definizioni di disturbi mentali o modificare quelle già esistenti. Con l'avvento del DSM 5, cambia la modalità di misurazione dei disturbi mentali.

1.3.1 Nevrosi e psicosi

Accanto all'ampia classificazione del DSM V risulta sicuramente utile una prima distinzione tra due grandi gruppi di disturbi mentali:

- Le psicosi sono disturbi psichici gravi ed abbastanza rari, che comportano la perdita del rapporto con la realtà (possono essere presenti deliri o allucinazioni) ed una destrutturazione della personalità. A questo gruppo appartengono la schizofrenia, le forme più gravi di depressione e la mania.
- Le nevrosi sono invece disturbi psichici abbastanza comuni, che possono generare un'intensa sofferenza nell'individuo, ma che non compromettono il rapporto con la realtà. A questo gruppo appartengono i disturbi d'ansia e quelli psicosomatici.

1.3.2 La classificazione del DSM V

Il DSM V è costituito dai seguenti disturbi⁴:

1. Disturbi del neurosviluppo: si manifestano nelle prime fasi dello sviluppo e sono caratterizzati da deficit dello sviluppo che causa una compressione del funzionamento personale, sociale, scolastico o lavorativo. Il range dei deficit varia da limitazioni molto specifiche dell'apprendimento fino alla compromissione globale delle abilità sociali e dell'intelligenza. Comprendono disabilità intellettive, disturbi della comunicazione, disturbo dello spettro dell'autismo, disturbo da deficit di attenzione/iperattività, disturbo specifico dell'apprendimento e disturbo del movimento;
2. Disturbi schizofrenici: sono le malattie mentali tradizionalmente trattate dalla psichiatria a cui fanno capo tutte le psicosi (gravi patologie mentali in cui non c'è coscienza di malattia);

2013. L'edizione italiana del DSM-5 e dei volumi correlati è stata pubblicata da Raffaello Cortina Editore.

⁴ <https://normalarea.com/disturbi-psichiatrici/>

3. Disturbi dell'umore: sono i disturbi dell'affettività. Comprendono le forme ipotimiche (depressione) ipertimiche o espansive (ipomania e mania) e miste (disturbo bipolare, e ciclotimia⁵);
4. Disturbi di personalità: rappresentano un modello di esperienza interiore e di comportamento che devia marcatamente rispetto alle aspettative della cultura dell'individuo; esso è pervasivo e inflessibile, esordisce nell'adolescenza o nella prima età adulta, è stabile nel tempo e determina disagio o menomazione. Per definizione, un disturbo di personalità è un modo costante di pensare, sentire, e comportarsi relativamente stabile nel tempo. I disturbi di personalità a loro volta si suddividono in:
 - Cluster A (tipo eccentrico-strano) che comprende:
 - il disturbo di personalità paranoide: sono soggetti diffidenti, sospettosi, rancorosi, con tendenza a sentirsi perseguitati o traditi;
 - il disturbo di personalità schizoide: sono soggetti solitari, freddi, indifferenti nei confronti degli altri;
 - il disturbo di personalità schizotipico: sono soggetti tendenti ad isolarsi, eccentrici, con convinzioni strane, idee di riferimento e affettività inappropriata.
 - Cluster B (tipo drammatico-imprevedibile) che comprende:
 - il disturbo di personalità antisociale: sono soggetti che non rispettano le regole sociali, violano i diritti degli altri senza rimorso e colpa, irritabili, aggressivi, irresponsabili, provano piacere a trasgredire;
 - il disturbo di personalità borderline: sono soggetti imprevedibili, instabili nell'umore, nel senso di sé e nei rapporti con gli altri, impulsivi e molto difficili da gestire;
 - il disturbo di personalità istrionico: sono soggetti bisognosi di essere al centro dell'attenzione, iperemotivi, teatrali, costantemente sopra le righe;
 - il disturbo di personalità narcisistico: sono soggetti con senso grandioso di sé, non empatici, bisognosi di sentirsi ammirati.
 - Cluster C (tipo ansioso-pauroso) che comprende:

⁵ La ciclotimia (o disturbo ciclotimico) rientra nel gruppo dei disturbi bipolari. E' caratterizzato dall'alternarsi di periodi ipomaniacali e periodi di lieve depressione.

- il disturbo di personalità evitante: sono soggetti timorosi e inibiti socialmente, ipersensibili ai giudizi negativi, con marcato senso di inadeguatezza;
- il disturbo di personalità dipendente: sono soggetti insicuri, sottomessi, bisognosi di essere accuditi, consigliati e guidati, incapaci di scegliere, di decidere autonomamente e di agire da soli, non si assumono mai la responsabilità;
- il disturbo di personalità ossessivo-compulsivo: sono soggetti eccessivamente perfezionisti, fissati per l'ordine e la pulizia, bisognosi di controllare tutto, marcatamente attenti ai dettagli ed alle regole, poco flessibili e aperti nei confronti degli altri.

5. Disturbi d'ansia che comprendono i seguenti:

- disturbo di panico senza agorafobia⁶;
- disturbo di panico con agorafobia;
- agorafobia senza anamnesi⁷ di disturbo di panico;
- fobia specifica, fobia sociale;
- disturbo ossessivo-compulsivo;
- disturbo post-traumatico da stress;
- disturbo acuto da stress;
- disturbo d'ansia generalizzato;
- disturbo d'ansia dovuto ad una condizione medica generale;
- disturbo d'ansia indotto da sostanze;
- disturbo d'ansia non altrimenti specificato.

Nel contesto di molti di questi disturbi si manifestano attacchi di panico ed agorafobia che secondo i criteri del DSM IV corrispondono ad:

- attacco di panico corrisponde a un periodo preciso durante il quale vi è l'insorgenza improvvisa di intensa apprensione, paura o terrore, spesso associati con una sensazione di catastrofe imminente. Durante questi attacchi

⁶ L'agorafobia è caratterizzata da paura o ansietà riguardo al trovarsi in situazioni o luoghi da cui non si può scappare facilmente o in cui si potrebbe non ricevere aiuto se si sviluppa ansia intensa. Queste situazioni o luoghi vengono spesso evitati o affrontati con grosso disagio.

⁷ In medicina indica la raccolta particolareggiata delle notizie che riguardano il paziente.

sono presenti sintomi come dispnea⁸, palpitazioni, dolore o fastidio al petto, sensazione di asfissia o di soffocamento, e paura di “impazzire” o di perdere il controllo.

- agorafobia è l’ansia o l’evitamento verso luoghi o situazioni dai quali sarebbe difficile (o imbarazzante) allontanarsi, o nei quali potrebbe non essere disponibile aiuto in caso di un attacco di panico o di sintomi tipo panico.
6. Disturbi somatoformi: la caratteristica comune dei disturbi somatoformi è la presenza di sintomi fisici che fanno pensare ad una condizione medica generale, da cui il termine somatoforme, ma che non sono invece giustificati da una condizione medica generale, dagli effetti diretti di una sostanza, o da un altro disturbo mentale. I sintomi devono causare significativo disagio o menomazione nel funzionamento sociale, lavorativo, o in altre aree. I sintomi fisici non sono intenzionali (cioè sotto il controllo della volontà). I disturbi somatoformi differiscono dai fattori psicologici che influenzano le condizioni mediche per il fatto che non vi è nessuna condizione medica generale diagnosticabile a cui possano essere pienamente attribuibili i sintomi fisici.
7. Disturbi dell’alimentazione: sono caratterizzati dalla presenza di grossolane alterazioni del comportamento alimentare. Questa sezione di disturbi comprende due categorie principali, l’anoressia nervosa e la bulimia nervosa. Accanto a queste, i disturbi dell’alimentazione non altrimenti specificati, quali il disturbo da alimentazione incontrollata (binge eating disorder) e il night eating disorder⁹.
- anoressia nervosa: è caratterizzata da un’inesorabile ricerca della magrezza, da una paura patologica dell’obesità, da una distorta immagine corporea e da una restrizione degli introiti in base alle richieste, che portano a una significativa perdita di peso.
 - bulimia nervosa: è caratterizzata da ricorrenti episodi di “abbuffate” seguiti dall’adozione di mezzi inappropriati per controllare il peso, come il vomito

⁸ E’ il termine medico che corrisponde alla consapevolezza che ha la persona di far fatica a respirare.

⁹ La NES (Night Eating Syndrome), o Sindrome da Alimentazione Notturna, è caratterizzata da un pattern di alimentazione non regolare durante l’arco della giornata. La persona sperimenta frequenti risvegli notturni, durante i quali ha la convinzione di non potersi riaddormentare senza aver mangiato. Inoltre, le persone con questa sindrome riferiscono di saltare spesso la prima colazione e che gran parte del loro introito calorico avviene dopo cena o nelle ore notturne.

autoindotto, l'uso di lassativi, diuretici o altri farmaci; il digiuno o l'attività fisica praticata in maniera eccessiva.

Caratteristica essenziale comune ad entrambi i disturbi è la presenza di una alterata percezione del peso e della propria immagine corporea.

8. Disturbi della sessualità. Questo gruppo comprende:

- le disfunzioni sessuali caratterizzate da un'anomalia del desiderio sessuale e delle modificazioni psicofisiologiche che caratterizzano il ciclo di risposta sessuale e causano notevole disagio e difficoltà interpersonali;
- le parafilie caratterizzate da ricorrenti e intensi impulsi, fantasie, o comportamenti sessuali che implicano oggetti, attività o situazioni inusuali e causano disagio clinicamente significativo o compromissione dell'area sociale, lavorativa, o di altre aree importanti del funzionamento;
- i disturbi dell'identità di genere caratterizzati da intensa e persistente identificazione col sesso opposto, associata a persistente malessere riguardante la propria assegnazione sessuale.

9. Disturbi Dissociativi: la caratteristica essenziale è la sconnesione delle funzioni, solitamente integrate, della coscienza, della memoria, della identità o della percezione dell'ambiente. Le alterazioni possono essere improvvise o graduali, transitorie o croniche. Risulta particolarmente importante nella valutazione dei disturbi dissociativi la prospettiva trans-culturale, in quanto gli stati dissociativi possono essere espressioni comuni e accettate di attività culturali o di esperienze religiose in molte società. La dissociazione non dovrebbe essere considerata automaticamente patologica, anche perché spesso non provoca significativo disagio, menomazione, o ricerca di aiuto. Tuttavia un certo numero di sindromi culturalmente determinate caratterizzate da dissociazione causano invece disagio e menomazione, e sono riconosciute come manifestazioni patologiche anche nella popolazione d'origine del paziente.

10. Disturbi fittizi: sono caratterizzati da sintomi fisici o psichici che sono prodotti o simulati intenzionalmente al fine di assumere il ruolo di malato. Essi si distinguono dagli atti di simulazione in quanto sebbene in entrambi i casi l'individuo produca i sintomi intenzionalmente, nella simulazione ha uno scopo che risulta facilmente riconoscibile alla luce della conoscenza delle

circostanze ambientali. Nei disturbi fittizi, invece, la motivazione è il bisogno psicologico di assumere il ruolo di malato, come è dimostrato dalla assenza di incentivi esterni per tale comportamento. La simulazione può essere considerata un comportamento adattivo normale in certe circostanze, mentre per definizione una diagnosi di disturbo fittizio comporta sempre la presenza di psicopatologia.

11. Disturbi correlati all'uso di sostanze (dipendenze patologiche): comprendono disturbi secondari all'assunzione di una sostanza di abuso (incluso l'alcool), agli effetti collaterali di un farmaco e all'esposizione a tossine. I disturbi correlati a sostanze si dividono in due gruppi: i disturbi da uso di sostanze e i disturbi indotti da sostanze. Le sostanze sono raggruppate in 11 classi: alcool, amfetamine o simpaticomimetici ad azione simile, caffeina, cannabis, allucinogeni, inalanti, nicotina, oppiacei, fenciclidina (PCP)¹⁰, sedativi, ipnotici o ansiolitici. Queste 11 classi condividono manifestazioni simili: l'alcool condivide manifestazioni con i sedativi, ipnotici e ansiolitici; la cocaina condivide manifestazioni con le amfetamine o simpaticomimetici ad azione simile. Sono anche inclusi in questa sezione i disturbi correlati a sostanze diverse o sconosciute (che includono la maggior parte dei disturbi correlati a farmaci o tossine) e la dipendenza da più sostanze. Anche molti farmaci prescritti e da banco possono causare disturbi correlati a sostanze così come l'esposizione ad un ampio spettro di altre sostanze chimiche. Oltre a queste ci sono anche le Dipendenze comportamentali, come il gioco d'azzardo patologico (o Glaming), le tecno-dipendenze, la dipendenza da sesso e lo shopping compulsivo.
12. Disturbi di adattamento: la caratteristica fondamentale è lo sviluppo di sintomi emotivi o comportamentali clinicamente significativi in risposta ad uno o più fattori psicosociali stressanti identificabili. I sintomi devono svilupparsi entro 3 mesi dall'esordio del fattore o dei fattori stressanti. La rilevanza clinica della reazione è indicata dal notevole disagio, che va al di là di quello prevedibile in base alla natura del fattore stressante, o da una significativa compromissione del funzionamento sociale o lavorativo (scolastico). Il fattore stressante può

¹⁰ La fenciclidina (PCP) è una sostanza allucinogena di sintesi a base di piperidina, il principale precursore di alcune droghe ad azione oppiomimetica particolarmente diffusa negli anni settanta e ottanta, soprattutto negli Stati Uniti. È chiamata in gergo "polvere d'angelo".

essere costituito da un singolo evento (ad es. la fine di una relazione sentimentale), oppure possono esservi fattori stressanti multipli (es. notevoli difficoltà negli affari e problemi coniugali), possono essere ricorrenti (es. associati con crisi economiche legate a oscillazioni stagionali degli affari) o continui (es. il vivere in una zona ad alta criminalità). I fattori stressanti possono interessare un singolo individuo, un'intera famiglia, oppure un gruppo più ampio o la comunità (es. in un disastro naturale). Alcuni fattori stressanti possono essere associati ad eventi specifici dello sviluppo (es. andare a scuola, lasciare la casa dei genitori, sposarsi, diventare genitore, mancare obiettivi professionali, andare in pensione). I disturbi dell'adattamento possono insorgere in ogni fascia di età, e maschi e femmine ne sono equamente affetti.

13. Disturbi del controllo degli impulsi (della condotta): la caratteristica fondamentale di questo tipo di disturbo è l'incapacità di resistere ad un impulso, ad un desiderio impellente, o alla tentazione di compiere un'azione pericolosa per sé o per gli altri. Nella maggior parte dei disturbi descritti in questa sezione, il soggetto avverte una sensazione crescente di tensione o di eccitazione prima di compiere l'azione, e in seguito prova piacere, gratificazione, o sollievo nel momento in cui commette l'azione stessa. Dopo l'azione possono esservi o meno rimorso, autoriprovazione, o senso di colpa. In questa sezione sono inclusi alcune dei seguenti disturbi:

- disturbo esplosivo intermittente, caratterizzato da saltuari episodi di incapacità di resistere agli impulsi aggressivi;
- cleptomania, caratterizzata dalla ricorrente incapacità di resistere all'impulso di rubare oggetti che non hanno utilità personale o valore commerciale;
- piromania, caratterizzata dall'abitudine ad appiccare il fuoco per piacere, gratificazione, o alleviamento della tensione;
- tricotillomania, caratterizzata da ricorrenti strappi dei propri peli del corpo. I pazienti affetti da questa malattia tirano o strappano ripetutamente i loro capelli per ragioni non cosmetiche. Più comunemente, tirano i capelli dal cuoio capelluto, le sopracciglia, e/o le palpebre, ma possono essere tirati tutti i peli del corpo;
- gioco d'azzardo patologico, detto anche ludopatia o gioco compulsivo, è caratterizzato dall'incapacità di resistere al desiderio di scommettere e

cimentarsi in giochi nei quali vi sia la possibilità teorica di guadagnare molto, affrontando un rischio relativamente modesto o comunque accettabile in relazione alla singola perdita;

- il disturbo del controllo degli impulsi non altrimenti specificato.
14. Disturbi del sonno: si dividono in quattro sezioni principali secondo l'eziologia presunta:
- disturbi primari del sonno (si presume insorgano da anomalie endogene dei meccanismi di generazione o di regolazione del ritmo sonno-veglia, spesso complicate da fattori di condizionamento);
 - il disturbo del sonno correlato ad altro disturbo mentale (implica un vissuto intenso di disturbo del sonno conseguente ad un disturbo mentale diagnosticabile spesso come un disturbo dell'umore o un disturbo d'ansia – ma sufficientemente grave da richiedere un'attenzione clinica indipendente);
 - il disturbo del sonno dovuto ad una condizione medica generale (implica un vissuto intenso di disturbo del sonno conseguente agli effetti fisiopatologici diretti di una condizione medica generale sul sistema sonno-veglia);
 - il disturbo del sonno indotto da sostanze (implica rilevanti vissuti di disturbo del sonno conseguenti all'uso concomitante, o alla recente interruzione dell'uso, di una sostanza – farmaci inclusi).

Nella diagnosi di un disturbo del sonno, deve essere tenuta in considerazione l'età del soggetto preso in esame.

1.3.3 Le discipline che si occupano dei disturbi mentali

Esistono molte discipline che si propongono di studiare le malattie mentali:

- la psichiatria è una branca della medicina che si occupa della prevenzione, della cura e della riabilitazione dei disturbi mentali (in particolare delle psicosi);
- la psicologia clinica è, invece, una branca della psicologia che si occupa del disagio psichico e della sua cura (in particolare delle nevrosi);
- le psicoterapie sono tecniche utilizzate da psichiatri e psicologi, durante i colloqui clinici, per curare il paziente; fanno riferimento a specifici modelli teorici elaborati da diverse scuole o correnti (una di queste, ad esempio, è la psicanalisi).

CAPITOLO 2: LA SCHIZOFRENIA

La schizofrenia, dal greco schizo (scindo) e phren (mente), ossia “scissione della mente”, è uno dei disturbi mentali più gravi. Sebbene descrizioni di sindromi simili alla schizofrenia compaiano già prima del XIX secolo, i primi casi riportati dalla letteratura medica risalgono al 1809, all’interno delle pubblicazioni di Philippe Pinel¹¹. Il termine schizofrenia è stato coniato da Eugen Bleuler¹² nel 1908, il quale inizialmente descrisse i suoi sintomi come le “quattro A”: appiattimento dell’Affetto, Autismo, Associazione ridotta di idee e Ambivalenza. Emil Kraepelin¹³, aveva classificato la schizofrenia come “demenza precoce”, in quanto si manifestava anche nei più giovani a differenza delle già note demenze, e aveva osservato nei suoi pazienti la perdita dell’unità del pensiero, del sentire e dell’agire, l’appassimento dei sentimenti più elevati, molteplici e peculiari disturbi della volontà, deliri di perdita della libertà psichica e di influenzamento e, infine, disintegrazione della personalità, mentre le conoscenze acquisite e le capacità semplici restano relativamente integre. Bleuler, invece, non concepiva questa sindrome come una demenza, poiché i suoi pazienti che ne erano affetti, se adeguatamente trattati, tendevano a migliorare e non a peggiorare nel tempo, quindi conìò un termine a sé stante, “schizofrenia” appunto. Gli studi di Bleuler, inoltre, proponevano per primi la possibilità reale di guarire da questo disturbo. Dal 1970 i criteri diagnostici per la schizofrenia sono stati oggetto di una serie di controversie che alla fine hanno portato a criteri operativi ancora utilizzati oggi. Circa una persona su cento soffre di questo disturbo, caratterizzato da episodi psicotici acuti durante i quali il soggetto perde la capacità di distinguere la realtà dall’immaginazione, manifesta evidenti alterazioni delle funzioni psichiche ed una pesante destrutturazione della propria identità personale. Il disturbo compare generalmente nei primi anni della vita adulta (tra i 20 e i 30 anni).

¹¹ Philippe Pinel (Jonquières, 20 aprile 1745 – Parigi, 25 ottobre 1826) è stato uno psichiatra francese. È considerato un innovatore della psichiatria per la nuova concezione che egli introdusse nei riguardi del malato mentale separandolo da altre figure di emarginati sociali con i quali veniva comunemente associato.

¹² Eugen Bleuler (Zollikon, 30 aprile 1857 – Zollikon, 15 luglio 1939) è stato uno psichiatra svizzero. Fu uno dei più importanti psichiatri europei di ogni tempo e apportò contributi fondamentali alla moderna psicopatologia, ridefinendo clinicamente la schizofrenia e l'autismo, di cui conìò anche i relativi termini.

¹³ Emil Kraepelin (Neustrelitz, 15 febbraio 1856 – Monaco di Baviera, 7 ottobre 1926) è stato uno psichiatra e psicologo tedesco.

2.1 I sintomi della schizofrenia

A causa della sua caratteristica destrutturante della personalità, la schizofrenia compromette tutti gli aspetti della vita del soggetto, sconvolgendo profondamente la sua rete relazionale e, quindi, coinvolgendo anche il nucleo familiare. Chi ne è affetto diventa del tutto indifferente a ciò che accade, reagisce in modo assurdo o incoerente agli eventi esterni, perde il contatto con la realtà e si isola in un mondo suo proprio, incomprensibile agli altri. Mesi prima che il disturbo si manifesti in pieno compaiono dei segnali di allerta (sintomi “prodromici”) da non sottovalutare perché se si interviene subito ci sono buone possibilità di evitare l’evoluzione verso la patologia vera e propria e quindi la necessità di cure più complesse. Si tratta di cambiamenti nello stile di vita e nel modo di reagire come perdita di interessi, riduzione del rendimento nello studio o sul lavoro, chiusura nei rapporti con gli altri, comportamenti strani, lamentele fisiche (“mi brucia il cervello”), episodi di rabbia o aggressività ingiustificati, scarsa cura dell’igiene e dell’aspetto, insonnia. Questi segnali sono spesso considerati dalla persona e dai familiari come una “normale reazione” a un evento di vita spiacevole (la fine di un rapporto affettivo, un brutto voto a scuola, una discussione con gli amici) ma a una più attenta valutazione si dimostrano chiaramente sproporzionati per intensità e durata.

I sintomi specifici della malattia si distinguono in 3 diverse tipologie:

1. Sintomi “positivi” (che aggiungono qualcosa alla normale attività psichica):

- Allucinazioni: sono percezioni senza oggetto, non originate cioè da uno stimolo fisico esterno, ma che appaiono al soggetto come assolutamente reali. Possono interessare tutti gli organi di senso, ma le più diffuse sono quelle uditive. In quest’ultime il soggetto può sentire suoni, rumori, ma più frequentemente voci umane, che possono discutere tra loro o commentare il suo comportamento, spesso in modo offensivo o provocatorio;
- Deliri: sono convinzioni errate che nascono da una sbagliata interpretazione dell’esperienza e non sono spiegabili facendo riferimento alla cultura e alla società in cui il paziente vive. Queste convinzioni sono impermeabili alla critica, cioè è impossibile rendere consapevole il soggetto della loro infondatezza attraverso un’argomentazione puramente razionale. Esistono diversi deliri tipici, tra i quali: - i deliri persecutori, nei quali l’individuo crede

di essere seguito e spiato o che qualcuno stia complottando contro di lui; - i deliri di riferimento, in cui egli ha l'impressione che tutti, anche gli articoli giornalistici o i testi delle canzoni, parlino di lui; - i deliri di furto o di inserzione del pensiero, in cui vi è il timore che gli altri riescano a leggere i propri pensieri o che le azioni che si compiono vengano imposte da forze esterne;

- Disturbi formali del pensiero: si tratta di disturbi nell'articolazione logica e razionale del pensiero. I discorsi appaiono confusi, non hanno uno scopo ben definito e risultano spesso incoerenti, semplici "insalate di parole" composte per pura assonanza fonetica;
- Disturbi del comportamento: consistono nel fatto che il soggetto può agire spesso in modo strano, eccessivamente impulsivo, inadeguato alla situazione o comunque bizzarro.

2. Sintomi "negativi" (che tolgono qualcosa alla normale attività psichica):

- Appiattimento emotivo: è manifestato dal volto immobile e inespressivo;
- Apatia: incapacità di provare emozioni, soprattutto positive, e mancanza di interesse per qualsiasi attività;
- Asocialità: tendenza a ritirarsi dai rapporti e dalle situazioni sociali.

3. Infine, l'ultima classe di sintomi è rappresentata dai sintomi cognitivi. Essi sono sintomi subdoli, difficili da riconoscere come tipici della schizofrenia, similmente a quanto visto per i sintomi negativi. Tra i sintomi cognitivi si ritrovano:

- ridotte funzioni esecutive (capacità di comprendere informazioni e usarle per prendere decisioni);
- difficoltà a stare attenti e a concentrarsi;
- problemi relativi alla memoria di lavoro (capacità di utilizzare le informazioni subito dopo il loro apprendimento).

I sintomi cognitivi spesso rendono difficile condurre una vita normale e possono causare grave stress emotivo.

Sebbene i sintomi positivi siano generalmente la caratteristica clinica più evidente della schizofrenia, attualmente gli studi rivolgono molta attenzione ai sintomi

cognitivi, per diversi motivi. Tra questi vi è il fatto che i deficit cognitivi si manifestano con un'elevata presenza, sono relativamente stabili nel tempo e sono indipendenti dai sintomi psicotici. Anche per la ricerca i sintomi cognitivi sono molto importanti, proprio perché la loro caratteristica è quella di permanere per tutta la vita degli individui colpiti. Inoltre, anche i parenti degli individui colpiti da schizofrenia, mostrano simili, anche se lievi, deficit cognitivi. E' stato dimostrato che i sintomi cognitivi rappresentano il miglior indicatore di risultati funzionali a lungo termine.

Tabella 2.1: sintomi della schizofrenia

Positivi	Negativi	Cognitivi
Allucinazioni	Appiattimento della risposta emotiva	Difficoltà a mantenere l'attenzione
Disturbi del pensiero	Povertà del linguaggio	Bassa prontezza
Deliri di persecuzione di grandezza di controllo	Anedonia	Deficit di apprendimento
	Ritiro sociale	Scarsa capacità di problem solving
	Mancanza di iniziativa	

2.2 Classificazione della schizofrenia

Si possono distinguere vari tipi di schizofrenia (secondo la suddivisione proposta da Bleuler e Kraepelin¹⁴).

- Schizofrenia semplice (Bleuler): si manifesta tra i 16 e i 22 anni, anche se i primi sintomi risalgono all'età preadolescenziale; è caratterizzata dalla mancanza di sintomi "positivi" (come deliri, allucinazioni, ecc.) mentre sono evidenti i sintomi "negativi" (asocialità, apatia, isolamento, etc.); il pensiero non appare dissociato, ma impoverito e rallentato;
- Schizofrenia ebefrenica (Kraepelin): compare in età giovanile e adolescenziale, con sintomi inizialmente di tipo nevrotico o depressivo. Si manifesta mediante un'emozionalità instabile, oscillante tra euforia e irritabilità, una condotta

¹⁴ Emil Kraepelin insieme a Eugen Bleuler dedicò la sua attività scientifica alla ricerca delle basi neurofisiopatologiche che riteneva a fondamento delle psicosi.

inopportuna, numerosi deliri e disturbi del linguaggio e mediante un declino della personalità;

- Schizofrenia paranoide (Kraepelin): compare tra i 25 e i 45 anni attraverso episodi acuti; il sintomo principale sono i deliri, generalmente di tipo persecutorio, mentre generalmente non si riscontrano dissociazioni nel pensiero o nell'affettività;
- Schizofrenia catatonica (Kraepelin): disturbo prevalentemente di tipo psicomotorio, che può presentarsi in forma acinetica (immobilità, obbedienza automatica, etc.) oppure ipercinetica (agitazione motoria violenta, impulsi distruttivi, etc.). Le due forme possono anche alternarsi nel tempo.

2.2.1 Principali interpretazioni

- Approccio psichiatrico classico: Kraepelin definì la schizofrenia prima come una patologia organica del cervello, poi come un disturbo del metabolismo, allontanando comunque l'idea che potesse dipendere da fattori esterni di natura psichica o sociale. Considerava la schizofrenia una forma precoce di demenza. Bleuler, invece, distinse i sintomi prodotti dalla schizofrenia in “fondamentali”, come autismo e ambivalenza, e “accessori”, come allucinazioni, deliri e disturbi del linguaggio. La caratteristica principale della schizofrenia, dal suo punto di vista, era proprio il disturbo dissociativo, ossia la scissione delle funzioni psichiche e della struttura della personalità.
- Approccio psicanalitico: Freud¹⁵ fu il primo a tentare una spiegazione psicodinamica della schizofrenia (da lui chiamata “parafrenia”). Essa non comporterebbe solo una perdita della realtà, ma anche un tentativo di compensazione che spinge il soggetto, attraverso il delirio e l'allucinazione, a ricercare un rapporto con il mondo. Jung¹⁶, invece, riprese in ambito psicanalitico il concetto di “scissione” introdotto da Bleuler, spiegandolo come il risultato di un conflitto tra il complesso dell'io ed altri complessi affettivi,

¹⁵ Sigmund Schlomo Freud, noto come Sigmund Freud, (Freiberg, 6 maggio 1856 – Hampstead, 23 settembre 1939) è stato un neurologo, psicoanalista e filosofo austriaco, fondatore della psicoanalisi, sicuramente la più famosa tra le correnti teoriche e pratiche della psicologia.

¹⁶ Carl Gustav Jung (Kesswil, 26 luglio 1875 – Küsnacht, 6 giugno 1961) è stato uno psichiatra, psicoanalista, antropologo, filosofo e accademico svizzero, una delle principali figure intellettuali del pensiero psicologico, psicoanalitico e filosofico.

che prendono progressivamente il sopravvento destrutturando l'identità personale.

- Approccio fenomenologico-esistenziale: secondo la psichiatria fenomenologica¹⁷, un tratto importante di questo disturbo è la scissione tra l'Io e il corpo; infatti lo schizofrenico tende a decorporeizzarsi, per cercare di tenere il mondo reale lontano, sentito come una minaccia per la propria identità. Egli si aliena dal proprio corpo, riducendolo sempre più ad oggetto estraneo, di cui non si prende cura. In questo modo si isola, ritirandosi dal quotidiano rapporto con gli altri, per vivere in un universo allucinato di voci e immagini puramente soggettive, rappresentazioni che divengono spesso persecutorie, paranoiche e deliranti pur rimandando sempre a cose o individui concreti. La perdita del senso comune comporta lo smarrimento dei significati del mondo reale condivisi da tutta la società. Questo fenomeno viene descritto da Laing¹⁸ come la catastrofe dell'esperienza: "gli eventi esterni diventano evocazioni magiche, i sogni comunicazioni dirette di altri esseri, l'immaginazione più reale della realtà oggettiva. Il tempo si fa episodio, fino a smarrirsi nell'eterno, mentre lo spazio si destituisce di ogni limite e di ogni confine". Nella schizofrenia gli oggetti reali sono strettamente associati ai ricordi, sino a diventare una cosa unica, generando così una fusione tra dati percettivi ed emotivi. Le cose perciò non offrono più il loro vero volto, ma assumono un aspetto inquietante. Lo schizofrenico, sentendosi assediato dagli stimoli esterni, si chiude in se stesso, in una dimensione a-storica, in un presente irrigidito nell'eternità e dilatato all'infinito.
- Approccio sistemico-relazionale: secondo Bateson¹⁹ la schizofrenia nasce da una comunicazione familiare patologica, contraddittoria ed ambigua, che pone il bambino in una condizione definita di "doppio legame". Dal momento che i messaggi trasmessi dalle figure di riferimento, in particolare dalla madre,

¹⁷ E' quella corrente psichiatrica che, più di tutte, nel corso del Novecento fino a oggi, ha cercato di intrecciare un rapporto stretto, vitale e costitutivo con la filosofia, in particolare quella di Edmund Husserl e quella di Martin Heidegger.

¹⁸ Ronald David Laing (Glasgow, 7 ottobre 1927 – Saint-Tropez, 23 agosto 1989) è stato uno psichiatra scozzese, che scrisse estesamente sulla malattia mentale, in particolare sulla psicosi. Le opinioni di Laing sulle cause e il trattamento di importanti disfunzioni mentali furono influenzate dalla filosofia esistenzialista.

¹⁹ Gregory Bateson (Grantchester, 9 maggio 1904 – San Francisco, 4 luglio 1980) è stato un antropologo, sociologo e psicologo britannico

risultano ambivalenti e quindi impossibili da decifrare, può generarsi la convinzione che l'intera realtà sia paradossale ed instabile.

2.3 Etiologia della schizofrenia

La causa specifica della schizofrenia è sconosciuta, anche se è probabile che vi sia una base biologica che rende alcuni soggetti maggiormente predisposti a svilupparla. Dipende comunque da diversi fattori, tra i quali:

- fattori genetici (che predispongono ad ammalarsi);
- fattori biochimici (come le alterazioni del metabolismo);
- fattori di personalità (come lo sviluppo di una personalità con predisposizione psicotica o la presenza di difficoltà nella relazione col mondo esterno);
- fattori familiari (come relazioni familiari contraddittorie o squilibrate);
- fattori sociali (come l'insicurezza economica o la precarietà lavorativa);
- fattori psicodinamici (come l'incapacità di controllare le pulsioni o la presenza di conflitti interiori)
- fattori tossici, traumatici o infettivi.

2.3.1 Prognosi e terapia

Il decorso della malattia varia da persona a persona ed è fortemente influenzato, oltre che dalla cura, anche da diversi fattori familiari, sociali e lavorativi. Circa 1/3 dei pazienti migliora in modo stabile e durevole; 1/3 riesce a condurre una vita normale con alcune ricadute; 1/3, infine, mantiene un'invalidità grave. Se l'ambiente in cui il paziente vive conosce il suo disturbo ed offre un supporto adeguato, le probabilità di un miglioramento crescono in modo considerevole. La terapia richiede:

- l'utilizzo di psicofarmaci, soprattutto antipsicotici, per ridurre i deliri e le allucinazioni, ma anche stabilizzanti dell'umore e antidepressivi;
- una attività riabilitativa, che favorisca la promozione dell'autonomia e dell'autostima, facilitando l'inserimento sociale del paziente;
- una stretta collaborazione tra il paziente, la sua famiglia e il medico, per garantire che, attraverso una corretta comprensione della malattia ed un adeguato supporto, terapeutico ed informativo essa venga gestita nel modo

migliore, riconoscendo ad esempio i primi sintomi di una possibile ricaduta per riuscire ad intervenire prontamente.

2.4 Incidenza

La schizofrenia è una delle patologie psichiatriche maggiormente diffuse. E' una malattia subdola, perché la maggior parte degli individui colpiti da schizofrenia non mostra i sintomi fino alla tarda adolescenza o alla gioventù. L'Organizzazione Mondiale della Sanità stima che le persone affette da questa malattia sono circa 24 milioni nel mondo. E' una patologia che colpisce indistintamente uomini e donne di tutti i ceti sociali, anche se è stato dimostrato che gli uomini presentano un rischio maggiore.

Per quanto riguarda l'Italia, è stato stimato che sono circa 245 mila le persone affette da schizofrenia.

Può risultare molto difficile diagnosticare la malattia negli adolescenti, questo perché i primi sintomi possono comprendere un cambiamento delle amicizie, problemi nel dormire, irritabilità, un comportamento tipico anche degli adolescenti sani. Una combinazione di fattori può far presagire che si tratti di schizofrenia in circa l'80% dei giovani che sono ad alto rischio di sviluppare tale patologia. Tra questi fattori vi sono l'isolamento sociale, l'aumento di pensieri strani, insoliti e sospettosi ed una storia familiare di psicosi alle spalle.

2.5 Cura della malattia

2.5.1 Trattamento farmacologico

L'introduzione di terapie efficaci ha notevolmente migliorato l'evoluzione della schizofrenia per quanto riguarda la gravità dei sintomi, il rischio di ricadute, il funzionamento in famiglia e nei rapporti sociali e il recupero della capacità di studiare o di lavorare. I farmaci sono l'elemento indispensabile della cura da integrare, in base alla fase del disturbo, alla sua durata e alle conseguenze che ha provocato, con un intervento psicoteraputico, psicosociale e/o riabilitativo.

I farmaci di prima scelta sono gli antipsicotici di prima e di seconda generazione (questi ultimi oggi di gran lunga i più utilizzati) che hanno tutti in comune la capacità

di bloccare l'azione di un neurotrasmettitore (la dopamina²⁰) e di ripristinare quindi la normale attività di una specifica zona del cervello ("area mesolimbica"²¹) il cui funzionamento in eccesso sarebbe la causa dei "sintomi positivi" (deliri e allucinazioni), dell'agitazione e dell'insonnia. Il trattamento farmacologico si articola in tre fasi: acuta, di consolidamento e di mantenimento.

1. La fase acuta ha lo scopo di eliminare i sintomi più eclatanti (deliri, allucinazioni, agitazione, insonnia) e si effettua sotto stretto monitoraggio medico per valutare l'efficacia e la tollerabilità della terapia e, in base a queste, adattare le dosi. L'inizio della cura è spesso complicato perché il disturbo in fase attiva causa la perdita di contatto con la realtà e, di conseguenza, della consapevolezza di stare male e di avere bisogno di cure e talvolta può rendersi necessario un ricovero eventualmente anche contro la volontà della persona. In fase acuta gli antipsicotici sono spesso integrati con un ansiolitico (per l'ansia e l'insonnia) e/o con un antiepilettico (per l'agitazione e per contenere eventuali oscillazioni dell'umore). Il loro impiego andrebbe valutato con attenzione, in quanto a lungo termine può inficiare l'azione della dopamina producendo due sindromi chiamate sindrome neurolettica (riduzione dei movimenti spontanei, con riflessi spinali che rimangono intatti) e sindrome extrapiramidale (simile per certi versi alla malattia di Parkinson, quindi connotata da rigidità dei muscoli e dei movimenti, mancanza di espressività del volto, irrequietezza motoria, lentezza o blocco dei movimenti e rallentamento dell'ideazione e dei riflessi). I primi segnali di miglioramento si osservano dopo 2-3 settimane e la risposta piena entro 6-8 settimane. Se dopo un periodo di cura sufficientemente lungo e con dosi di farmaco adeguate non si ottiene ancora una risposta soddisfacente si cambia tipo di antipsicotico. Nei casi in cui dopo più tentativi con diversi farmaci la sintomatologia psicotica persiste ("forme resistenti") si utilizza la clozapina²². Si tratta del farmaco con la maggiore potenza antipsicotica oggi disponibile che viene però riservato alle

²⁰ La dopamina è un importante neurotrasmettitore della famiglia delle catecolamine, con una funzione di controllo su: il movimento, la cosiddetta memoria di lavoro, la sensazione di piacere, la ricompensa, la produzione di prolattina, i meccanismi di regolazione del sonno, alcune facoltà cognitive e la capacità di attenzione.

²¹ E' considerata uno dei principali circuiti dopaminergici cerebrali, è importante per lo sviluppo e il funzionamento dell'essere umano, essendo fondamentale nella cattura e nella sperimentazione di sensazioni di piacere e gratificazione.

²² E' un farmaco antipsicotico: agisce modificando l'attività di alcune molecole a livello del cervello.

forme più gravi o resistenti perché provoca nell'1-2% dei casi una riduzione dei globuli bianchi potenzialmente pericolosa e pertanto richiede il controllo, settimanale per le prime 18 settimane e poi mensile, dell'emocromo.

2. La fase di consolidamento serve a stabilizzare i risultati ottenuti e consiste nel proseguimento per almeno 6 mesi della terapia prescritta in fase acuta, adattando, se necessario, le dosi in caso di comparsa di effetti collaterali o sedazione. Per favorire la ripresa del lavoro (o dello studio) e dei rapporti sociali e per migliorare la qualità di vita, in questa fase i farmaci sono affiancati da un percorso personalizzato di tipo psicologico-riabilitativo. Questo include uno o più dei seguenti interventi:
 - a. terapia cognitiva (per contenere l'impatto di eventuali deliri o allucinazioni residui);
 - b. tecniche di miglioramento delle abilità sociali (per migliorare le capacità di comunicare e interagire con gli altri);
 - c. cognitive remediation²³ (strategie di riabilitazione per superare le difficoltà di attenzione, memoria e nello svolgimento di compiti);
 - d. vulnerability stress coping competence²⁴ (strategie di riabilitazione per imparare a convivere con lo stress e proteggersi dalle sue conseguenze).

Spesso è necessario fornire anche un sostegno ai familiari per aiutarli a conoscere bene la natura e la gravità del disturbo e le cure necessarie, per migliorare la comunicazione e la cooperazione all'interno della famiglia, e per modificare il clima emotivo negativo (sentimenti di colpa, rabbia o angoscia) che spesso si crea.

3. La fase di mantenimento ha lo scopo di prevenire le ricadute e prevede una graduale riduzione della terapia farmacologica fino a trovare la dose minima efficace, molto variabile da persona a persona, mantenendo tuttavia regolari controlli specialistici per adeguare prontamente la cura in caso di segnali di

²³ Consente di riabilitare funzioni cognitive come l'attenzione, la memoria e le funzioni esecutive nei pazienti psichiatrici. Obiettivo principale è quello di migliorare il funzionamento globale e la qualità della vita del paziente, guidato da un terapeuta nella risposta adeguata alle richieste dell'ambiente.

²⁴ È una teoria esplicativa della patogenesi dei disturbi mentali, secondo la quale in alcune persone l'effetto combinato della vulnerabilità genetica e di fattori stressanti supera la soglia di adattamento bio-psico-sociale e favorisce la comparsa dei sintomi del disturbo mentale a cui la persona è vulnerabile.

ricaduta. La durata del trattamento farmacologico varia da 2 anni (primo episodio non grave) a 5 anni (forme con poche ricadute di lieve-moderata gravità) e oltre (ricadute numerose e/o gravi).

2.5.2 Terapia cognitivo comportamentale

I primi tentativi di impiego della psicoterapia cognitivo-comportamentale sulla schizofrenia risalgono al 1952, ad opera di Beck²⁵. L'idea di base era utilizzare strategie comportamentali allo scopo di produrre cambiamenti in primis nella sfera affettiva e poi in quella cognitiva. Si procedeva, perciò, cercando di migliorare le strategie di coping e sostenendo l'acquisizione di abilità sociali nel paziente. Un grande passo avanti rispetto a tali trattamenti fu il superamento della concezione secondo la quale i pensieri irrazionali non causerebbero direttamente i comportamenti maladattivi e le emozioni negative. Secondo una visione successiva esisterebbe, invece, una complessa rete di fattori reciprocamente interagenti, come pensieri, comportamenti, sentimenti e sensazioni fisiche, in grado di spiegare i sintomi della schizofrenia. A seguito dell'applicazione di tali principi, i terapeuti hanno iniziato a lavorare con i pazienti schizofrenici non solo sul contenuto dei loro pensieri negativi, ma anche sulla modificazione di fattori connessi alle relazioni interpersonali, all'attaccamento, alle problematiche interpersonali, alle perdite e ai traumi, all'autostima e all'autocontrollo. Ciò è particolarmente vero per gli approcci di terza generazione, come la terapia metacognitiva (MCT)²⁶, il compassionate mind training (CMT)²⁷, il metodo dei livelli (MOL)²⁸ e le applicazioni cliniche mindfulness-based²⁹. L'efficacia clinica della terapia cognitivo-comportamentale nel trattamento della

²⁵ Aaron Temkin Beck (Providence, 18 luglio 1921) è uno psichiatra e psicoterapeuta statunitense. È considerato il fondatore degli approcci classici in psicoterapia cognitiva.

²⁶ È una forma di psicoterapia di recente sviluppo che ha introdotto un nuovo modo di concettualizzare e trattare i disturbi psicologici. Mira ad aiutare i pazienti a sviluppare nuovi modi di reagire ai pensieri negativi attraverso nuovi modi di controllare l'attenzione e modificando regole metacognitive controproducenti.

²⁷ È un allenamento che permette di costruire le nostre capacità di usare i nostri corpi per supportare le nostre menti e sviluppare il coraggio e la saggezza per affrontare le difficoltà della nostra vita e prosperare. La mente compassionevole cerca di vivere per essere utile e non dannosa.

²⁸ Aiuta le persone ad abbandonare la forma di "controllo rigido".

²⁹ Significa portare attenzione al momento presente in modo curioso e non giudicante (Kabat-Zinn, 1994). È un processo che coltiva la capacità di portare attenzione al momento presente, consapevolezza e accettazione del momento attuale (Hanh, 1987). Permette di passare da uno stato di sofferenza a una percezione soggettiva di benessere, grazie alla conoscenza profonda degli stati mentali.

schizofrenia è stata comprovata a più riprese. Nel corso di diversi randomized-controlled trial³⁰, infatti, la terapia ha mostrato un'efficacia moderata nel trattamento dei sintomi positivi e negativi, anche nei pazienti che rifiutavano il trattamento farmacologico. E' stato notato, inoltre, come i pazienti trattati in fase acuta rispondessero meglio rispetto a quelli trattati in fase cronica.

Il trattamento della schizofrenia di tipo cognitivo comportamentale prevede anche degli interventi di tipo psicoeducativo nei confronti della famiglia del paziente, che ha bisogno di aiuto per affrontare la malattia e ha un ruolo importante nella cura del familiare malato. Chi soffre di schizofrenia è infatti vulnerabile agli stressors ambientali e familiari ed è fondamentale che il paziente e i familiari imparino a riconoscere le manifestazioni della malattia e i segnali di una eventuale ricaduta. I familiari sono alleati e co-protagonisti della cura della schizofrenia, non hanno nessuna colpa o responsabilità per il disturbo e possono essere aiutati a migliorarne le strategie di gestione. I programmi di trattamento familiare hanno anche lo scopo di massimizzare l'aderenza al trattamento farmacologico del paziente.

2.6 Come aiutare una persona schizofrenica

Innanzitutto la famiglia del malato rappresenta la prima forma di aiuto per il malato stesso, poiché spesso il paziente tende a non voler intraprendere alcun regime terapeutico. Pensano tendenzialmente di non aver bisogno di aiuto, perché sono convinti che le allucinazioni e le manie siano reali. In tal caso l'intervento dei familiari e degli amici è fondamentale. Le leggi variano da Paese a Paese e può essere difficile obbligare una persona a volersi curare tramite un regime terapeutico o attraverso l'ospedalizzazione. Tuttavia, quando vi sono dei casi difficili, ad esempio casi di aggressività verso i familiari o verso il malato stesso, si devono chiamare le forze dell'ordine e procedere poi con l'ospedalizzazione. Il trattamento ospedaliero sarà effettuato in una stanza d'emergenza, dove un professionista della salute mentale valuterà se è necessaria un'ammissione volontaria o involontaria. Per individui che non ammetteranno volontariamente, la legge prevede che sia il medico a dover testimoniare il comportamento psicotico, mentre i familiari

³⁰ E' una forma di esperimento scientifico utilizzato per controllare i fattori non sotto il controllo sperimentale diretto. Esempi sono studi clinici che confrontano gli effetti di farmaci, tecniche chirurgiche, dispositivi medici, procedure diagnostiche o altri trattamenti medici.

dovranno aiutare i medici a prendere una decisione sulla terapia. Dopo il periodo di ospedalizzazione, la famiglia e gli amici dovranno aiutare il proprio caro affetto da schizofrenia a mantenere il regime terapeutico intrapreso. Se improvvisamente l'individuo malato dovesse sospendere la terapia, i sintomi compariranno nuovamente; il pericolo risiede nella severità con cui essi possono ricomparire.

E' importante non stressare o criticare individui con malattie mentali, anche perché questo potrebbe contribuire a peggiorare i sintomi. Dire loro quando stanno facendo un buon lavoro è il modo migliore per aiutarli.

2.6.1 Schizofrenia e rischio suicidario

Gli individui affetti da schizofrenia hanno una maggiore probabilità di ricorrere al suicidio: il 20% tenta il suicidio e molti presentano una significativa ideazione suicidaria. I fattori di rischio suicidari per la schizofrenia sono: uso di sostanze e sintomi depressivi. Inoltre anche il periodo successivo all'episodio psicotico o ad una dimissione ospedaliera costituiscono importanti fattori di rischio suicidario. Infine i maschi di giovane età sembrano essere maggiormente a rischio suicidario rispetto alle femmine di pari età.

2.6.2 Quali sono le prospettive per il futuro?

Nonostante attualmente non vi sia una cura, sono disponibili alcuni trattamenti veramente efficaci. Molte persone colpite da questa malattia imparano ad essere abbastanza indipendenti e a condurre una vita soddisfacente. La ricerca continua verso la comprensione dei fattori genetici, neuronali e comportamentali per cercare di capire le cause e come prevenire l'esordio.

CAPITOLO 3: I SERVIZI DELLA SALUTE MENTALE

3.1 Il dipartimento di salute mentale

Il Dipartimento di salute mentale (DSM) è l'insieme delle strutture e dei servizi che hanno il compito di farsi carico della domanda legata alla cura, all'assistenza e alla tutela della salute mentale nell'ambito del territorio definito dall'Azienda sanitaria locale (ASL).

Il DSM è dotato dei seguenti servizi:

- servizi per l'assistenza diurna: i Centri di Salute Mentale (CSM);
- servizi semiresidenziali: i Centri Diurni (CD);
- servizi residenziali: strutture residenziali (SR) distinte in residenze terapeutico-riabilitative e socio-riabilitative;
- servizi ospedalieri: i Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC) e i Day Hospital (DH).

L'offerta assistenziale è completata dalle Cliniche universitarie e dalle case di cura private.

3.1.1 Centro di Salute Mentale

Il Centro di Salute Mentale (CSM) è il centro di primo riferimento per i cittadini con disagio psichico. Coordina nell'ambito territoriale tutti gli interventi di prevenzione, cura, riabilitazione dei cittadini che presentano patologie psichiatriche.

Al Centro fa capo un'équipe multiprofessionale costituita almeno da uno psichiatra, uno psicologo, un assistente sociale, un infermiere e un educatore professionale.

Il CSM assicura i seguenti interventi:

- trattamenti psichiatrici e psicoterapie, interventi sociali, inserimenti dei pazienti in Centri diurni, Day hospital, strutture residenziali, ricoveri;
- attività diagnostiche con visite psichiatriche, colloqui psicologici per la definizione di appropriati programmi terapeutico-riabilitativi e socio-riabilitativi nell'ottica dell'approccio integrato, con interventi ambulatoriali, domiciliari, di rete e residenziali nella strategia della continuità terapeutica;
- attività di raccordo con i medici di medicina generale, per fornire consulenza psichiatrica e per condurre, in collaborazione, progetti terapeutici e attività

formativa. In alcuni CSM è attiva anche una linea telefonica dedicata ai medici di famiglia per counseling³¹, durante l'orario di apertura;

- consulenza specialistica per i servizi “di confine” (alcolismo, tossicodipendenze ecc.), nonché per le strutture residenziali per anziani e per disabili;
- attività di filtro ai ricoveri e di controllo della degenza nelle case di cura neuropsichiatriche private accreditate, al fine di assicurare la continuità terapeutica;
- valutazione ai fini del miglioramento continuo della qualità delle pratiche e delle procedure adottate;
- intese e accordi di programma con i Comuni per, tra l'altro, inserimenti lavorativi degli utenti psichiatrici, affido etero-familiare ed assistenza domiciliare;
- collaborazione con Associazioni di volontariato, scuole, cooperative sociali e tutte le agenzie della rete territoriale.

È previsto che il CSM sia attivo, per interventi ambulatoriali e/o domiciliari, almeno 12 ore al giorno, per 6 giorni alla settimana.

3.1.2 Centro Diurno

Il Centro Diurno (CD) è una struttura semiresidenziale con funzioni terapeutico-riabilitative, collocata nel territorio.

È previsto che sia aperto almeno 8 ore al giorno per 6 giorni a settimana.

È dotato di una propria équipe, eventualmente integrata da operatori di cooperative sociali e organizzazioni di volontariato. Dispone di locali idonei adeguatamente attrezzati.

Nell'ambito di progetti terapeutico-riabilitativi personalizzati, consente di attuare percorsi terapeutici e di sperimentare e apprendere abilità nella cura di sé, nelle attività della vita quotidiana e nelle relazioni interpersonali individuali e di gruppo, anche ai fini dell'inserimento lavorativo.

³¹ Il Counseling (o anche counselling in inglese britannico) è un intervento di supporto nei confronti di individui con problematiche di varia natura (come problemi relazionali, perdita del lavoro o malattie croniche) diretto al superamento delle difficoltà di adattamento rispetto a specifiche situazioni di tensione, cercando di stimolare le loro capacità di reazione. Si occupa di problemi non specifici come prendere decisioni, o del miglioramento delle relazioni interpersonali e, contestualmente, circoscritti (famiglia, scuola, lavoro).

Il CD può essere gestito dal DSM o dal privato sociale e imprenditoriale. Nel rispetto degli standard nazionali per l'accreditamento, i rapporti con il DSM sono regolati da apposite convenzioni, che garantiscano la continuità della presa in carico.

3.1.3 Strutture Residenziali

Si definisce struttura residenziale (SR) una struttura extra-ospedaliera in cui si svolge una parte del programma terapeutico-riabilitativo e socio-riabilitativo per i cittadini con disagio psichiatrico inviati dal DSM con programma personalizzato e periodicamente verificato. Queste strutture hanno lo scopo di offrire una rete di rapporti e di opportunità emancipative, all'interno di specifiche attività riabilitative.

La SR, pertanto, non va intesa come soluzione abitativa.

Le strutture residenziali sono differenziate in base all'intensità di assistenza sanitaria (24 ore, 12 ore, fasce orarie) e non hanno più di 20 posti. Sono collocate in località urbanizzate e facilmente accessibili per prevenire ogni forma di isolamento delle persone che vi sono ospitate e per favorire lo scambio sociale. Le SR possono essere realizzate e gestite dal DSM o dal privato sociale e imprenditoriale. In tal caso i rapporti con il DSM sono regolati da appositi accordi ove siano definiti i tetti di attività e le modalità di controllo degli ingressi e delle dimissioni.

3.1.4 Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura

Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) è un servizio ospedaliero dove vengono attuati trattamenti psichiatrici volontari ed obbligatori in condizioni di ricovero. Esplica, inoltre, attività di consulenza agli altri servizi ospedalieri.

E' ubicato all'interno delle strutture ospedaliere (Aziende ospedaliere, Presidi ospedalieri di Aziende sanitarie, Policlinici universitari).

E' parte integrante del Dipartimento di Salute Mentale, anche quando l'ospedale in cui è ubicato non sia amministrato dalla stessa Azienda sanitaria. In tal caso i rapporti tra le due Aziende sanitarie sono regolati da convenzioni obbligatorie, secondo le indicazioni della Regione.

Il numero complessivo dei posti letto è individuato tendenzialmente nella misura di uno ogni 10.000 abitanti. Ciascun SPDC contiene non più di 16 posti letto ed è dotato di adeguati spazi per le attività comuni.

3.1.5. Day Hospital psichiatrico

Il Day Hospital psichiatrico (DH) costituisce un'area di assistenza semiresidenziale per prestazioni diagnostiche e terapeutico riabilitative a breve e medio termine. Può essere collocato all'interno dell'ospedale, con un collegamento funzionale e gestionale con il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura. Può essere, inoltre, collocato presso strutture esterne all'ospedale, collegate con il CSM, dotate di adeguati spazi, delle attrezzature e del personale necessario.

È previsto che sia aperto almeno 8 ore al giorno per 6 giorni alla settimana.

Ha la funzione di:

- permettere accertamenti diagnostici vari e complessi
- effettuare trattamenti farmacologici
- ridurre il ricorso al ricovero vero e proprio o limitarne la durata.

L'utente vi accede in base a programmi concordati tra gli operatori del DSM.

Le Regioni e le Province Autonome, nell'ambito della programmazione sanitaria regionale, definiscono la collocazione e il numero dei posti letto in DH, tenendo presente che un posto letto in DH è equivalente ad un posto letto in SPDC.

3.2 Il ruolo dell'educatore professionale nelle strutture psichiatriche

Le persone che soffrono di disturbi psichici, nella nostra cultura, sono ancora soggetti a uno "stigma": ciò porta al graduale rifiuto, allontanamento ed esclusione della persona mediante l'assunzione di comportamenti discriminatori nei confronti della stessa. Questo stato di solitudine compromette ulteriormente le abilità dell'individuo e le sue capacità di recupero; lo stigma che si accompagna alla malattia mentale crea, infatti, un circolo vizioso di alienazione e discriminazione per la persona malata, per la sua famiglia e per tutto l'ambiente ad essi circostante, diventando la fonte principale di un grave isolamento sociale.

L'individuo che entra da utente in un reparto di Psichiatria, pertanto, non solo soffre di disturbi mentali, ma ha associato anche il dolore dovuto alle conseguenze della stigmatizzazione.

Occuparsi di Psichiatria vuol dire avere un rapporto col prossimo che ti chiede aiuto, avendoti individuato come persona competente: tale richiesta mette in condizione l'educatore di entrare nell'ottica di avere a che fare con persone normali, che reagiscono però in modo poco produttivo, avendo nel proprio bagaglio personale una

storia particolare. Questa storia, se ci prendiamo la briga di affrontarla dalla parte dell'interessato, ci fa capire che noi, nei loro panni, con la loro storia, ci comporteremmo come loro; anzi, probabilmente peggio di loro. Le storie degli utenti dei reparti di Psichiatria sono storie in cui a prevalere sono sempre la paura e la sfiducia, storie dalle quali ci si rende conto che non è mai comparso un atteggiamento fiducioso nei loro confronti.

L'Educatore professionale ha un ruolo centrale in ambito psichiatrico: egli, come professionista nell'educazione degli adulti con disagio mentale, è un facilitatore dell'apprendimento, ed oltre a conoscere a fondo i processi di apprendimento ha la capacità di aiutare la persona a impegnarsi in maniera proattiva nella diagnosi dei propri bisogni in continua trasformazione. Questo operatore specializzato, però, per poter lavorare al meglio, deve essere parte integrante di una ben più ampia equipe. Nei reparti Psichiatrici, la figura dell'Educatore professionale funge prettamente da mediatore tra il paziente ed i suoi processi di organizzazione cognitiva ed emotiva; egli trova la sua funzione nel guidare l'altro verso l'autonomia nei compiti che fanno quotidianità, contribuendo così alla ristrutturazione della sua immagine interiore: l'obiettivo cardine del suo lavoro è fare ordine e chiarezza fuori per raggiungere un parallelo equilibrio interiore.

L'Educatore professionale si colloca all'interno della cosiddetta categoria dei "professionisti dell'aiuto", cioè di coloro che entrano in contatto con diverse tipologie di utenti, che necessitano però tutte di sostegno. Nonostante sia evidente che situazioni diverse richiedano differenti modalità di approccio, la base su cui un Educatore deve poggiare il suo agire è sempre la stessa, ed essa esige la presenza di quattro costanti fondamentali: conoscenza, professionalità, competenza e motivazione. Senza questi fondamentali ingredienti, la prestazione erogata si ridurrebbe a una prestazione tecnica e meccanica, che se da un lato potrebbe essere uno strumento di difesa da coinvolgimenti personali troppo profondi, dall'altro svuoterebbe l'intervento della sua essenza.

L'intervento dell'Educatore professionale è complesso ed articolato, in quanto esercita quotidianamente un ruolo di mediazione tra i bisogni degli utenti e le risorse professionali e strumentali a disposizione; egli deve essere inoltre capace di rendersi flessibile nel proprio intervento ed in grado di interagire con diversi interlocutori senza mai dimenticare i confini e le peculiarità del proprio ruolo.

L'Educatore professionale è chiamato a riconoscere e ad ascoltare con particolare attenzione i sentimenti che ciascun utente prova e sperimenta, ad amplificarli, a dar loro voce, a completarli e – se possibile – ad attribuire loro un significato. Egli deve porsi nell'ottica di essere un effettivo “elemento di cambiamento”, ed è necessario che sviluppi una particolare sensibilità e disponibilità ad individuare i bisogni (spesso inespressi) dei pazienti. Gli strumenti che l'Educatore professionale impara ad utilizzare e ad affinare nell'esercizio del suo incarico privilegiano la relazione empatica, l'osservazione partecipe, la capacità di lavorare in gruppo con figure professionali diverse, la supervisione psicologica, e soprattutto l'utilizzo della famiglia come risorsa indispensabile per il proprio lavoro; l'osservazione, in tutto questo, rappresenta uno strumento fondamentale di conoscenza.

L'osservazione partecipe si caratterizza per il suo ruolo attivo: non solo si registrano i comportamenti spontanei, ma è necessario – a volte – intervenire modificando le caratteristiche del contesto, attraverso la comprensione e la riorganizzazione di quegli aspetti ritenuti critici, per consentire l'attivazione di competenze ed abilità da parte dei soggetti in carico. L'osservazione aiuta, inoltre, a riflettere sugli interventi coerenti con il PEI (Piano Educativo Individualizzato), ipotizzando in collaborazione con l'equipe multidisciplinare le strategie più funzionali alla soluzione della situazione problematica. Nel lavoro di equipe, il contributo da parte dell'Educatore professionale si esplica nel monitoraggio quotidiano dei punti di forza e di debolezza dell'utente, che permettono a tutti gli attori coinvolti nel processo educativo di costruire una serie percorribile di obiettivi e di attività in quella specifica situazione e con le risorse effettivamente a disposizione. Oltre che monitorare il raggiungimento o meno degli obiettivi prefissati, è compito poi dell'Educatore valutare il grado di generalizzazione delle abilità, il grado di mantenimento nel tempo delle competenze acquisite ed il livello raggiunto.

Come dice la stessa etimologia del termine, educare significa consentire all'individuo di diventare consapevole di se stesso e del proprio ambiente, e di svolgere un ruolo sociale nel lavoro e nella società in genere. L'Educatore professionale è colui che interviene su problematiche legate al disagio psicologico e sociale e alla malattia fisica, per cui diviene il portavoce del bisogno di comprensione e dell'esigenza di sostegno di un'identità che non corrisponde a valori normativizzati, in quanto inserito dalla società in una posizione di deviante.

L'intervento dell'Educatore, però, non è limitato alle situazioni devianti dalle condizioni considerate normali per il sistema, ma si estende all'ambiente quotidiano di vita del soggetto: lo scopo dell'agire educativo è un "cambiamento modale", che coinvolge la persona intera nella sua globalità in ogni aspetto della sua esistenza. L'Educatore professionale, in un reparto di Psichiatria, si troverà spesso a svolgere la propria azione all'interno di gruppi; per questo motivo è fondamentale che egli sia in grado di favorire la collaborazione spontanea ed attiva dei soggetti, ampliare la loro capacità di espressione con i vicini (imparando ad usare anche la gestualità come modalità comunicativa) e limare le regole patologiche di cui il gruppo si è strutturato. Alla luce di quanto detto, risulta evidente come – tramite interventi educativi ben progettati e consapevoli – i soggetti affetti da malattia mentale possano essere riabilitati, e possa essere quindi garantita loro una normale vita.

Lavorando in equipe, ovviamente, l'Educatore professionale non è solo: ad essere utilizzati sono molteplici approcci, ognuno mirato ad intervenire su uno dei fattori scatenanti il disturbo mentale specifico dell'utente; ad essere oggi riconosciuto come l'approccio terapeutico più completo è quello che integra la terapia farmacologica al trattamento psicoterapeutico. Mentre il primo contiene i sintomi della malattia, il secondo può mettere il paziente nella condizione di individuare, elaborare e trasformare (risolvendole) le ragioni profonde della malattia. È necessario dedicare un tempo adeguato al colloquio con l'utente per valutare la serietà del problema e giungere a terapie che non mirino semplicemente a nascondere i sintomi del disagio dietro ad un farmaco: la parola può aiutarci a capire l'origine del male, e l'obiettivo deve essere quello di ristabilire le condizioni di equilibrio e di benessere psichico al di là della terapia farmacologica.

CAPITOLO 4: VILLA JOLANDA, CASO CLINICO E QUESTIONARIO COVID

4.1 La struttura

La Clinica Specialistica Psichiatrica Villa Jolanda, situata sulle Valli dell'Esino nelle immediate vicinanze del borgo di Scisciano (Comune di Maiolati Spontini), è immersa in un ampio parco alberato di circa tre ettari. È dotata di 74 posti letto (in camere doppie o multiple) autorizzati ed accreditati con il SSR tutti convenzionati con la ASUR Marche Area vasta 2 A.S. 5 di Jesi.

Data la grande esperienza maturata in oltre 30 anni di attività, rappresenta oggi un punto di riferimento per l'accoglienza di casi particolarmente complessi, garantendo elevati standard assistenziali e terapeutici.

Villa Jolanda accoglie pazienti che necessitano di trattamento in regime di ricovero ospedaliero e/o residenziale, con particolare specializzazione nella cura dei Disturbi Depressivi, dei Disturbi di Personalità, delle Psicosi e delle Doppie Diagnosi. Il reparto di riabilitazione ospedaliera intensiva (ROI) è dotato di 15 posti letto. Vi sono poi due nuclei da 40 posti letto per la degenza ordinaria extraospedaliera/residenziale (SRP) ad alta o media intensità assistenziale.

Infine è presente un reparto di RSA psichiatrica, con 19 posti letto, che accoglie pazienti ultrasessantacinquenni affetti da demenze o patologie psichiatriche, ma anche persone non autosufficienti con un piano terapeutico senza termine.

La presenza di reparti a diversa intensità di cura, permette di offrire percorsi riabilitativi integrati e completi.

4.1.1 *Le patologie trattate*

Villa Jolanda è specializzata nella presa in carico di pazienti affetti da diverse patologie. In particolare sono trattate:

- Patologie Psicogeriatriche. Depressione, disturbi della memoria e demenze senili.
- Psicosi. Disturbi che alterano le funzioni mentali.
- Schizofrenia. Forma dissociativa di alterazione del pensiero.

4.1.2 Interventi Terapeutici

La casa di cura Villa Jolanda offre una serie di interventi terapeutici specifici sulle patologie trattate. Si possono così sintetizzare:

- Coinvolgimento della famiglia. Intervento sulla famiglia per individuare possibili difficoltà e risorse coinvolte nel cambiamento;
- Colloqui clinici di sostegno. Un supporto ai pazienti in particolari situazioni;
- Recupero delle abilità di vita quotidiana. Reinsegnare le abilità perse a causa della malattia;
- Riabilitazione delle funzioni neurocognitive. Interventi di riabilitazione che intervengono sulle funzioni neurocognitive;
- Trattamento farmacologico. Intervento di recupero in un percorso associato ad altre terapie;
- Trattamento psicoeducazionale. Stimolare la gestione consapevole della malattia e delle sue conseguenze;
- Trattamento psicoterapeutico-Approccio cognitivo comportamentale. Individuazione delle credenze cognitive disfunzionali;
- Trattamento psicoterapeutico-Approccio psicoanalitico. Affrontare e attenuare le angosce, le crisi e i disagi psichici ed emozionali;
- Trattamento psicoterapeutico-Approccio sistemico relazionale. Intervento sulle modalità di relazione tra il paziente e la sua famiglia.

4.1.3 Modalità d'intervento

La casa di cura Villa Jolanda offre tre tipi di ricovero in base alle diverse diagnosi dei pazienti che devono essere inseriti nella struttura:

A) RICOVERO IN RIABILITAZIONE OSPEDALIERA INTENSIVA (ROI) IN DEGENZA ORDINARIA

Accoglie utenti in situazioni di crisi e/o di post acuzie psichiatrica; di norma i ricoveri sono programmati con i Dipartimenti di Salute Mentale.

La durata della degenza prevede tempi contenuti (massimo 30 giorni) e compatibili con la risoluzione della crisi, una prima definizione ed attivazione del progetto terapeutico-riabilitativo che può proseguire presso altri contesti assistenziali, interni oppure esterni alla struttura.

La clinica dispone di 15 posti letto ROI.

B) RICOVERO EXTRA OSPEDALIERO/RESIDENZIALE IN DEGENZA ORDINARIA (SRP1, SRP 2.1)

Ricoveri riabilitativi programmati con i Dipartimenti di Salute Mentale con intensità assistenziale variabile (media o alta).

Il ricovero tiene conto della psicopatologia complessa e disabilità elevata; durante lo stesso vengono erogate prestazioni riabilitative e risocializzanti.

La clinica dispone di 40 posti letto SRP.

C) RICOVERO IN RSA IN DEGENZA ORDINARIA

Accoglie utenti ultrasessantacinquenni con patologie psicogeriatriche o utenti con un piano terapeutico senza termine (ovvero pazienti per i quali la patologia risulta invalidante al punto da renderli non autosufficienti e non in grado di rientrare al domicilio).

La clinica accoglie 19 pazienti nel reparto RSA.

4.1.4 L'Equipe Multidisciplinare

I pazienti vengono presi in carico, sia in fase acuta che in fase di riabilitazione, da un team multidisciplinare che unisce diverse professionalità. Il team comprende:

- Psichiatra: ha il compito di fare un primo colloquio con il paziente all'ingresso in struttura. Illustra le tappe del percorso di guarigione, gli obiettivi e le difficoltà da affrontare e predispone l'eventuale terapia farmacologica d'ausilio;
- Psicologo: è la figura che si occupa della comprensione e sostegno della persona in ottica di prevenzione e diagnosi, approfondendone il funzionamento, sia a livello caratteriale sia dal punto di vista cognitivo;
- Medico Internista: ovvero un "medico specialista in medicina interna". Si inserisce nell'equipe multidisciplinare di professionisti specializzati valutando le condizioni cliniche generali del paziente e analizzando lo stato fisico globale;
- Infermiere: ha un ruolo terapeutico-riabilitativo all'interno dell'equipe multidisciplinare, ponendosi come figura professionale di supporto nel percorso di cura;
- Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica: si occupa di tutte quelle attività che aiutano il paziente a ritrovare un ordine spazio temporale, restituendo un ritmo della giornata, lavorando sulla motivazione e facendo leva sulle inclinazioni della persona;

- **Educatore professionale:** opera sul contesto sociale del paziente allo scopo di favorirne il reinserimento nella comunità, seguendolo nell'intero arco della sua giornata e aiutandolo a manifestare e condividere dubbi, perplessità e difficoltà. Ogni educatore sviluppa con il paziente un progetto condiviso nell'ambito dell'equipe multi-professionale, volto a coltivare e potenziare le abilità residue e a raggiungere livelli sempre più avanzati di autonomia. L'educatore lavora in particolare sugli aspetti comportamentali e dell'integrazione relazionale in un contesto di partecipazione e recupero alla vita quotidiana, promuovendo e organizzando risorse e strutture sociali e sanitarie al fine di realizzare il progetto educativo integrato con il coinvolgimento, ove necessario, delle famiglie, dei gruppi di volontari e della collettività.
- **Assistente sociale:** la sua attività è rivolta all'identificazione e al supporto del paziente sia per quanto attiene il periodo della degenza sia per quanto riguarda i problemi connessi alla dimissione e al rientro a casa.
- **Operatore socio sanitario (OSS):** è la figura che si occupa del comfort alberghiero e dell'accoglienza.

Il dialogo ed il confronto tra questi professionisti e la condivisione di esperienze a livello medico scientifico, rendono altamente qualificata l'offerta riabilitativa, con percorsi terapeutici e assistenziali specialistici ed innovativi.

4.1.5 Le attività della struttura

Le attività educative e riabilitative che vengono fatte nella struttura sono:

- Stimolazione della cura del sé;
- Attività di stimolazione cognitiva: IPT³², CRT³³, attenzione e memoria

³² La Terapia Psicologica Integrata (IPT) è un intervento terapeutico basato su tecniche di apprendimento sociale e psicosociale. Si tratta di una tecnica presentante un programma strutturato, prevalentemente utilizzata in sedute gruppali, destinata a soggetti affetti da schizofrenia e disturbi dello spettro schizofrenico. Il metodo tiene presente la centralità del deficit cognitivo derivante da tali patologie e l'incidenza che esso ha sul funzionamento globale dell'individuo. L'IPT si rivela molto efficace inerentemente alla sintomatologia negativa, è efficace sul funzionamento globale, è efficace sulla performance cognitiva.

³³ La Cognitive Remediation Therapy (CRT) si propone specificamente di riabilitare l'attenzione, la memoria e le funzioni esecutive, cioè le aree particolarmente deficitarie nella schizofrenia. La CRT consiste in un programma di training cognitivo strutturato costituito da tre moduli elaborati per lo sviluppo di funzioni quali la flessibilità cognitiva, la memoria di lavoro e la pianificazione, con l'obiettivo di indurre la persona a sviluppare strategie proprie per risolvere i problemi, con il supporto di un terapeuta che guida il soggetto nella risposta adeguata alle richieste dell'ambiente.

- Attività psicoeducative coordinate dalle psicologhe: gruppo comunicazione assertiva, gruppo social skill training, gruppo problem solving, gruppo gestione dell'ansia;
- Attività di psicomotricità;
- Attività espressive: gruppo redazione giornalino, gruppo autobiografico, cineforum, laboratori occupazionali.

4.2 Progetto educativo su un caso clinico

Il paziente V. D. di anni 46 ha avuto il suo esordio patologico in età adolescenziale con un episodio di etero-aggressività davanti alla scuola senza apparente motivo. Ha una diagnosi di disturbo schizofrenico di tipo paranoideo caratterizzato da allucinazioni uditive, deliri mistici e disturbi del pensiero, e ha degli atteggiamenti compulsivi che derivano da un pensiero ossessivo. Il paziente entra nella comunità Villa Jolanda il 3 Ottobre 2018: al momento del ricovero è lucido, orientato a livello spazio-temporale con un tono dell'umore adeguato, collaborante anche se un po' diffidente. Ha un diploma di scuola media, poi effettua 2 anni di I.T.I.; successivamente decide di trasferirsi all'ipsia. A seguito di condotte di bullismo subite, il paziente abbandona definitivamente gli studi senza conseguire il diploma di maturità.

Decido di effettuare un progetto sul paziente in quanto: se non viene stimolato partecipa poco alle attività, esce spesso dalla stanza dell'attività a causa dei suoi pensieri ossessivi e fa fatica a mantenere la concentrazione durante l'attività. Inoltre fa difficoltà ad esprimersi come vorrebbe nelle attività espressive e creative.

- FINALITA': raggiungimento del massimo grado di autonomia + miglioramento della qualità di vita
- OBIETTIVI: 1) Stimolare il paziente a partecipare alle attività 2) mantenere l'attenzione durante l'attività 3) migliorare la capacità di esprimersi
- ATTIVITA': 1) giornalino: scegliere insieme al pz un tema affine a lui su cui scrivere un articolo per il giornalino della clinica Villa Jolanda ("the Passengers")
2) gruppo autobiografico: da una parola o tema il pz scrive tutto ciò che gli viene in mente a riguardo in modo tale da potersi esprimere

- RISORSE INTERNE ED ESTERNE: stanza adibita all'attività con tavoli, sedie, fogli, penne, colori...
- PATNERS INTERNI ED ESTERNI: psicologa, educatore professionale
- TEMPI: 6 mesi
- SPAZI: stanza adibita all'attività
- COSTI: 0
- VERIFICA: ci tengo a precisare che nonostante il periodo complicato e difficile (causa covid), sono riuscita a portare a termine il progetto. Infatti il paziente partecipa molto più volentieri e in maniera più attiva alle attività espressive e creative anche senza essere stimolato più di tanto; riesce a mantenere l'attenzione più a lungo senza interrompere ed uscire dalla stanza. Il paziente ha avuto un miglioramento nella capacità di esprimersi, riuscendo a mettere per iscritto le sue emozioni e i suoi pensieri;
- INDICATORI DI VERIFICA: 1) quantitativi: GRADO DI PARTECIPAZIONE (n° di volte che non partecipa: 4), 2) qualitativi: LIVELLO DI PARTECIPAZIONE: ottimo (il pz partecipa sempre in modo attivo), LIVELLO DI ATTENZIONE: buono (il pz esce poche volte dalla stanza, soltanto per bisogni primari), CAPACITA' DI ESPRIMERSI: buona (grazie alla relazione creata tra me e il pz, quest'ultimo mi confidava a voce i pensieri e le emozioni riguardo al tema trattato durante il gruppo autobiografico e insieme al mio aiuto è riuscito anche a metterli per iscritto, come si può vedere da alcune foto allegate sotto).

Didascalia 4.1: Gruppo autobiografico, tema musica, pensieri del pz.

LA MUSICA

LA MUSICA X ME E' LA PIU'

BELLA COSA CHE ESISTE, A ME

PIACEREBBE SUONARE LA CHITARRA
ELETTRICA

E LA BATTERIA PERO NON MI SENTO

PORTATO

LE MIE ~~CANTATE~~ CANTANTE PREFERITE

ITALIANE SONO MIA ~~ANTINA~~

ANTINI E PATTY PRAVO

E LA MIA CANZONE PREFERITA E'

MINUETTO MI ENOIOORA

OGNI VOLTA CHE L'ASCOLTO PARLA

DELL'AMORE.

LA MUSICA MI AIUTA NEI MOMENTI PIU' DIFFICILI,
QUANDO SONO TRISTE A SOLTANDOIA

RIESLO A CAMBIARE UMORE. MIO PADRE NELL'

OCCLUSIONI PIU' IMPORTANTI MI PORTA SEMPRE

LA QUELLO CHE MI PIACE DI PIU' E' THE DOORS

IL CANTANTE SI CHIAMA JIM MORRISON

LA MIA CANZONE PREFERITA DEI DOORS E'

~~ROAD~~ ROAD HOUSE BLUES

Didascalia 4.2: Gruppo autobiografico, tema la vita come una tavolozza di colori, pensieri del pz.

2b) TEMA

LA TELA DELLA VITA PER ME E' COMPOSTA DA MOLTE
DIFFICOLTA' E IMPATTI STO PASSANDO DEI MOMENTI
BRUTTISSIMI PERCHE' MI STATO DI SBAGLIARE
CONTINUAMENTE

IN QUESTO MOMENTO I MIEI COLORI SULLA TELA
SONO NERO GRASSO PERCHE' E' UN
PERIODO DIFFICILE E NEGATIVO

NELLA MIA VITA SONO RIUSCITO A COLORARE
ANCHE
LA TELA DI SPUNATURE POSITIVE PER

ESERCIZIO QUANDO STAVO A CASA CON LA MIA
FAMIGLIA E NON STAVO NELLE STRUTTURE.

07/04/2021

4.3 QUESTIONARIO COVID

Durante il mio tirocinio (Novembre 2020 – Aprile 2021, 600 ore) a Villa Jolanda ho riscontrato una situazione difficile e particolare a causa della situazione pandemica. Infatti molti pazienti durante questo periodo hanno avuto un peggioramento in quanto risentivano del fatto che non potevano più incontrare con i familiari e gli amici, cosa che invece prima della pandemia si facevano di routine. Ci tengo a precisare che durante tutto il periodo di pandemia i pazienti non hanno potuto vedere fisicamente i loro familiari per una questione di sicurezza visto che gli utenti erano tutti negativi e gli operatori, oltre ad utilizzare i dispositivi di protezione personale, venivano continuamente sottoposti a tamponi (anche dopo il vaccino). Come si può immaginare gran parte dei pazienti erano demotivati da questa situazione, proprio per questo ho deciso di creare un questionario da far compilare ai pazienti per dar loro voce riguardo ai pensieri personali sulla pandemia. Il questionario, somministrato nel mese di Aprile del 2021, è composto da 10 domande: alcune a risposta multipla ed altre aperte. Ovviamente vista la numerosità dei pazienti ricoverati (70/80) e in molti casi lo stato avanzato della malattia ho deciso di non far compilare il questionario a tutti i pazienti ma ad una parte molto ristretta che su base volontaria hanno scelto di rispondere alle domande.

Ho deciso di analizzare 10 questionari, di seguito i risultati ottenuti per ogni domanda sottoposta ai pazienti.

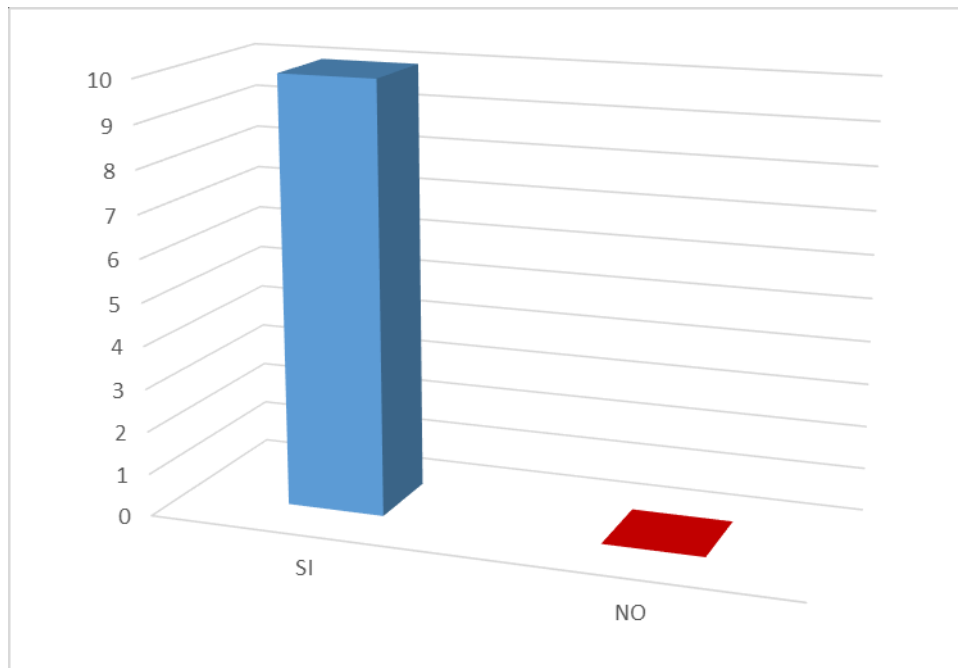
1° DOMANDA: Sai cos'è il covid?

A) SI

B) NO

Se si, quali sono i suoi sintomi?

Grafico 4.1: Che cos'è il covid.

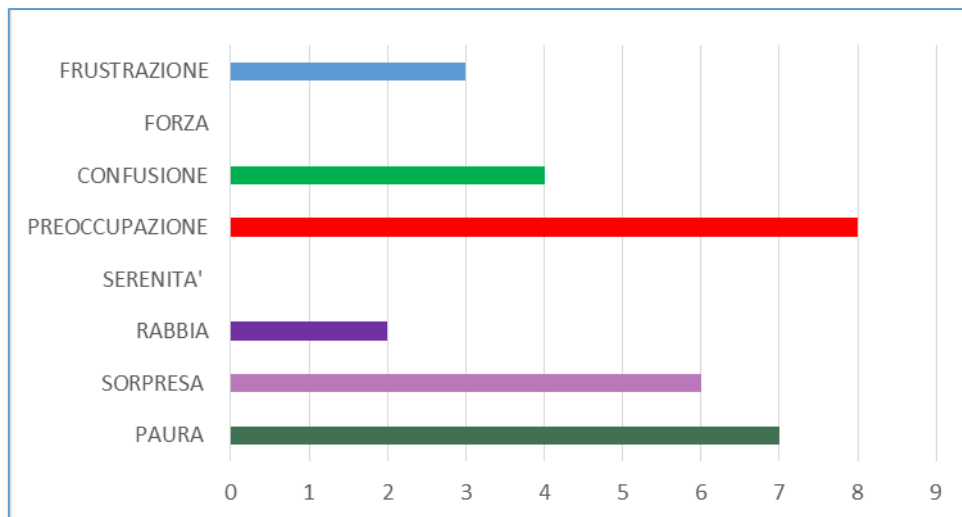


Ho voluto iniziare il questionario con questa domanda per verificare se i pazienti sapevano dell'esistenza di questa malattia. Come si può vedere dal grafico tutti e 10 hanno risposto SI, questo dimostra che avevano consapevolezza di ciò che stava accadendo fuori. Per quanto riguarda i sintomi, tutti hanno indicato febbre alta e difficoltà a respirare, c'è chi ha aggiunto anche perdita del gusto e dell'olfatto, tosse, polmonite e dolori muscolari. Oltre sull'esistenza della malattia, tutti i pazienti hanno dimostrato di avere una conoscenza sui sintomi del covid-19 nonostante non hanno avuto contatto diretto con l'ambiente esterno.

2° DOMANDA: Quali emozioni e stati d'animo hai provato all'inizio di questa pandemia?

- A) PAURA
- B) SORPRESA
- C) RABBIA
- D) SERENITA'
- E) PREOCCUPAZIONE
- F) CONFUSIONE
- G) FORZA
- H) FRUSTRAZIONE

Grafico 4.2: Emozioni e stati d'animo provati all'inizio del covid.



In questa domanda era possibile mettere più di una risposta.

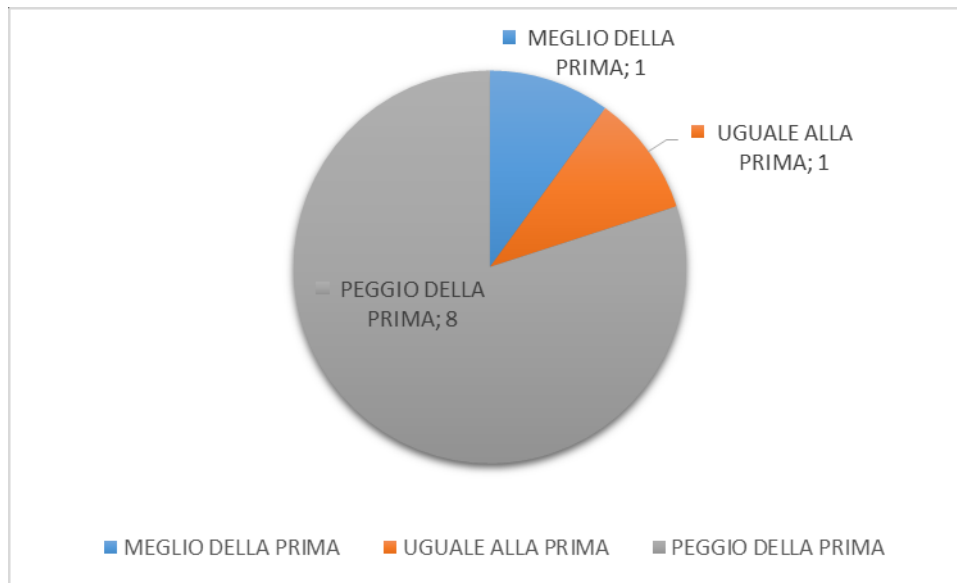
Da come si può notare dal grafico, nessuno dei 10 pazienti ha provato forza e serenità durante il periodo pandemico. Al contrario, gran parte hanno provato preoccupazione e paura; in pochi hanno provato rabbia. Da questo si può dedurre che lo stato d'animo dei pazienti, in linea generale, è peggiorato rispetto a prima. Il fatto di trovarsi isolati e lontani dalla propria famiglia creava loro preoccupazione verso le persone fuori e, in generale, paura per la situazione mondiale. Quest'ultima portava anche ad avere un clima dove vi era confusione, dovuto anche ad uno stato di incertezza e impotenza.

3° DOMANDA: Come stai vivendo adesso questa terza ondata?

- A) MEGLIO DELLA PRIMA
- B) UGUALE ALLA PRIMA
- C) PEGGIO DELLA PRIMA

Ti andrebbe di dire perché?

Grafico 4.3: Confronto tra la prima e la terza ondata della pandemia.



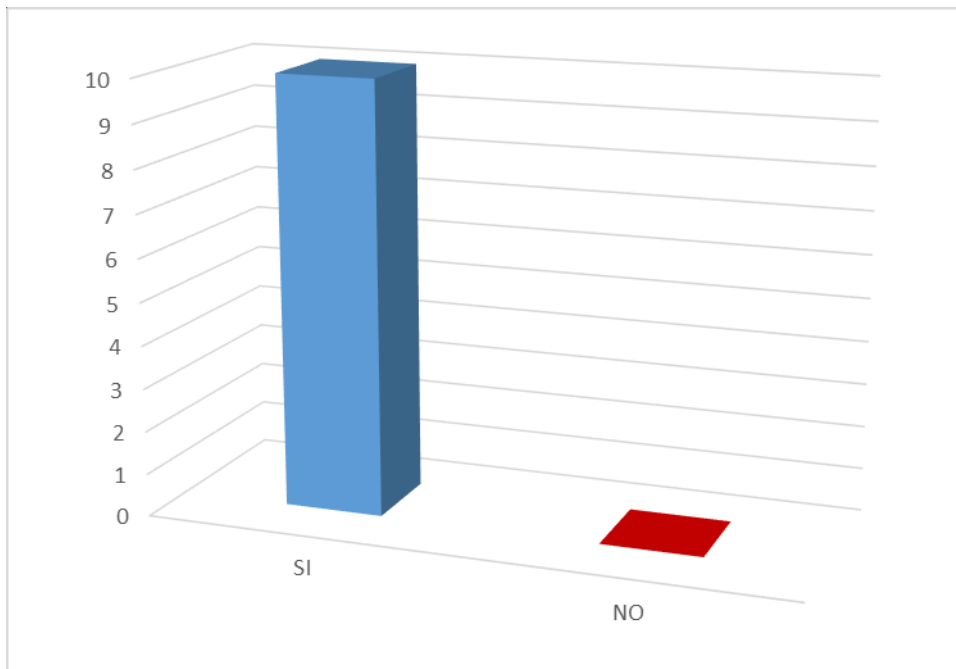
Da come si può notare dal grafico, 1 persona ha risposto “meglio della prima” perché ormai si era abituato alla situazione e si avevano più informazioni sulla malattia. Un'altra persona ha risposto “uguale alla prima” senza dare una motivazione. Gli altri 8 hanno risposto “peggio della prima”: alcuni perché non hanno il vaccino, altri perché dopo un anno non hanno visto miglioramenti, ci sono sempre più morti e hanno perso la fiducia.

Da questa terza domanda emerge come la terza ondata abbia generato ancora più sfiducia e demotivazione nei pazienti. Infatti il protrarsi in modo ciclico della pandemia ha generato inizialmente paura e preoccupazione, mentre nella fase finale della seconda ondata si intravedeva speranza e la voglia di tornare alla normalità. L'arrivo della nuova ondata ha generato stati d'animo ancora più forti e per questo la maggior parte dei pazienti l'ha vissuta peggio delle precedenti.

4° DOMANDA: Ti sei sentito supportato dagli operatori della struttura rispetto alla tematica covid?

- A) SI
- B) NO

Grafico 4.4: Opinioni e pensieri dei pz sul supporto ricevuto da parte degli operatori.



Tutti e 10 i pazienti si sono sentiti supportati dagli operatori della struttura, 3 persone hanno sottolineato che il personale hanno dato loro delle indicazioni e delucidazioni sul Covid-19. Nella struttura Villa Jolanda, essendo sempre stata un posto Covid free durante i mesi di pandemia, per i nuovi ricoveri veniva attuata una procedura ben definita. Il nuovo paziente appena ricoverato veniva messo in isolamento e sottoposto a tampone molecolare, successivamente si procedeva con la quarantena preventiva per un periodo di 10 giorni. Dopoché, una volta terminata la quarantena, il paziente veniva nuovamente sottoposto a tampone e se questo era di esito negativo veniva definitivamente inserito nei reparti. Tutto questo veniva messo in atto per la sicurezza e la prevenzione verso il nuovo paziente, gli altri pazienti della struttura e tutto il personale di riferimento.

Gli educatori in alcune attività trattavano la tematica del Covid-19: questo era un modo per cercare di tenere i pazienti sempre aggiornati, avere un continuo confronto e

risolvere eventuali dubbi. Si è affrontato, infine, un dibattito sulla possibilità di prevenire e combattere il virus introducendo la tematica del vaccino.

5° DOMANDA: Prima del covid era possibile incontrare i propri parenti e amici durante il ricovero. Le misure attualmente imposte dal Ministero della Sanità impediscono invece queste visite per contenere il diffondersi della pandemia. A livello personale come vivi questa restrizione?

Tutti e 10 i pazienti hanno risposto a questa domanda con “male” o addirittura “molto male” per il fatto che non potevano incontrare parenti ed amici.

Prima della pandemia molti pazienti avevano la possibilità di ritornare a casa dai propri familiari. Ad alcuni di questi veniva data la possibilità di trascorrere un paio di giorni a casa solitamente nel fine settimana, ad altri, invece, veniva concessa soltanto qualche ora o al massimo un’intera giornata. Questo dipendeva sia dalle disposizioni da parte del medico sia dalla disponibilità dei familiari del paziente. Con il Covid tutto questo si è fermato: i pazienti che erano abituati ad uscire si sono ritrovati da un giorno all’altro senza avere la possibilità di incontrare i loro familiari e amici.

Per sopperire a questa grande mancanza gli educatori organizzavano (sotto disposizione del medico, della psicologa e dell’assistente sociale) delle video chiamate con i familiari utilizzando il tablet aziendale per i pazienti sprovvisti di smartphone. Per tutti gli altri invece l’educatore era disponibile ad assistere nel momento in cui questi avevano difficoltà a mettersi in contatto con il familiare. Per poter fare la videochiamata ci doveva essere una richiesta o da parte del paziente stesso o del familiare accettata successivamente dall’altra parte. Per tutti gli altri pazienti sprovvisti di smartphone che non hanno mai manifestato la necessità di fare una videochiamata, potevano usufruire del telefono della struttura in orari definiti e consoni in base all’attività giornaliera dell’educatore.

Dal riscontro del questionario però si evince che tutto ciò non ha colmato pienamente le emozioni e le sensazioni che avrebbero lasciato un incontro in presenza.

6° DOMANDA: Cosa ti manca della quotidianità pre-covid?

7° DOMANDA: Qual è la prima cosa che faresti una volta finita tutta questa pandemia?

Grafico 4.5: Mancanze dei pazienti della quotidianità pre-covid.

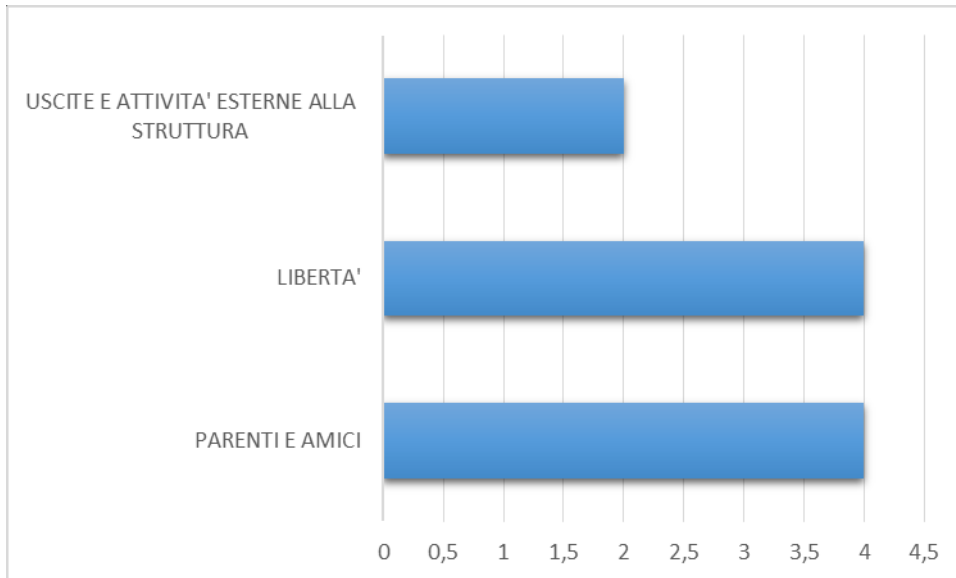
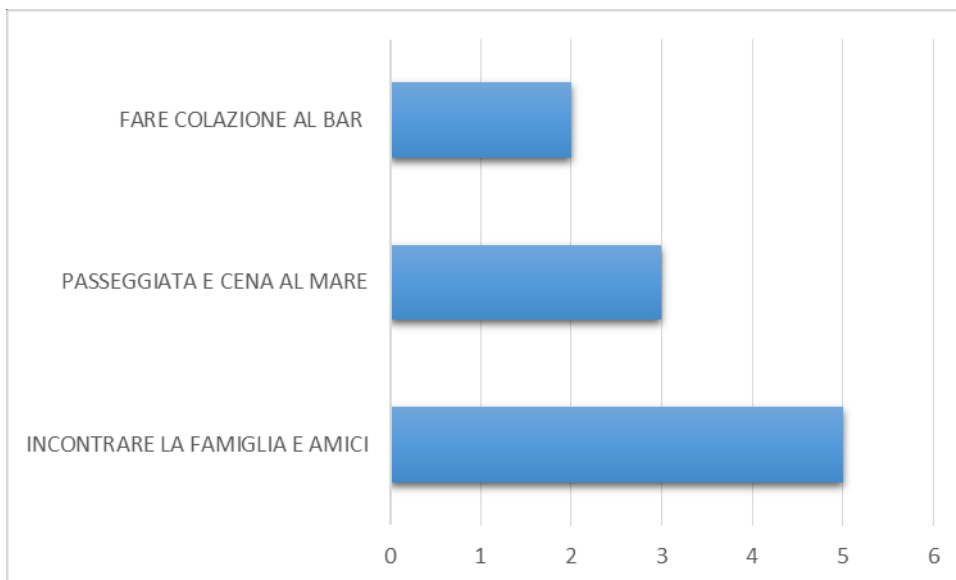


Grafico 4.6: Opinioni e pensieri dei pz sulla prima cosa che faranno non appena la pandemia sarà terminata.



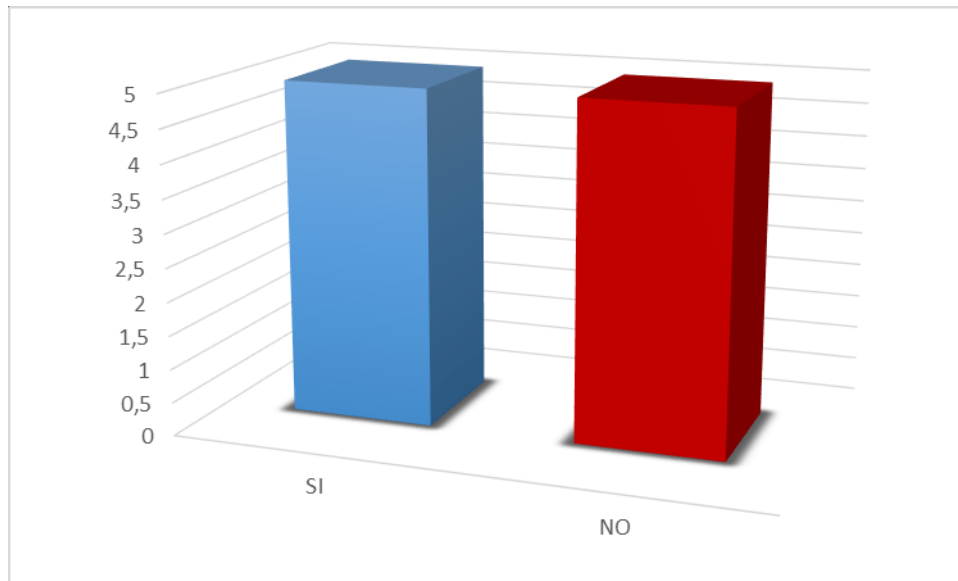
Dalle risposte è emerso che alla maggior parte dei pazienti è mancata la libertà, la famiglia e gli amici. Di conseguenza si è riscontrato che la prima cosa che vorrebbero fare terminata la pandemia è incontrare la famiglia e gli amici.

8° DOMANDA: Il tuo percorso riabilitativo ha avuto qualche ripercussione dovuta al covid?

- A) SI
- B) NO

Se si, ti andrebbe di dire quale?

Grafico 4.7: Ripercussioni dovute al covid sul percorso riabilitativo.



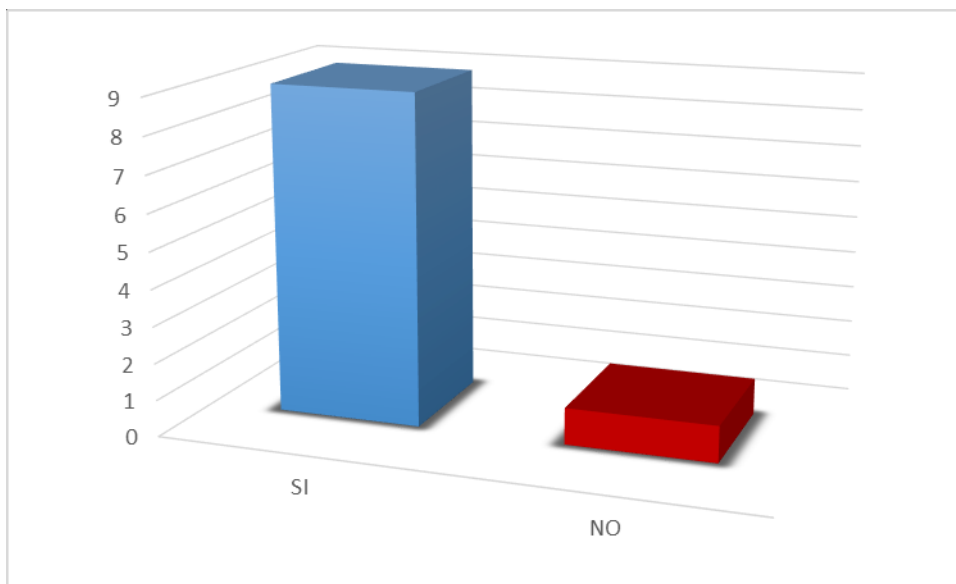
Da come si può notare dal grafico, 5 persone hanno risposto che il loro percorso riabilitativo non ha avuto alcuna ripercussione, mentre le altre 5 hanno risposto che ha subito delle ripercussioni. La struttura ha dovuto interrompere tutte le attività esterne, come il teatro, il gruppo canto, lo yoga e i tornei di diversi sport. Questo indirettamente ha avuto delle ripercussioni nei pazienti che hanno dovuto sospendere certe passioni. Anche l'educatore professionale si è dovuto riorganizzare utilizzando spazi più ampi per le attività interne e organizzandone altre nuove.

9° DOMANDA: C'è qualcuno/qualcosa che ti ha dato la forza di non mollare e di andare avanti?

- A) SI
- B) NO

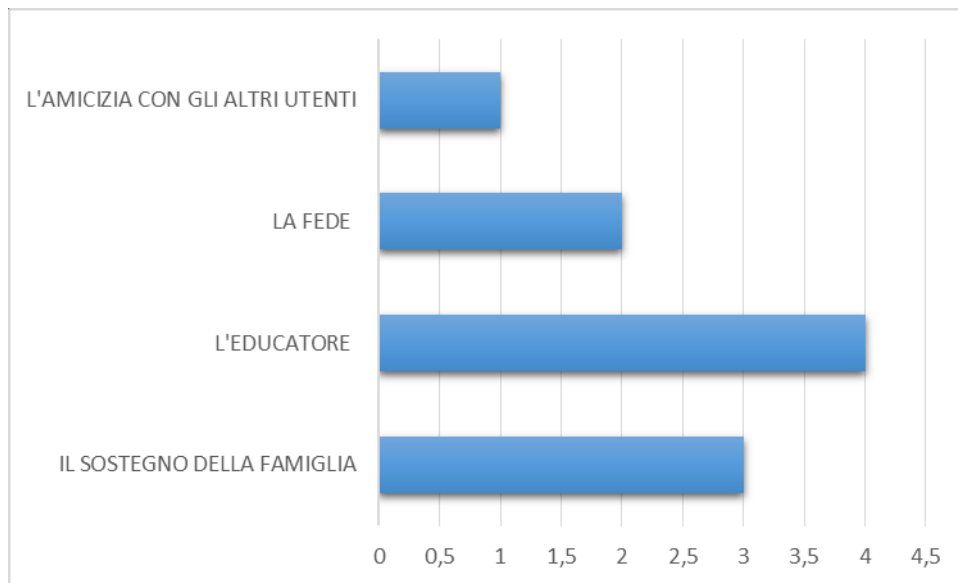
Se si, ti andrebbe di dire chi/cosa?

Grafico 4.8: Dimostrazione delle motivazioni dei pz a superare lo stato di difficoltà dovuto al covid.



Da come si può notare dal grafico, 9 persone su 10 hanno risposto SI. Da questo si deduce il bisogno dei pazienti di attaccarsi a qualcuno/qualcosa per poter affrontare un periodo difficile come quello della pandemia.

Grafico 4.9: Principali motivazioni che hanno spinto i pazienti a non mollare.



Gli utenti hanno specificato chi/cosa hanno dato loro la forza di non mollare e di andare avanti in questo modo: 1 persona ha scritto l'amicizia con gli altri utenti, 2 persone la fede, 4 persone l'Educatore e 3 persone il sostegno della famiglia. Da questo si può dedurre come, durante tutto questo periodo di pandemia, il ruolo dell'Educatore professionale ha avuto ancora di più un'importanza fondamentale per gli utenti. I pazienti volevano essere rassicurati perchè molto preoccupati anche per le famiglie, il tutto era amplificato dalla distanza un po' attenuata da telefonate e videochiamate.

10° DOMANDA: All'interno del tuo ricovero sono previste attività educative di riabilitazione e di stimolazione propedeutiche al tuo percorso terapeutico. Queste attività sono condotte da un Educatore Professionale. Quanto è stata e quanto è tutt'ora importante per te la figura dell'Educatore Professionale?

Didascalìa 4.3: Pensieri dei pazienti sull'importanza dell'Educatore professionale

Al 100%

L'Educatore Professionale è un punto di riferimento -

10 È INDISPENSABILE

MIO PERCORSO IN QUESTA
10) L'OPERATORE È IMPORTANTE NELL'AIUTARE IL PAZIENTE A
FARE ATTIVITÀ IMPROPTATE A NON PENSARE AL COVID E
AL RECUPERO DEL PAZIENTE IN TOTO.

ALL'INTERNO DELLA STRUTTURA
LA FIGURA DELL'EDUCATORE È MOLTO
IMPORTANTE SIA ORA CHE C'È IL
COVID MA SEMPRE PERCHÉ CI DANNO
CONSIGLIO E CI SUPPORTANO PER NOI
SONO ANCHE DEI BUONI AMICI

MOLTO - MOLTISSIMO
CI AIUTA A VIVERE PIÙ
SERENAMENTE - E CI
SOSTIENE

AIUTANO A SUPERARE MEGLIO IL FICOVER
È LA MOIA CHE
SOPRAVVIENE
DURANTE LA
PERMANENZA QUI

Per quest'ultima domanda, anziché mettere il grafico, ho preferito riportare le testuali risposte scritte dai pazienti stessi.

Da come si può vedere tutti ritengono la figura dell'Educatore professionale molto importante, ancora di più durante la pandemia.

CONCLUSIONI

Il periodo del lockdown è stato sicuramente uno shock per tutta la società e per tutto il Sistema Sanitario Nazionale. Per i Dipartimenti di Salute Mentale ha significato rivoluzionare la pratica quotidiana, nelle attività di profilo più clinico, ma soprattutto in quelle di riabilitazione ed attivazione psicosociale, per definizione inibite dalle limitazioni di contatto sociale e di movimento. È evidente la contraddizione insita nel dover praticare una clinica orientata alla ripresa ed allo sviluppo delle competenze sociali in un contesto di formale ed esplicita limitazione della socialità. La figura dell'Educatore professionale, con l'aiuto di tutta l'equipè multidisciplinare, nonostante le difficoltà del periodo, è stata ancora di più un punto di riferimento per i pazienti. Come si può evidenziare dal mio studio sperimentale rivolto ai pazienti della clinica psichiatrica Villa Jolanda, gli utenti erano consapevoli di ciò che stava accadendo al di fuori e proprio per questo hanno vissuto il periodo iniziale della pandemia in modo negativo, provando emozioni come paura, frustrazione, preoccupazione e confusione. Tutto il personale, dagli psicologi all'educatore, dagli infermieri alle oss, è riuscito a dare informazioni e spiegazioni su tutto il procedimento delle restrizioni da mettere in atto e gran parte dei pazienti hanno compreso e accettato la situazione particolare. Secondo la mia esperienza professionale (seppur limitata), la figura dell'Educatore professionale ricopre un ruolo fondamentale in quanto è quella che trascorre più tempo con i pazienti, instaurando con loro una relazione basata su empatia e ascolto attivo. Grazie a questo rapporto che si crea con il paziente, l'Educatore professionale durante questo periodo è riuscito a trasformare il distanziamento esclusivamente in distanziamento fisico e non sociale. Questo lavoro è un'esperienza che ti cambia a livello professionale ma soprattutto a livello umano: si arriva ad avere una visione diversa sul mondo e si impara a non dar peso a futilità e a rivalutare le cose veramente importanti. Nel mio elaborato ho approfondito la tematica della salute mentale, partendo dalla differenza tra salute mentale e malattia e dalla classificazione del DSM V per poi concentrarmi sulla schizofrenia e sulle strutture psichiatriche, in particolar modo sul ruolo che ha l'Educatore professionale. Quest'ultimo risulta essere un punto di riferimento perché è una figura che si avvale degli strumenti della metodologia educativa che permettono di entrare in relazione con la complessità del vissuto dei pazienti della salute mentale e di poter costruire una dimensione progettuale significativa anche in un periodo di emergenza come quello del covid. Tutto ciò è stato

dimostrato attraverso il progetto educativo individualizzato e il questionario sul covid. I principali strumenti che vengono utilizzati dall'Educatore professionale, come ho avuto modo di vedere personalmente durante la mia esperienza di tirocinio, sono: osservazione partecipata, relazione empatica, progetto educativo, assessment educativo e autoriflessione. Tutti questi strumenti, se ben utilizzati, permettono di essere un buon Educatore professionale, ovviamente alla base ci deve essere passione e dedizione verso questo lavoro.

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

Giorgio Caviglia, Raffaella Perrella, La schizofrenia: diagnosi, teorie e terapie, Carrocci.

Bernardo Nardi, Organizzazione di personalità: Normalità e patologia psichiatrica, Accademia dei cognitivi della marca.

L. Anzaldi, S. Bella, A. Bolsoni, M. Castiglioni, D. Demitrio, A. Ghedini, S. A. Rossetti, L'EDUCATO AUTO(BIO)GRAFO il metodo delle storie di vita nelle relazioni d'aiuto, Edizione Unicopli.

Paolo Carrozza, Principi di riabilitazione psichiatrica, Edizione FrancoAngeli.

Gabriella Bà, Strumenti e tecniche di riabilitazione psichiatrica e psicosociale, Edizione FrancoAngeli.

<https://www.stateofmind.it/tag/schizofrenia/>

[https://it.wikipedia.org/wiki/Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali #cite_note-14](https://it.wikipedia.org/wiki/Manuale_diagnostico_e_statistico_dei_disturbi_mentali#cite_note-14)

<https://www.raffaello cortina.it/scheda-libro/american-psychiatric-association/dsm-5-manuale-diagnostico-e-statistico-dei-disturbi-mentali-edizione-in-brossura-9788860306616-1535.html>

<https://normalarea.com/disturbi-psichiatrici/>

<https://neomesia.com/villa-jolanda>

<https://neomesia.com/l-educatore-professionale>

<https://www.istitutodipsicopatologia.it/di-cosa-ci-occupiamo/schizofrenia/>

<https://assonina.it/2021/03/03/dsm5-classificazione-dei-disturbi-mentali/>

<http://www.anffas.net/it/disabilita-intellettive-e-disturbi-dello-spettro-autistico/disturbi-del-neurosviluppo/>

<https://www.salute.gov.it/portale/saluteMentale/dettaglioContenutiSaluteMentale.jsp?lingua=italiano&id=168&area=salute%20mentale&menu=vuoto>

<https://www.stateofmind.it/2019/07/disturbi-di-personalita-diagnosi/>

<http://www.vita.it/it/article/2020/04/09/educatore-professionale-prima-e-dopo-il-coronavirus/154969/>

<https://www.fatebenefratelli.it/blog/coronavirus-emergenza-psichiatrica-centro-santambrogio-fatebenefratelli>

<http://www.nuovassegnastudipsichiatrici.it/index.php/volume-20/covid-19-salute-mentale-ruolo-servizi-review-impatto-pandemia>

<https://www.stateofmind.it/>

<https://www.ipsico.it/sintomi-cura/schizofrenia/#:~:text=Cos%27%A8%20la%20schizofrenia&text=Si%20manif%20sta%20con%20deliri%2C%20allucinazioni,alterazione%20de%20ritmo%20sonno%2Fveglia.>

<https://neomesia.com/comunit%C3%A0-terapeutiche-riabilitative-psichiatriche/>

<https://www.riassuntini.com/psichiatria/educatore-in-psichiatria.html>

RINGRAZIAMENTI

A conclusione di questo elaborato, desidero ringraziare tutte le persone che hanno contribuito alla sua realizzazione.

In primis, ringrazio la prof.ssa Daniela Saltari, relatrice di questa tesi, per la sua disponibilità e per i suoi consigli.

Ringrazio la mia correlatrice, nonché mia tutor di tirocinio, Silvia Brocanelli per il supporto dato durante il tirocinio e per la sua completa disponibilità. Ci tenevo a ringraziare anche tutti gli altri operatori che ho incontrato a Villa Jolanda perché da ognuno di loro ho imparato molto. Un ringraziamento speciale va ai pazienti che ho avuto la fortuna di conoscere perché con le loro storie e con il loro vissuto mi hanno lasciato tanto e mi hanno fatto capire che questo lavoro mi darà molta soddisfazione dal punto di vista professionale ma soprattutto umano.

Per ultimo, ma di certo non meno importante, un ringraziamento particolare va ai miei genitori e a tutta la mia famiglia che mi hanno sempre sostenuto e supportato, alle mie colleghe dell'università con cui ho condiviso questi 3 anni e agli amici che mi sono stati vicini!