

Direttore: bruno
Quello che chiude il manicomio: pintucci
parenti x 2: giulia alvin
pazienti x 3: barge, cami , llambro
infermiere x 2: vieri mati
Psichiatra: eli
psicologo: giacomo
dottore: nadia

Zavoli incontra Basaglia 1968 – RaiPlay (interessante per il confronto tra il punto di vista di Basaglia e quello degli psichiatri legati alla vecchia pratica psichiatrica)

<https://www.raiplay.it/programmi/zavoliincontrabasaglia>

<https://www.youtube.com/watch?v=h7xL6gCLQwg>

3 mar 2023 #LuoghiAbbandonati #Nostalgia #UrbexItalia

Ricostruzione della vita quotidiana del enorme manicomio. Così l'autore: <<Pensavate che i manicomi fossero destinati solo ai malati mentali? Vi sbagliate. Il manicomio era una discarica sociale, un campo di concentramento legalizzato, un luogo dove venivano praticate terapie assurde come la "malarioterapia" e molte altre. Lasciatevi quindi guidare in questo gigantesco reportage presso storie dimenticate della nostra storia moderna.>> IL MIO SITO: <https://www.albyphoto.it/> ●

SCENA 1

Bruno: Buongiorno a tutti, io sono Bruno Grezzi e sono il direttore di questo manicomio. Il concetto di manicomio come luogo di confinamento per elementi potenzialmente dannosi per la società è molto antico. Già nel tardo medioevo e nel rinascimento infatti le persone affette da disturbi mentali di vario genere venivano molte volte rinchiusi in conventi e carceri, ma il primo esempio di struttura manicomiale in Italia risale all'Ospedale di Santa Maria della pietà di Roma che venne edificato nel 1548 e rappresentava una delle prime forme di manicomio. Successivamente con l'arrivo della corrente illuminista nel diciottesimo secolo e del pensiero positivista nel diciannovesimo si iniziò a pensare alla follia come una malattia curabile grazie all'utilizzo della ragione e della medicina. In questo modo nacque la psichiatria che si proponeva come una scienza esatta. Il manicomio moderno in quanto istituzione in Italia ha origine con una legge del 1865 che imponeva categoricamente ad ogni provincia del territorio italiano di avere almeno un manicomio per internare soggetti ritenuti pericolosi. Nel 1904 la legge Giolittiana n. 36 rese obbligatorio l'internamento per tutti i soggetti "dannosi per sé e per gli altri". Il nostro manicomio raccoglie l'eredità di queste normative e si propone di applicare le nozioni della psichiatria al fine di curare i nostri pazienti.

Eli: Buongiorno a tutti, io sono la dott.ssa Elisa Caini e, essendo la psichiatra di questo istituto manicomiale, vi presenterò una panoramica relativa ai criteri di ammissione e alle linee generali che usiamo per individuare coloro che necessitano un ricovero all'interno della nostra struttura. Solitamente interniamo individui di tutte le età che soffrono di patologie psichiche di diversa natura e intensità. Tra di loro ci sono quelli che lottano con gravi forme di **schizofrenia**, spesso accompagnate da **allucinazioni o deliri**, quelli che sperimentano una **depressione profonda e paralizzante**, e coloro che presentano disturbi del comportamento che compromettono la loro capacità di relazionarsi con la società. Anche per le persone che si trovano in una condizione di **alienazione mentale** che non sono pienamente coscienti e consapevoli delle proprie azioni e che possono quindi diventare **pericolose** nei confronti di sé stessi o degli altri, è previsto il ricovero. Al fine di tutelare la società è opportuno inoltre che nelle nostre strutture siano previsti reparti destinati a coloro che hanno dei comportamenti tali da generare **pubblico scandalo** che risultano comunque riconducibili a forme di malattia mentale. La nostra struttura è inoltre un supporto per le famiglie che non sono in grado di gestire situazioni problematiche e complesse relative per esempio alle **personalità psicopatiche** che si manifestano con disturbi affettivi, condotte antisociali e anomalie caratteriali. I manicomi non sono solo luoghi di isolamento, ma anche luoghi di ricerca e di studio in cui varie procedure curative vengono utilizzate per la gestione dei pazienti.

Mati: Buongiorno, io sono Matilde Marfisi e lavoro in questo istituto come infermiera insieme al mio collega Vieri Mercatali.

Vieri: Buongiorno a tutti

Mati: Come vi ha anticipato la dottoressa Elisa Caini, abbiamo delle procedure ben definite per la gestione dei vari casi clinici. Io partirò con il presentare la terapia elettroconvulsivante (TEC), detta comunemente elettroshock, basata sull'induzione di convulsioni nel paziente mediante il passaggio di una corrente elettrica attraverso il cervello. L'elettroshock terapeutico è stato praticato per la prima volta nell'aprile del 1938 dai neurologi italiani Ugo Cerletti e Lucio Bini su un paziente con sintomi di delirio, allucinazione e depressione. Le scariche elettriche indotte permisero al paziente di tornare a uno stato mentale di normalità e di riprendere il suo lavoro. Da quel momento gli elettroshock vennero effettuati, anche da noi appunto, regolarmente.

Vieri: Un'altra tecnica che noi utilizziamo è l'insulinoterapia

INSULINOTERAPIA

Consisteva nell'indurre coma ipoglicemico tramite iniezioni di insulina. L'insulinoterapia, introdotta negli anni '30, era una tecnica controversa utilizzata nei manicomi italiani (e non solo) per il trattamento di disturbi mentali gravi, in particolare la schizofrenia. Ai pazienti venivano somministrate dosi crescenti di insulina, provocando un abbassamento drastico dei livelli di zucchero nel sangue (ipoglicemia). Questo portava a uno stato di coma, che poteva durare diverse ore. I pazienti venivano sottoposti a cicli ripetuti di coma insulinico, spesso per diverse settimane o mesi. Si riteneva che questi cicli potessero "resettare" il cervello e alleviare i sintomi della schizofrenia.

Mati: La lobotomia, o leucotomia, è un intervento di psicotomia che utilizziamo per trattare una vasta gamma di malattie psichiatriche come la schizofrenia, la depressione e l'agitazione cronica. Il primo a svilupparla fu il neurologo portoghese Antonio Egas Moniz, che per questo vinse il Premio Nobel nel 1949. Il procedimento consiste nel recidere le connessioni tra i lobi frontali del cervello e il resto della corteccia. La eseguiamo affinché i pazienti si calmino e riscontrino un cambiamento nella loro personalità.

Vieri: CAMICIA DI FORZA

fonte

📺 NEL MANICOMIO ABBANDONATO DOVE HANNO PRATICATO TERAPIE CRUDELI!...

La camicia di forza è uno strumento di contenzione fisica e una pratica comunemente utilizzata nei manicomi italiani. Realizzata in tela resistente, la camicia di forza è progettata per immobilizzare il paziente. Le maniche lunghe vengono incrociate sul petto e allacciate sulla schiena, limitando i movimenti delle braccia. In alcuni casi, sono presenti cinghie per fissare le gambe. Viene utilizzata per prevenire comportamenti violenti o autolesionistici. Applicata in situazioni di agitazione psicomotoria, crisi di rabbia o tentativi di suicidio.

Mati: La segregazione nei letti di contenzione è una tecnica, non invasiva quanto altre, che utilizziamo spesso perché a volte non possiamo fare altrimenti. Infatti, quando un malato si agita troppo, urla, si fa male da solo o prova a colpire gli altri, dobbiamo bloccarlo. Lo mettiamo appunto nei letti di contenzione. Le cinghie di cuoio si fissano ai polsi e alle caviglie, a volte anche al busto se si dimena troppo, e stringere bene.

Vieri: DOCCE FREDDE/CALDE

L'idroterapia, che includeva l'uso di docce fredde e calde, era una pratica comune nei manicomi italiani (e non solo) nel corso del XX secolo. Le docce fredde venivano utilizzate per calmare i pazienti agitati o violenti. L'esposizione improvvisa all'acqua fredda provocava uno shock fisico, che si riteneva potesse "resettare" il sistema nervoso. In alcuni casi, le docce fredde erano utilizzate come forma di punizione. Le docce calde venivano utilizzate per rilassare i pazienti ansiosi o depressi. L'acqua calda poteva indurre uno stato di torpore, che si riteneva potesse alleviare i sintomi. Tramite l'uso di vasche di acqua fredda o calda veniva alzata o abbassata molto velocemente la temperatura corporea, facendo anche passare la temperatura del paziente da 36 a 42 gradi in pochi minuti.

Camì: depressione post-partum

Buongiorno, io sono Camilla Del Pela e avendo vissuto in prima persona all'interno di un manicomio ho pensato di condividere con voi oggi la mia situazione iniziale e ciò che mi ha portato a dover chiedere aiuto a questa tipologia d'istituto. Ciò di cui io ho sofferto è una condizione a cui è stata data il nome di: depressione post-partum che come avrete già capito si è verificata dopo la nascita di mio figlio. È una condizione che mi ha fatto sentire sopraffatta, triste e ansiosa. Sembrava che tutte le emozioni negative si accumulassero e mi sentivo inadeguata, come se non fossi in grado di prendermi cura di me stessa o del mio

bambino. Non riuscivo a trovare gioia nelle cose che normalmente mi facevano stare bene, e mi sentivo distaccata dalla mia vita, come se avessi perso una parte di me stessa.

Spesso ero così stanca che anche il semplice fatto di fare le cose quotidiane sembrava un'impresa. La mancanza di sonno peggiorava tutto e, più cercavo di affrontarlo, più mi sentivo impotente. Il senso di colpa era costante, e mi chiedevo se fossi abbastanza brava come madre, se stessi facendo tutto giusto. Questi pensieri continui mi facevano sentire sola, come se non fossi in grado di gestire nulla.

Anche la relazione con il mio bambino, che tanto amavo, sembrava diversa. Nonostante l'amore che provavo, mi sentivo distaccata da lui, come se non riuscissi a connettermi pienamente e allo stesso modo mi sentivo distaccata da tutto ciò che mi circondava. L'apatia aveva travolto ogni altra mia emozione e niente sembrava farmi stare meglio.

Mi rendevo conto che questa non era colpa mia, ma che si trattava di qualcosa che andava oltre le mie forze. La depressione post-partum non è segno di debolezza, anche se spesso mi sentivo così. Le persone intorno a me si sono rese conto che qualcosa non andava e alla fine l'unica soluzione che seppero darmi fu quella di spedirmi in un istituto manicomiale, perché non riuscivano a gestire la mia situazione e pensarono che fosse giusto non solo per me ma anche per mio figlio, che in quel momento era come se non avesse una figura materna e non riuscivo a dargli ciò di cui aveva bisogno.

Giulia: opinione pubblica

Oggi voglio condividere con voi una decisione che mi ha profondamente segnato e che, spero, possa aiutare a comprendere le dinamiche di una famiglia che affronta la depressione post-partum. Quando ho preso la difficile decisione di mandare Camilla in manicomio, l'ho fatto perché ripongo fiducia in queste strutture.

Quando Camilla ha cominciato a mostrare segni di depressione, ero preoccupata. I suoi stati d'animo oscillavano tra la tristezza profonda e l'apatia, e la sua capacità di prendersi cura del bambino era compromessa. Non c'erano risorse adeguate o supporti disponibili per lei. Le visite dai medici erano brevi e spesso superficiali, inoltre nonostante queste ultime non mostrava miglioramenti e le opzioni terapeutiche erano limitate.

In quel momento, l'unica speranza era che il ricovero in un istituto potesse offrirle la stabilità e l'assistenza necessaria. Infatti ho pensato che il manicomio era l'unico luogo dove Camilla potesse ricevere aiuto, anche se, in realtà, molti di questi luoghi sono caratterizzati da condizioni difficili e approcci non sempre umani. Tuttavia, in questo contesto, sembrava l'unica soluzione possibile per proteggerla e per garantire la sicurezza del suo bambino.

Pintucci: Salve, sono il dottor Basaglia, ho scelto di promulgare la legge 180, comunemente chiamata a seguito legge Basaglia, il 13 maggio 1978, la quale dichiara la chiusura totale di tutti i manicomi in Italia, perché avevo assistito alla vita disumana nei manicomi, i quali si mostravano come luoghi di riabilitazione per le persone, con grandi spazi verdi e con grandi possibilità, per poi dimostrarsi solamente delle prigioni per le persone malate di mente. Molti mi hanno accusato di essere più un sociologo che uno psichiatra, la risposta che dò è che

non so cosa sia la sociologia, ma so di fare psichiatria. Una delle ragioni per le quali ho scelto di chiudere i manicomi è che erano un posto molto elitario nel quale chi era ricco poteva pagare per avere più privilegi e più possibilità di un uomo povero, ma la cura della persona non può essere basata sul portafoglio.

SCENA 2

Giacomo:

Buongiorno, sono lo psicologo Giacomo Spina, sono qui per presentarvi la verità dietro i trattamenti di “cura” a cui venivano sottoposti gli internati nelle istituzioni manicomiali. Penso sia chiaro ormai per noi che queste “terapie” nella maggior parte dei casi erano eseguite senza una reale base scientifica; ma su teorie molto spesso errate o per pura sperimentazione scientifica, trasformando i “malati” in cavie da laboratorio.

Spesso le cure erano truci e sadiche e nascevano dall'idea (errata) che per interrompere uno stato di pazzia, bisognasse inserire una sorta di trauma. infatti nella maggior parte dei casi erano proprio queste “cure” a rendere le persone internate dei “malati mentali” visto che non andavano a curare la malattia, ma a degenerare, cambiare o creare una malattia nel paziente.

1) una delle pratiche + famose e + diffuse era l'elettroshock o terapia elettroconvulsiva - TEC. L'elettroshock è stato utilizzato ed è ancora utilizzato per curare disturbi psichiatrici come la depressione grave. Durante questa pratica, una scarica elettrica veniva applicata al cervello per provocare una crisi convulsiva.

Uno degli effetti collaterali più comuni era la perdita di memoria, sia a breve che a lungo termine:

I pazienti spesso sperimentano difficoltà a ricordare eventi immediatamente precedenti al trattamento o il trattamento stesso, e difficoltà a memorizzare nuove informazioni dopo il trattamento. fortunatamente questo effetto durava prevalentemente pochi giorni o settimane. IL problema + grave e preoccupante era invece il fatto che i pazienti potevano dimenticare eventi significativi della loro vita, compresi quelli antecedenti al trattamento. era molto grave poiché le persone potevano dimenticare esperienze importanti, eventi familiari, relazioni o direttamente parti della propria identità.

Un altro effetto era la confusione mentale e disorientamento, difficoltà a concentrarsi, . solitamente temporaneo, ma può durare per diverse ore o giorni.

Alcuni pazienti sviluppano deficit cognitivi a lungo termine, come difficoltà di concentrazione, di apprendimento e di capacità di ragionamento

Inoltre i pazienti che hanno ricevuto frequenti trattamenti con elettroshock possono sviluppare una sorta di “deficit emotivo”, in cui si sentono più apatici, distaccati dalle proprie emozioni e dalle relazioni interpersonali. L'elettroshock comporta anche dei rischi fisici,:

per colpa delle crisi convulsive, alcuni pazienti possono manifestare fratture ossee o lesioni muscolari, soprattutto se non viene adottata una protezione adeguata durante la crisi (ad esempio, morsetti). Dopo la crisi, è comune che i pazienti riportano mal di testa intensi.

2) Insulinoterapia (Coma Insulinico)

Lo shock insulinico prevedeva l'iniezione di insulina ad alte dosi per indurre uno stato di coma nei pazienti, con l'idea che il coma potesse "reset" il cervello e alleviare i sintomi psicotici.

Effetti collaterali e rischi:

- Coma indotto: Il rischio principale di questa terapia era il coma prolungato, che poteva risultare letale se non trattato adeguatamente.
- Danno cerebrale: Il coma prolungato e la privazione di ossigeno durante gli episodi ipoglicemici potevano provocare danni cerebrali irreversibili, compresa la morte cellulare.
- Sindrome di confusione: Alcuni pazienti che sopravvivevano al trattamento riferivano una sindrome di confusione mentale, con difficoltà di concentrazione e memoria.

Questa terapia è stata utilizzata in modo massiccio negli anni '50 e '60, ma è stata abbandonata a causa dei suoi effetti collaterali devastanti e della mancanza di prove scientifiche a supporto della sua efficacia.

3. Lobotomia

La lobotomia, era la "cura" per antonomasia, in particolare la lobotomia prefrontale, che consisteva nell'asportazione o nell'interruzione delle connessioni nervose del lobo frontale del cervello. Questo intervento chirurgico veniva effettuato su pazienti con gravi disturbi mentali, che nella maggior parte dei casi erano le persone che non si erano ancora stancate di lottare per uscire o scappare dalle istituzioni manicomiali.

Effetti collaterali e rischi:

La lobotomia causava spesso gravi danni cognitivi, riducendo la capacità di pensare in modo chiaro e razionale. I pazienti che sopravvivevano alla lobotomia subivano cambiamenti radicali nella personalità, diventando apatici e passivi, incapaci di provare emozioni e talvolta indifferenti alla propria condizione e a quella degli altri.

Disabilità motorie: Alcuni pazienti sviluppano problemi motori, come difficoltà a camminare o a muovere parti del corpo.

Morte: L'intervento chirurgico poteva essere letale, sia per complicazioni durante l'operazione che per il rischio di infezioni post-operatorie. Gli apparecchi chirurgici venivano lasciati all'aria e alla polvere senza essere puliti (o disinfettati) prima delle operazioni.

sostanzialmente era questa pratica a rendere le persone malate rendendogli impossibile l'uscita dal manicomio e il rientro nella società reale.

La lobotomia è stata ampiamente utilizzata negli anni '40 e '50, ma ha provocato gravi danni ai pazienti e, con il tempo, è stata progressivamente abbandonata, soprattutto dopo le critiche crescenti da parte della comunità scientifica.

Altre pratiche psichiatriche dannose

Clitoridectomia (castrazione per i maschi); usata per le donne che si masturbavano e per quelle "isteriche"; consiste nella rimozione chirurgica del clitoride. Su questa terapia psichiatrica troviamo vari scritti dove viene lodata soprattutto perché dopo l'intervento le donne si calmavano e "tutto induce a credere che la cessazione delle sue vergognose abitudini masturbatorie sia permanente".

- Sedazione chimica forzata: L'uso eccessivo di farmaci sedativi e tranquillanti per controllare i pazienti, talvolta somministrati senza consenso, portava a una riduzione della consapevolezza e a una condizione di passività, senza una vera e propria cura dei disturbi mentali.
- Metodi di contenzione fisica: Molti manicomi usavano pratiche brutali come la contenzione fisica prolungata, legando i pazienti a letti o utilizzando camicie di forza. Questi metodi non solo erano estremamente umilianti, ma potevano anche causare lesioni fisiche e sofferenza psicologica duratura.

Barge: schizofrenia

- Sintomi: la schizofrenia si manifesta con una varietà di sintomi, tra cui allucinazioni (udire o vedere cose che non esistono), deliri (credenze false e fisse), pensiero disorganizzato, eloquio anomalo, comportamento motorio

disorganizzato o anomalo (come catatonia) e sintomi negativi (ridotta espressione delle emozioni, diminuzione della motivazione).

La schizofrenia è un disturbo mentale cronico che colpisce il modo in cui una persona pensa, sente e si comporta. In passato, le persone con schizofrenia venivano spesso rinchiusi in manicomi, dove venivano sottoposti a trattamenti disumani e inefficaci.

Trattamenti nei manicomi italiani:

- * Isolamento: i pazienti venivano spesso tenuti in isolamento, a volte in celle buie e sporche.
- * Contenzione fisica: venivano usate camicie di forza, catene e altri metodi di contenzione per controllare i pazienti.
- * Elettroshock (ECT): l'elettroshock veniva usato in modo indiscriminato, spesso senza anestesia.

* Lobotomia: in alcuni casi, veniva eseguita la lobotomia, una procedura chirurgica che distruggeva i lobi frontali del cervello.

* Farmaci: venivano usati farmaci psichiatrici, ma spesso in dosi eccessive e senza un'adeguata supervisione.

Condizioni di vita nei manicomi:

* Le condizioni di vita nei manicomi erano spesso deprecabili. I pazienti vivevano in sovraffollamento, in condizioni igieniche precarie e con scarsa alimentazione.

* Molti pazienti venivano maltrattati fisicamente e psicologicamente dal personale del manicomio.

* L'obiettivo principale dei manicomi era quello di isolare e controllare i pazienti, piuttosto che curarli.

La Legge Basaglia:

* Nel 1978, l'Italia ha approvato la Legge 180, nota anche come Legge Basaglia, che ha chiuso i manicomi e ha introdotto un nuovo approccio alla salute mentale.

* La legge ha promosso la creazione di servizi di salute mentale comunitari, che offrono cure più umane e personalizzate ai pazienti.

La schizofrenia oggi:

* Oggi, la schizofrenia viene trattata con una combinazione di farmaci, psicoterapia e supporto sociale.

* L'obiettivo del trattamento è quello di aiutare i pazienti a gestire i loro sintomi, a migliorare la loro qualità di vita e a reintegrarsi nella società.

* È importante sapere che la schizofrenia è una malattia che se trattata con i metodi odierni permette una vita con una buona qualità e integrazione sociale.

Llambro: ptsd

I sintomi principali:

- Flashback (rivivere l'evento traumatico come se stesse accadendo di nuovo)
- Incubi o sogni angoscianti legati al trauma
- Pensieri o immagini intrusive e disturbanti
- Forti reazioni emotive o fisiche di fronte a situazioni che ricordano il trauma
- Evitare luoghi, persone o situazioni che ricordano il trauma
- Evitare di pensare o parlare dell'evento traumatico
- Isolamento sociale e riduzione dell'interesse per attività piacevoli
- Perdita di memoria riguardo all'evento traumatico

- Pensieri negativi su sé stessi o sul mondo Sentimenti persistenti di paura, colpa o vergogna
- Difficoltà a provare emozioni positive o senso di distacco dagli altri
- Irritabilità e scoppi di rabbia
- Difficoltà di concentrazione e memoria
- Insonnia o disturbi del sonno
- Stato di allerta costante e ipervigilanza
- Risposte esagerate di allarme a stimoli improvvisi

Alvin: effetti negativi sul barge

"Buongiorno, sono il padre di Boss, un ragazzo afflitto da schizofrenia. Purtroppo, la sua condizione è diventata così grave che abbiamo dovuto prendere la dolorosa decisione di farlo ricoverare in una struttura psichiatrica. Vedere mio figlio lottare con i deliri e le allucinazioni è stato straziante. Era come se visse in un incubo costante, isolato dalla realtà. La schizofrenia lo ha privato della sua gioia di vivere, lasciandolo apatico e senza speranza. Il ricovero è stata una decisione difficile, ma necessaria. La schizofrenia ha lasciato segni profondi nella sua vita e nella nostra. Mio figlio è cambiato radicalmente. Ha perso la capacità di prendersi cura di sé stesso, di mantenere relazioni significative, di lavorare o studiare. La sua autonomia, intesa come la capacità di agire in modo indipendente, è stata gravemente compromessa. I sintomi positivi della schizofrenia, come i deliri di persecuzione e le allucinazioni uditive, lo hanno terrorizzato e isolato. Viveva nella costante paura causata da voci e allucinazioni incomprensibili. La disorganizzazione del pensiero ha reso la comunicazione un'impresa impossibile. Non riusciva più a esprimere i suoi bisogni, i suoi desideri, le sue emozioni, per via di una compromissione delle funzioni esecutive. I sintomi negativi, come l'appiattimento affettivo, lo hanno svuotato di ogni energia. Non provava più piacere per nulla, nemmeno per le cose che un tempo amava. Era diventato apatico, privo di motivazione, incapace di reagire agli stimoli esterni. Anche le attività più semplici, come lavarsi o vestirsi, erano diventate insormontabili, dati i deficit nelle funzioni motorie e nella pianificazione delle azioni che lo affliggevano. Inoltre Le difficoltà cognitive, come i deficit di memoria e attenzione, hanno compromesso la sua capacità di apprendere, di ricordare, di concentrarsi. Non riusciva più a seguire un discorso, a leggere un libro, a guardare un film, a causa di deficit nella capacità di elaborazione delle informazioni. Ha perso la sua identità, la sua personalità, la sua capacità di essere felice, per via di una compromissione delle funzioni cognitive e affettive che definiscono l'identità personale. Infine la nostra famiglia è stata devastata. Abbiamo dovuto affrontare lo stigma sociale, il giudizio degli altri e la sensazione di isolamento. Le nostre dinamiche relazionali sono cambiate, a causa dello stress e della tensione causati dalla malattia. La necessità di monitorare costantemente le sue condizioni e di gestire le crisi psicotiche ha portato a un sovraccarico emotivo che ha messo a dura prova la nostra resilienza, a causa della costante preoccupazione e della necessità di adattarsi alle sue esigenze."

Nadia: Sono la dott.ssa Nadia Cianchi, psicoterapeuta, e negli anni che hanno seguito la riforma di Basaglia ho completamente riorganizzato il mio lavoro.

Con la legge 180 si è sviluppato un nuovo approccio alla psichiatria, col quale è stato chiesto a noi dottori di porre al centro della cura il **dialogo con il paziente**, il cui coinvolgimento attivo è alla base delle nuove terapie.

Una delle nuove tecniche di cura è la **riabilitazione psichiatrica**, il cui obiettivo consiste nello sviluppare nel paziente la capacità di controllare i sintomi della malattia per poter raggiungere la maggiore autonomia personale possibile. Per farlo, ogni dottore dovrà partire da un'**analisi** del paziente, finalizzata a comprenderne le esigenze e le capacità. In seguito, sulla base di questa analisi, sarà possibile formulare un **programma** riabilitativo.

Un'altra delle novità introdotte in seguito alla legge 180 è infatti la **diversificazione dei servizi**: se nei manicomi i malati erano sottoposti tutti agli stessi procedimenti, adesso si sta invece diffondendo la consapevolezza che ogni individuo è diverso dall'altro, e gli interventi di noi professionisti devono quindi essere strutturati in base alle caratteristiche del singolo.

Finalmente in questo modo la psichiatria entrerà a far parte della vera medicina: fino a questo momento ci si limitava alla reclusione dei malati, mentre ora possiamo impegnarci per aiutare realmente chi ne ha bisogno.

Con i nuovi processi terapeutici i pazienti vengono affiancati da noi dottori nel rispetto della loro libertà ed aiutati a reinserirsi nella società.

Basaglia ha infatti portato alla diffusione della convinzione che le malattie mentali non debbano essere trattate in isolamento, ma all'interno della comunità, cambiando quindi la visione del malato da recluso ad individuo bisognoso di assistenza.

DOMANDE INTERVISTA

1 - Molte persone erano considerate tali da dover essere mandate all'interno degli istituti manicomiali, tante volte anche per motivi del tutto estranei alla malattia mentale. Sicuramente le condizioni in cui vivevano in quelle strutture erano molto pesanti da sopportare a livello sia psicologico che fisico. La permanenza in quei luoghi aveva un impatto sul reinserimento nella società in tutte le sue sfaccettature, partendo dall'ambito familiare fino ad arrivare a quello lavorativo. Erano previste delle procedure che agevolavano questo processo?

2 - La legge Basaglia ha rappresentato un modello di riforma psichiatrica a livello internazionale, ma quali sono stati i fattori socio-politici che hanno reso possibile la sua approvazione in Italia?

3 - "La chiusura dei manicomi ha comportato un trasferimento della cura dei pazienti psichiatrici ai servizi territoriali, ma quali sono state le conseguenze di questo cambiamento sull'organizzazione e sull'efficacia dell'assistenza?"

4 - A livello numerico ci sono dati attendibili che possano differenziare coloro che avevano realmente bisogno di essere curati per la patologia mentale e chi invece era stato inserito nelle strutture manicomiali per motivi oggi non considerati validi per il ricovero. È possibile fare un paragone tra i dati dell'epoca e quelli odierni? In relazione a questo, come sono cambiati i criteri di giudizio?

5 - C'era possibilità di fare degli incontri tra i pazienti e i parenti che erano fuori?

6 - C'era una componente religiosa per cui si poteva venire internati?

7 - La Legge Basaglia ha portato alla chiusura dei manicomi, prevedendo la creazione di una rete di servizi territoriali. Tuttavia, a 45 anni dalla sua promulgazione, questa rete è stata realmente implementata in modo efficace su tutto il territorio nazionale?

8 - Nonostante l'intento della legge di reintegrare i pazienti psichiatrici nel contesto sociale e familiare, la gestione quotidiana ricade ancora prevalentemente sulle famiglie. Le istituzioni stanno fornendo il supporto necessario per alleviare questo carico?

9 - Gli ospedali psichiatrici nascono come un tentativo di avere un approccio positivistico alla malattia mentale, credete che il metodo scientifico sia veramente stato applicato nella cura dei pazienti oppure sia stato limitato al cercare di condurre la follia a elementi fisico-biologici?

10 - Thomas Szasz, in una sua intervista ha evidenziato come, in passato, alcune condizioni come l'omosessualità o la masturbazione siano state patologizzate e trattate come malattie, per poi essere rimosse dalla lista dei disturbi psichiatrici con la Legge Basaglia del 1978, che ha posto fine agli inserimenti arbitrari nei manicomi. Oggi, invece, vengono diagnosticati sempre più disturbi, come ad esempio il gioco d'azzardo o il disturbo da deficit di attenzione. A suo avviso, questo radicale cambiamento del concetto di malattia mentale è dovuto solamente al progresso scientifico o anche ad altre questioni?