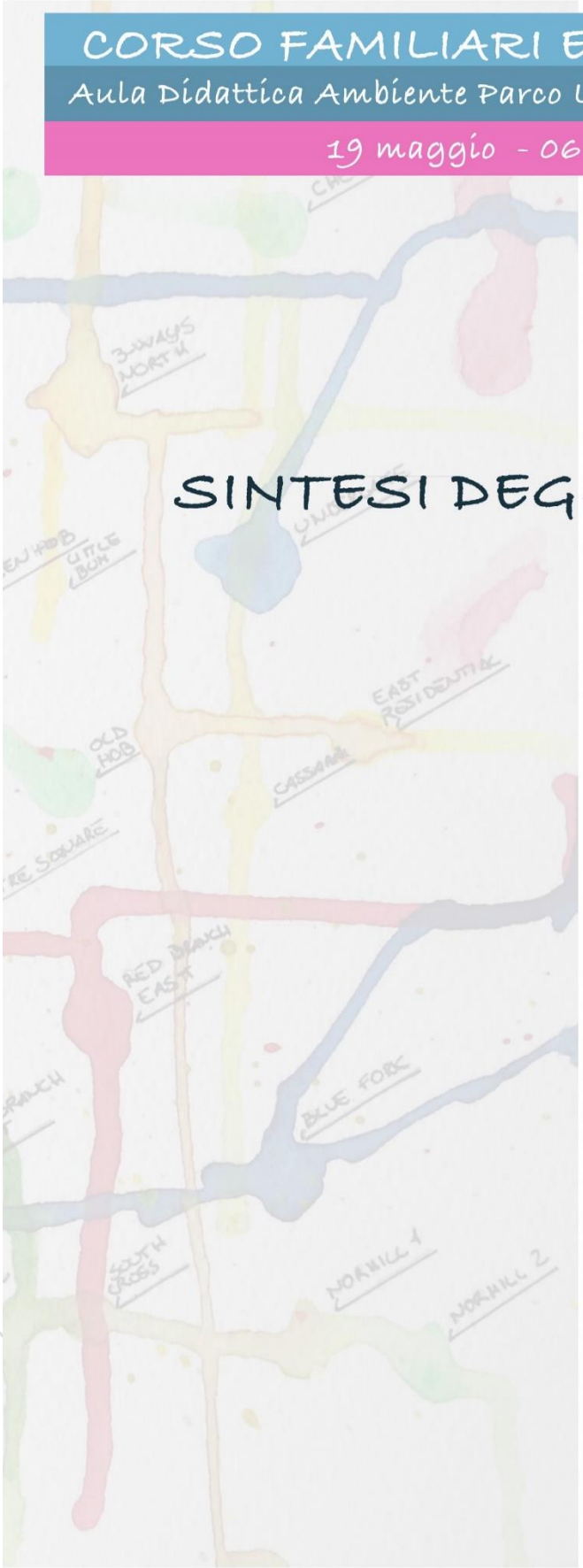
CORSO FAMILIARI E CITTADINI ATTIVI

Aula Didattica Ambiente Parco Largo Torrelunga n.7 Brescia

19 maggio - 06 ottobre 2014



SINTESI DEGLI INCONTRI

PROGRAMMA FOR

il chiaro del bosco ONLUS

ambienteparco

RegioneLombardia

IL PREGIUDIZIO PERSONALE E SOCIALE

(Relatrici: dott.ssa C. Pedretti, dott.ssa G. Bonomi, sig.ra D. Rancati)

Primo incontro del 19/05/2014

Brainstormig sul termine "pregiudizio": sapere/non sapere guardare oltre, giudicare dalle apparenze, è l'inganno dell'apparenza, saper guardare ma non saper vedere, é una cosa che ci viene insegnata, è il giudicare prima...

Pregiudizio: "Giudizio anticipato rispetto alla valutazione dei fatti. Atteggiamento (tendenzialmente) sfavorevole od ostile che presenta caratteri di superficialità, indebita generalizzazione e rigidità, implicando un rifiuto di mettere in dubbio la fondatezza dell'atteggiamento stesso e la persistenza a verificarne la consistenza e la coerenza" (Allport, 1954)

Alla base del pregiudizio vi è lo **stereotipo**, che è la visione semplificata e largamente condivisa su un luogo, un oggetto, un avvenimento o un gruppo.
Si tratta di un concetto che aiuta a schematizzare e può avere un significato: neutrale (Natale con la neve e il caminetto), positivo (la cucina italiana è la più buona del mondo) o negativo (l'associazione tra consumo di sostanze e la musica rock)
Se usato in senso negativo o pregiudizievole, lo stereotipo diventa qualcosa di indesiderabile che può essere cambiato tramite l'educazione e/o la familiarizzazione.

Se il pregiudizio e lo stereotipo diventano negativi si trasformano in **stigma**, che porta discriminazione e auto-discriminazione. É un concetto molto doloroso.
Il termine deriva dal greco e indicava segni fatti su una parte visibile del corpo per mostrare lo status sociale di quell'individuo (ad esempio, se era uno schiavo, un criminale, un traditore…)
Lo stigma è un insieme di pesanti pregiudizi di carattere negativo, spesso in contraddizione gli uni con gli altri, rivolti a un'intera categoria di persone. Lo stigma ha come conseguenza pensieri, atteggiamenti e comportamenti gravemente discriminanti

Le conseguenze sociali del pregiudizio sociale e dello stigma
Nella società si stigmatizzano le persone per paura o incomprensione.
Ciò può provocare:
-Emarginazione
-Evitamento sociale, rabbia, solitudine, senso di abbandono.
-Colpevolizzazione e vergogna per l'individuo e la famiglia.
-Stato di forte sofferenza

Il pregiudizio sociale nei confronti del malato psichico porta ad un pregiudizio personale, la persona percepisce dei vissuti di inferiorità e vergogna che la conducono in una spirale di desocializzazione a rinforzo del pregiudizio. L'esito di questo processo è l'interiorizzazione del pregiudizio (**autostigma**).
Autostigma è il mettersi il vestito che ci viene attribuito, ed è caratterizzato da due aspetti:
-l'adesione alle caratteristiche attribuite dagli altri
- l'attuazione di tali caratteristiche verso se stessi.
Un'altra cosa che a volte si trova nelle situazioni di autostigma è la presenza di BENEFICI SECONDARI, cosa che rende più difficile affrontarlo e vincerlo. Il rischio che si corre nel cercare di cambiare la situazione infatti spesso fa paura, in questo caso sarebbe utile una figura di supporto.

Da chi è diverso il malato psichico? Cosa è normale e cosa no?
La normalità è la naturale diversità!
L'OMS definisce la salute non come assenza di sintomi!

Comune di Bosco ONLUS "Famiglie e cittadini attivi" Progetto Oltre la malattia L.R. 23/99 bando 2013

La Salute è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale...Non semplicemente l'assenza di malattia o infermità!

Benessere: è non solo mio, ma nella relazione. E' la continua ricerca di un rapporto equilibrato con le regole, le abitudini e i valori dell'ambiente in cui viviamo.

Pregiudizio e salute
Molte persone malate non cercano aiuto e non si curano per mancanza di informazione, per cattiva informazione, per la vergogna di essere stigmatizzati o per paura di esserlo.
Lo scambio di idee, la comunicazione, la collaborazione, possono veramente aiutare le persone che hanno un disturbo mentale.
Cura, rispetto e comprensione alimentano la fiducia della persona che soffre permettendogli di conoscere e riconoscere i pregiudizi di chi lo circonda e propri.
Capacità ed Incapacità: conoscere i propri limiti e vederli come possibilità di cambiamento, condivisione e collaborazione!
Molte persone non si curano per paura di far sapere che hanno una malattia psichica... Non curandomi, oltre a soffrire, a volte alimento il pregiudizio (i malati mentali stanno male).

Conoscendo e ri-conoscendo i pregiudizi è possibile trasformare lo stigma e i pregiudizi in benzina, atta a proseguire quel viaggio che chiamiamo RECOVERY!

Trasformazione: per trasformare il pregiudizio in una visione positiva bisogna riconoscerlo in primis, poi smontarlo nei vari pezzi di cui é composto.
Il tentativo deve essere quello di trasformare la cultura interna e esterna riassemblando gli stereotipi e i pregiudizi in una visione positiva

Il processo di trasformazione passa attraverso la **creatività**, che significa unire elementi esistenti con connessioni nuove, che siano utili!

Il Chiaro del bosco ONLUS "Familiari e cittadini attivi" Progetto Oltre la malattia LR. 23/99 bando 2019

I PRINCIPALI DISTURBI PSICHICI

(Relatore: dott. G. Seggioli)

Secondo incontro del 26/05/2014

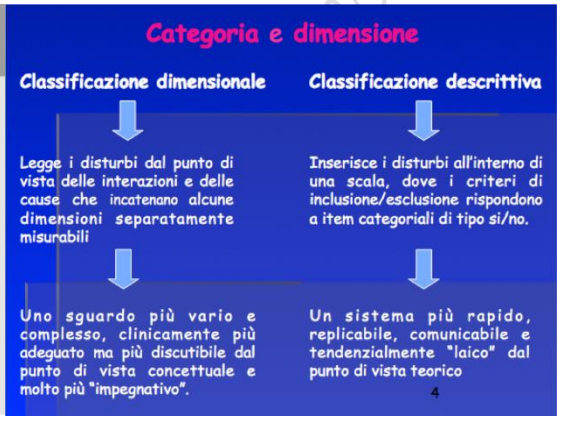
Per l'organizzazione mondiale della sanità il carico totale di disabilità, definito DAILY, nel 2030 avrà in assoluto al primo posto la sola **depressione**, davanti ad altre importanti malattie come disturbi ischemici, alzheimer, alcolismo, diabete e disturbi cardiovascolari. Un dato molto significativo sul peso dei disturbi psichici e della **depressione** in particolare, rispetto a tutte le altre malattie. Una riflessione su quanto si investe oggi per la salute mentale.

Leading causes of disability-adjusted life years (DALYs) in high-income countries

Projection for 2030 (WHO)

	Disorder	% of total DALYs
1	Depression	9,8
2	Ischemic heart disease	5,9
3	Alzheimer's disease and other dementias	5,8
4	Alcoholism	4,7
5	Diabetes mellitus	4,5
6	Cardiovascular disorders	4,5

Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. PLoS Med 2006; 3:e442

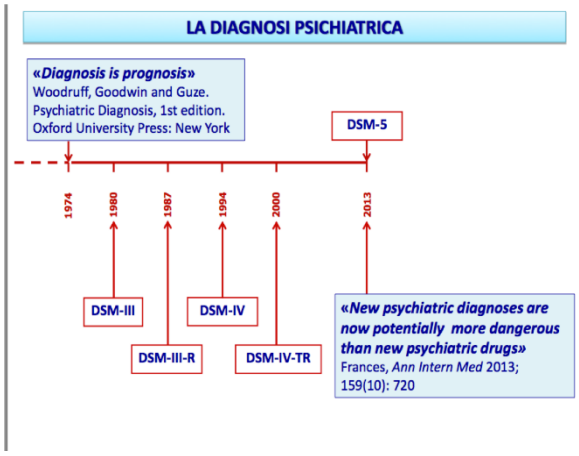


Oggi due sono i sistemi nosografici accreditati a livello mondiale : il Dsm 5 (prodotto dagli psichiatri americani) e l'ICD 10 (dell'organizzazione mondiale che comprende anche le patologie psichiche) e presto arriverà anche l' ICD11. Tra il DSMIV e il DSM5 doveva giocarsi la sfida tra categoria e dimensione.

Oggi c'è un gran dibattito tra ciò che possiamo considerare davvero un disturbo psichico e cosa no. Si parla molto di disturbi sottosoglia Il DSM IV utilizzava un approccio categoriale, il disturbo é tale se ci sono tot items, ad esempio un certo numero di sintomi/condizioni ("avere almeno 5 dei seguenti 7 " per far diagnosi). L'approccio del DSM 5 avrebbe voluto essere dimensionale, cioè attento al continuum, la diagnosi non solo basata su un cut off, non solo su una fotografia , ma doveva rappresentare a complessità di più dimensioni che interagiscono tra loro, comprendendo anche i marcatori biologici (per ora i pochi significativi in psichiatria). In molti credono sia stata una sfida persa.

Quello che oggi riteniamo importante non è solo o tanto il modello multiassiale del DSM, ma quello biopsicosociale, tridimensionale, che declinato e aggiornato negli approcci più moderni studia anche l'interazione tra la genetica e l'ambiente, la biologia e i determinanti sociali, dando importanza al trattamento integrato e non solo biologico.

Il Cittadino del Mondo ONLUS "Famiglie e cittadini attivi" 99 bando 2015



EDITORIAL

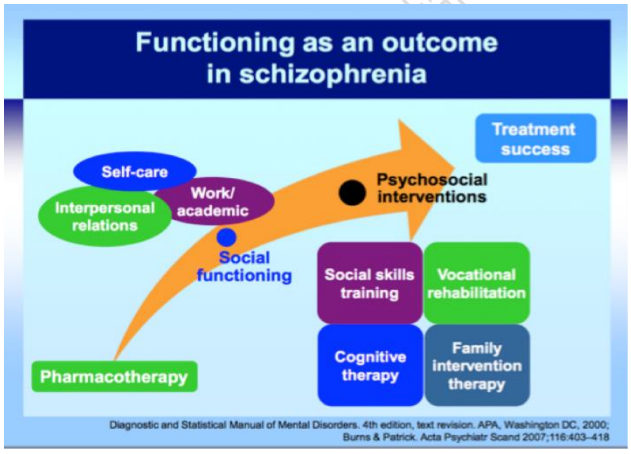
From "madness" to "mental health problems": reflections on the evolving target of psychiatry

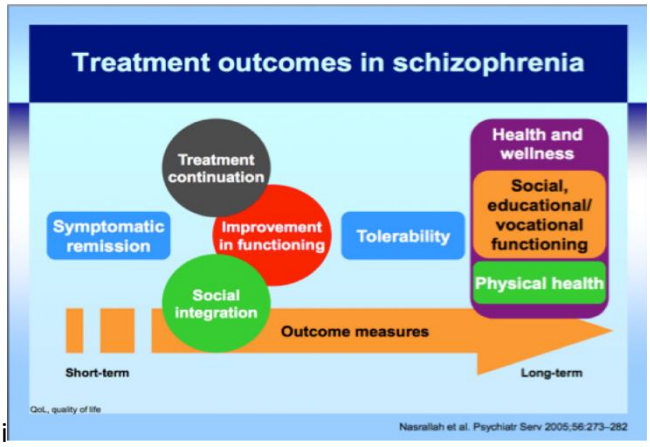
MARIO MAJ

Department of Psychiatry, University of Naples SUN, Naples, Italy

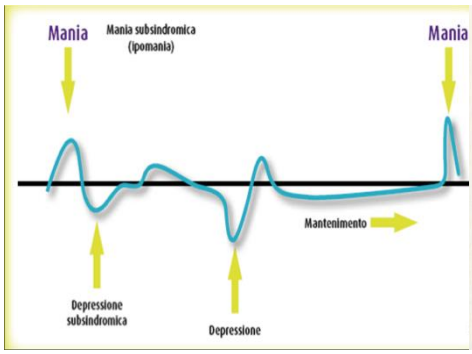
Krepelin definiva la **schizofrenia** *dementia precox*. Decretando una prognosi molto negativa. Si tratta certamente di un insieme di disturbi psicotici gravi quelli dello spettro schizofrenico, come li definisce anche il DSM5, ma non incurabili. Molti e importanti studi evidenziano possibilità di ripresa, se non addirittura di remissione.. Esistono alcuni fattori di vulnerabilità ed altri protettivi, a seguito di un episodio scatenante (dopo sei mesi di sintomi) può essere diagnosticata la malattia. Presenta diverse dimensioni sintomatologiche: positiva (deliri, allucinazioni o disorganizzazione), negativa, cognitiva, depressiva e anche di ostilità. Oggi non si può parlare di incurabilità, tutt'altro. Spesso si arriva alla recovery. personale.

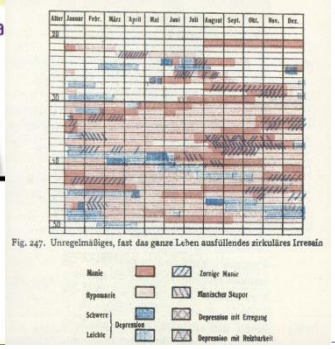
Prima del manifestarsi in fase florida della malattia, vi è una fase prodromica , in questa fase si può cercare di prevenire, con farmaci ma spt con la terapia comportamentale, riabilitativa, i vari interventi psicosociali.... Più si interviene precocemente, almeno all'esordio dei sintomi, più la prognosi é migliore, si diminuisce il tempo di psicosi non trattata (DUP) . Tante sono le strategie (intervento integrato) non solo i farmaci, anche se i farmaci sono molto importanti per evitare ricadute.





Tra i diversi Disturbi dell'Umore ricordiamo il **Disturbo bipolare**:. Un disturbo complesso che interagisce con molti altri disturbi e la qualità di vita. Non é solo "un su e giù dell'umore", non la foto di un momento (depressione o mania) ma è come "un film " , fatto di tante scene e di movimenti., dell'umore, del pensiero e della motricità. Non solo depressione e mania ma anche tanto "misto".





Attenzione all'uso dei farmaci antidepressivi. Il DB è diagnosi molto difficile all'inizio, fatta di solito con molto ritardo. in predominanza caratterizzato da fasi depressive (per questo si prescrivono troppi antidepressivi, facendo ciclizzare la malattia e creando un circolo vizioso di alternanza di stadi maniacali, misti e depressivi, che a ogni fase acuta causano la perdita del funzionamento e maggiore vulnerabilità) Il disturbo bipolare è spesso in comorbidità con molti altri disturbi sia psichici che fisici, che lo complicano.

Progetto Oltre la malattia (R.2.3/99 bando

DSM-5: lo specifier "stato misto"

- Nel DSM-5 la diagnosi di *episodio misto* (inteso come copresenza di tutti i criteri per la mania e la depressione) è stato rimossa
- Viene introdotto l'uso di uno **specifier "stato misto"** in caso di presenza di sintomi della polarità opposta rispetto all'episodio in corso
- Lo specifier è utilizzabile **sia per episodi di depressione che di mania/ ipomania**
- Lo specifier è utilizzabile sia per la diagnosi di disturbo unipolare che di disturbo bipolare

Con caratteristiche depressive
se prevale la mania/ipomania, tutti i criteri devono soddisfare l'episodio maniacale o ipomaniacale, e almeno 3 sintomi depressivi devono manifestarsi quasi ogni giorno per tutta la durata dell'episodio

Con caratteristiche maniacali/ ipomaniacali
Se prevale la depressione, tutti i criteri devono soddisfare l'episodio depressivo maggiore, e almeno 3 sintomi ipomaniacali devono manifestarsi quasi ogni giorno per tutta la durata dell'episodio

American Psychiatric Association.
Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed.2013

Attenzione agli stati misti della malattia (valutare sempre ideazione, umore, motricità)… Una persona con umore basso, ideazione e motricità alta,può essere ad alto rischio di suicidio!

Gli antidepressivi non sono antisuicidari, anzi! Aumentano motricità, ideazione ma solo dopo tempo l'umore! solo clozapina e litio lo sono davvero). E' importante associare ai farmaci la riabilitazione, la psicoeducazione, anche dei familiari, se possibile talvolta anche la psicoterapia. Nel DSM5 è stato introdotto il concetto di specificatore.

Nella medicina di base si incontrano diversi disturbi psichici (42,5% in qs studio). Molti i **disturbi dell'umore** ,**d'ansia**, **somatoformi,** del **comportamento alimentare**, legati a **sostanze o alcool. Ne passiamo in rassegna i principali e la loro frequenza.**

ISYDE - I SINTOMI DELLA DEPRESSIONE TRA MENTE E CORPO

Disturbi psichici e medicina generale

Disturbo psichiatrico	Totale %	Donna %	Uomo %	
Any mood disorders	**31,0**	**35,3**	**24,8**	Mood Disorders
Major depressive disorder	13,9	16,1	10,9	
Partial remission of MD	6,0	7,2	4,2	
Dysthymia	12,6	15,0	9,2	
Minor depressive disorder	4,4	3,8	5,3	
Bipolar disorder	1,9	2,7	0,8	
Secundary depression	2,8	2,6	2,9	
Any Anxiety Disorders	**19,0**	**21,9**	**14,8**	Anxiety Disorders
Panic disorder	2,8	3,8	1,4	
Generalized anxiety disorder	10,3	12,3	7,4	
Anxiety disorder NOS	8,5	9,2	7,4	
Secundary anxiety disorder	3,2	3,2	3,0	
Any somatoform disorders	**18,0**	**20,8**	**14,1**	Somatoform Disorders
Multisomatoform disorder	12,7	15,7	8,5	
Somatoform disorders NOS	10,7	11,3	9,9	
Any eating disorders	**2,3**	**3,0**	**1,0**	Eating Disorders
Bulimia (purging type)	0,3	0,4	0	
Binge eating disorder	1,8	2,3	1,0	
Bulimia (non purging type)	0,2	0,3	0	
Alchol abuse/dependence	**10,1**	**4,1**	**18,6**	Alcohol Disorders

2316 pz.valutati dal MMG con PRIME-MD (Primary Care Evaluation of Mental Disorders)

42,5% presenta un disturbo psichiatrico

Ansseau M et al., 2004

Tra i più frequenti e conosciuti sono i **disturbi d'ansia** e nel DSM5 a questi viene separato il **Disturbo ossesivo compulsivo** (che va da solo).

I DISTURBI D'ANSIA
DSM V

- Panic Disorder
- Panik Attack Specifier
- Agoraphobia
- Separation Anxiety Disorder
- Selective Mutism
- Social Anxiety Disorder (Social Phobia)
- Specific Phobia
- Generalized Anxiety
- Substance /Medication induced AD
- AD Due to Another Medical Condition
- Other Specified Anxiety Disorder
- Unspecified Anxiety Disorder

DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISORDERS
FIFTH EDITION
DSM-5
AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION

Anxiety Disorders

Il Chiaro del bos malattia LR. 23/99 bando 2013

Tanti altri sono i disturbi psichici . Nel DSM IV (che è il sistema oggi più conosciuto e usato) si dividono in ben 17 grandi raggruppamenti e si contano più di 300 disturbi. Troppi? Forse. Certo è comunque difficile parlare di “malattia mentale” come fosse un unico disturbo. Di fatto in psichiatria il problema della diagnosi è certamente ancora un problema molto aperto e dibattuto.

DSM-IV classi diagnostiche principali

- 1. Disturbi diagnosticati per nell’Infanzia, nella fanciullezza,adolescenza
- 2. Delirium, Demenza e Disturbi Amnestici e altri Disturbi Cognitivi
- 3. Disturbi Mentali Dovuti a una Condizione Medica Generale;
- 4. Disturbi Correlati a Sostanze
- 5. Schizofrenia e altri Disturbi Psicotici
- 6. Disturbi dell’Umore
- 7. Disturbi d’Ansia
- 8. Disturbi Somatoformi
- 9. Disturbi Fittizi
- 10. Disturbi Dissociativi
- 11. Disturbi Sessuali e dell’Identità di Genere
- 12. Disturbi dell’Alimentazione
- 13. Disturbi del Sonno
- 14. Disturbi del Controllo degli impulsi non classificati altrove
- 15. Disturbi dell’Adattamento
- 16. Disturbi di Personalità
- 17. Altre condizioni che possono essere oggetto di attenzione clinica

Il Chiaro del bosco ONLUS "Familiari e cittadi... a malattia LR. 23/99 bando 2013

COMPRENDERE I SINTOMI

(Relatore: dott. F. Lucchi)

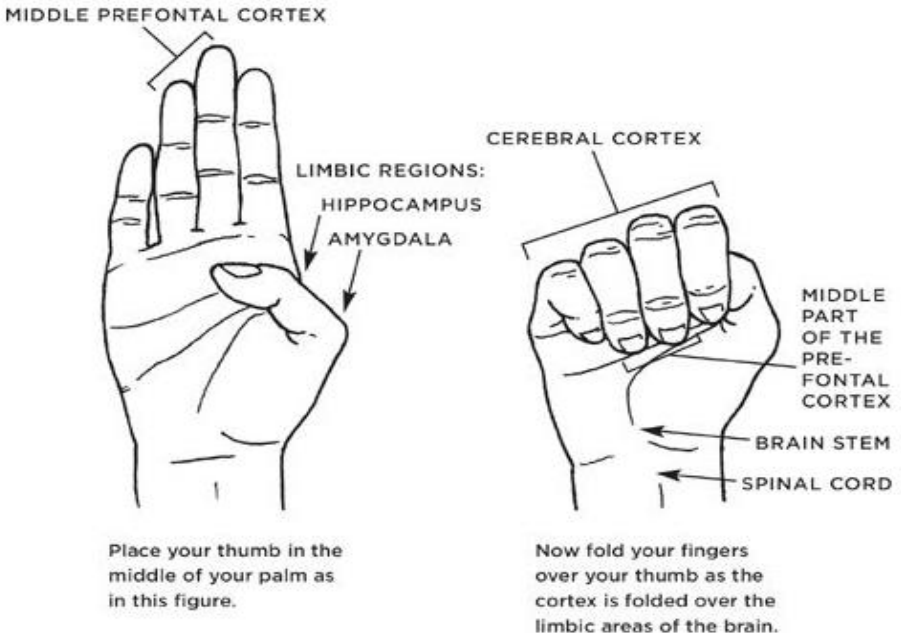
Terzo incontro del 09/06/2014

Viene proposto un insieme di info grafiche prodotte da progetti che si occupano di salute mentale, e girate ultimamente sui social network.

La prima di queste, pubblicata su www.headspace.org.au riporta come in Australia 1/4 dei giovani ha un problema di salute mentale; i segni a cui prestare attenzione sono la perdita di interesse, il fare con fatica le cose abitualmente svolte, avere condotte a rischio, sentirsi ritirati o sopraffatti dalle emozioni, usare e abusare di sostanze, cambiare le abitudini del sonno e dell'alimentazione.

L'adolescenza è considerata una fase molto importante, la maggior parte dei disturbi ha qui le sue radici.
Le ricerche riportano che in adolescenza si sviluppano velocemente nel cervello nuove sinapsi, c'è un rimaneggiamento, vi avvengono una serie di eventi dall'importanza catastrofica, tutta la struttura delle aree dedite al modo logico di ragionare cambia. Quando qualcosa di questo procedimento non va per verso giusto, questi processi deviano.
In questa fase di riassestamento delle vie nervose sono molto importanti due vie nervose che mettono in contatto la corteccia con parte bassa del cervello (striato, amigdala), che regola gli impulsi e le relazioni. Possono emergere in questa fase i primi sintomi (nell'infanzia perlopiù disturbi autistici e dell'attenzione, nell'adolescenza sintomi psicotici, dopo l'adolescenza disturbi dell'umore).

Modello del cervello nel palmo della mano: (Silver)



Amigdala: è l'area dell'emotività, delle reazioni impulsive, della rabbia, dei sentimenti (pollice)
Corteccia prefrontale: è l'area della razionalità, della logica, della consequenzialità, esercita un controllo sulle aree emotive. Uno sviluppo cerebrale efficace è dato da buon controllo tra queste due aree (dita ripiegate sul pollice)

Troco encefalico: è il cervello più antico.... (Polso)
Cosa succede quando qualcosa non va bene?
Può configurarsi un disturbo mentale grave, con una progressione da una fase premorbosa, a prodromi, a episodio psicotico acuto.

I decorsi di malattia possono essere molto diversi: una serie di episodi distanziati tra loro che si ripresentano, ma con un funzionamento adeguato tra uno e l'altro, un singolo episodio che si conclude in sé stesso, un'alternanza di episodi con un funzionamento tra uno e l'altro deficitario.

I sintomi

Episodio psicotico acuto

"…ero convinto che la radio e la televisione mi mandassero messaggi. Credevo di essere diventato una specie di spia e che il mondo fosse una combinazione di cose tipo 1984 di Orwell e Blade-runner.
Niente era come appariva: avvertivo la presenza di telecamere e microfoni ovunque.
Vedevo anche volti di persone da me conosciute in persone che invece non conoscevo e questo mi dava conferme sulle mie idee spionistiche…"
Credevo di essere in pericolo, che non sarei più stato in grado di pensare autonomamente e che da lì a poco sarei stato trasformato in un automa."
"…Non riuscivo più a concentrarmi, ero sempre impaurito, ipervigile, teso, con dolori al petto che non capivo.
Ai miei genitori dissero che avevo la schizofrenia e che avrei dovuto curarmi per il resto della mia vita."
Rufus May, racconto personale

(P. Houghton:Psychosis. Theory and practice, 2004)

Tanti sintomi delle psicosi sono legati a una percezione alterata della realtà.
I sintomi produttivi (deliri e allucinazioni) sono tipici della schizofrenia, ma non solo.
E' stata infatti superata la differenza marcata valida sino a una trentina di anni fa, tra, da un lato, la schizofrenia, dall'altro i disturbi dell'umore, teoria che attribuiva i sintomi psicotici solo alla schizofrenia.
Attualmente si ritiene che i sintomi produttivi abbiano una dimensione transnosografica, infatti i sintomi psicotici li possiamo trovare in tante situazioni (es demenza, uso sostanze…)

Il significato di psicosi: la nostra capacità di leggere la realtà è alterata, trasformata, possono essere presenti idee bizzarre, percezioni senza oggetto (sintomi produttivi, o positivi); sono anche presenti dei sintomi cosiddetti negativi, quali disorganizzazione del comportamento (alterazione cognitiva – destrutturazione ideativa e comportamentale), impoverimento (apatia, abulia, alogia), perdita di insight (perdita di consapevolezza di malattia e decadimento della critica).

Se alcuni comportamenti vostri o di un vostro familiare sono preoccupanti, l'elenco a seguire può essere un supporto nel decidere di chiedere aiuto, senza dimenticare che cambiamenti di comportamento o sbalzi di umore in adolescenti o giovani adulti possono essere semplicemente segnali di crescita.

Il Chiaro del bosco ONLUS "Fantasmi e sintomi attivi" Progetto Oltre la malattia L.R. 23/99 biennio 2013

Alcuni sintomi, pur sfuggendo a familiari e amici, possono dare a chi è affetto da schizofrenia l'impressione di essere 'pazzo'

SINTOMI POSITIVI	Termini usati dalla medicina	Sensazioni
	Allucinazioni	**Udire, vedere, avvertire, sentire l'odore o il gusto di cose che in realtà non esistono.** • L'allucinazione più comune è quella di udire delle voci • Alcune persone, soprattutto all'inizio, ritengono che tali voci siano di conforto e non incutono timore • Altri invece avvertono voci che dicono cose inquietanti o negative o che impartiscono ordini
	Deliri	**Credere fortemente in cose che non sono vere. Ad esempio:** • pensare di essere scrutati attraverso la televisione • credere di essere un personaggio famoso • pensare che la televisione o la radio trasmettano segnali o messaggi • avere credenze religiose bizzarre o ossessive
	Pensieri paranoici	**Estrema diffidenza. Ad esempio:** • pensare che qualcuno complotti alle spalle, che abbia intenzioni malevole e persecutorie • credere di essere inseguiti dagli alieni • credere di essere stati 'sequestrati' dai marziani e condotti su un altro pianeta

Alcuni sintomi comportano pigrizia e perdita di interesse nei confronti delle persone e delle cose circostanti

SINTOMI NEGATIVI	Termini usati dalla medicina	Sensazioni
	Scarsa motivazione	• Possibile perdita di interesse per molti aspetti della propria vita • Mancanza di energie; anche i compiti più semplici come alzarsi la mattina o fare le pulizie di casa potrebbero diventare improvvisamente difficili da svolgere
	Asocialità	• Potrebbe svanire ogni interesse nei confronti degli amici ed è quindi possibile cadere nella solitudine, con una conseguente forte sensazione di isolamento
	Mancanza di concentrazione	• Leggere un libro o guardare un programma in televisione dall'inizio alla fine può diventare uno sforzo immane • Può risultare impossibile ricordarsi le cose o impararne di nuove, anche se minime
	Difficoltà nell'eloquio e cognitive	• Iniziare un discorso e perderne il filo • Riflettere attentamente sulle cose potrebbe richiedere un grande sforzo e risultare quindi in un'impresa troppo difficile

I sintomi nella schizofrenia sono estremamente complessi: l'interazione, la durata, il modo in cui i sintomi (distinti in sintomi affettivi, negativi, positivi, comportamenti ostili, disorganizzazione, cognitivi) si presentano, possono dare diagnosi diverse.
Secondo Schneider, infatti, una serie di sintomi psicotici possono essere trasversali tra schizofrenia e disturbi affettivi.

Ci sono delle strategia utili a gestire alcuni aspetti della malattia…
-Ci sono una seria di risposte fisiche e psichiche del corpo quando si vive un momento di stress, in questa situazione è importante imparare a rilassarsi attraverso delle azioni ben precise (regolare la respirazione, creare uno spazio dove rilassarsi, imparare le tecniche di rilassamento, rivolgersi a un professionista), e imparare a riacquistare il controllo (evitare alcol, caffeina, droghe, adottare uno stile di vita più sano, rivolgersi a un medico se il morale è a terra)
-Esistono inoltre una serie di strategie utili per affrontare i rapporti interpersonali, aspetto reso molto difficile da una patologia mentale (es: non allarmarsi di fronte a comportamenti ritenuti evitanti, in quanto la schizofrenia può rendere ipersensibili a parole o azioni altrui, parlare con il proprio partner, gestire i conflitti, aggiornare la propria famiglia sull'andamento della malattia, fare nuove conoscenze, prepararsi alle conversazioni preparando degli argomenti).
-Pianificare la giornata può aiutare la persona con schizofrenia a non cadere nell'inedia.
-Tenere un diario quotidiano può servire a fornire ai medici un'informazione esatta dello stato di salute del paziente, dell'efficacia della terapia e dei problemi che persistono.
-Conoscere elle strategie per affrontare una crisi (evitare minacce o ultimatum, ricordare che ci si può allontanare, cercare di non urlare, evitare critiche, non cercare di convincere con l'inganno, evitare discussioni sul da farsi con altri familiari, non stare in piedi se il malato è seduto, evitare il contatto visivo prolungato e evitare di toccare la persona, soddisfare qualsiasi richiesta ragionevole, non bloccare il passaggio né chiudere porte a chiave, parlare con tono normale, preparare un elenco con i numeri di mmg, psichiatra, spdc, polizia, sapere in che ospedale andare in caso di emergenza, sapere chi chiamare in caso di emergenza sia di giorno che di notte, in caso ci siano figli decidere chi se ne occuperà in caso di bisogno)

-stigma e autostigma: combatterli è il primo passo verso la guarigione. Anche qui, esistono alcune strategie utili: informarsi sulla malattia in modo da correggere l'ignoranza con argomentazioni concrete, cercare di spiegare i dettagli della patologia a chi vi circonda, protestare quando un'opinione sulla malattia, comparsa sui mass-media, è offensiva, rivolgersi ai sindacati qualora si avesse la percezione di essere discriminati sul lavoro
-la terapia: è personalizzata, ed è importante, affinchè sia su misura, discutere con il medico delle aspettative, degli effetti collaterali e dei sintomi.

Il disturbo bipolare

È classificato come un disturbo dell'umore e si manifesta con variazioni che vanno dall'euforia (umore euforico, alto, elevato, espansivo) alla tristezza più cupa (umore disforico, basso, depresso, ridotto).
Le fasi possono essere molto diverse, alternate, o a prevalenza di aspetti depressivi, o a prevalenza di aspetti maniacali.... E'una patologia difficile da riconoscere, complessa, può anche presentarsi con sintomi sfumati con piccoli e fugaci e brevi alternanze di umore....
La persona in fase maniacale, spesso ha una matassa di pensieri accelerati, un senso della realtà sfilacciato e una opinione di sè elevata, che porta la persona a non portare nulla a termine; qui, in questa situazione, comanda amigdala, la corteccia ha perso il controllo.

Mania

Per almeno una settimana: atteggiamento provocatorio, aggressività, agire inarrestabile- fiducia ingiustificata nelle proprie capacità, ottimismo eccessivo – percezioni più vivaci (es colori brillanti) – distraibilità e volubilità estrema – perdita della capacità di autocritica e riflessione – fuga delle idee e continua successione dei pensieri – ridotto bisogno di riposo e di sonno – minor bisogno di nutrirsi – aumentata attività sessuale – parlantina più veloce, spinta inarrestabile a parlare, logorrea – acquisti per grosse somme, perdita delle inibizioni sociali - idee e deliri grandiosi.

Ipomania

Per almeno 4 giorni consecutivi: sentimento di forte benessere e efficienza fisica e mentale – umore allegro, aumentata stima di sé – aumentata motivazione a produrre, contatti sociali intensificati - aumentata spinta ad agire, aumentata attività fisica – ridotto bisogno di sonno, aumentato desiderio sessuale – pensieri più veloci, idee e progetti più numerosi – stato di divertimento, idee buffe, facilità al riso – aumentata loquacità e socievolezza, perdita delle abituali inibizioni

Il lato oscuro dell'ipomania

Guida imprudente e pericolosa – facilità a spendere – gestione finanziaria a rischio, investimenti non oculati – spinta sessuale esuberante, rischio di mts o gravidanze indesiderate – maggior tendenza al ricorso di droghe illegali con rischio di conseguenze successive quali tossicodipendenza – aumentato consumo di caffè, tabacco e alcol – volubilità e distraibilità, coinvolgimento prioritario in attività ludiche, con mancato rispetto ei prorpi doveri – esaltazione, fanatismo – impazienza

Il Quadrifoglio ONLUS Familiari e cittadini attivi progetto Oltre la malattia BR 25/09/2013

Depressione

"Mi sento terribilmente disperata. Non so cosa farei e non mi sopporto più… Mi sento impazzire dalla disperazione…Mi dovrei fare il bagno, ma ho una tale angoscia dentro…. La mia vita è come finita. Sono sola con un cuore a pezzi e piena di disperazione. Mi sento un disastro totale. Vorrei farmi male, ma so che questo non basterebbe per la disperazione che ho. Mi sento distrutta dentro. Ho un vuoto abissale dentro di me. Voglio stare sola, eppure questa solitudine mi opprime. La mia vita non ha senso. Ho un'angoscia di morte. Il buio mi opprime. Voglio scomparire del tutto. .Sono una fallita; mi sento un'isola, non so comunicare la mia solitudine"

Sintomi:
per almeno due settimane facile affaticabilità – ridotta autostima, sentimenti e pensieri di colpa –umore triste, depresso – pensieri di suicidio e atti autolesivi – sonno disturbato, disagio corporei, perdita del desiderio sessuale, calo dell'appetito, rallentamento motorio – perdita degli interessi e della capacità di essere contenti – prospettive pessimistiche e negative – ridotta concentrazione e attenzione – ridotta spinta ad agire e scarse energie

Depressione "atipica"
Aumentato bisogno di sonno – aumento dell'appetito – aumento di peso – ipersensibilità alla separazione, al rifiuto, al fallimento – pesanteza di bracia e gambe – iper_reattività emotiva

Stato misto
La più difficile da riconoscere e trattare... Secondo alcuni studi, le persone in stato misto sono più a rischio di comportamenti autolesivi. Unisce la tensione dell'episodio maniacale (eccitamento aumentata spinta all'azione, umore irritabile, litigiosità, tendenza allo scontro, fuga delle idee), all'ansia dell'episodio depressivo (umore depresso senza rallentamento psicomotorio, perdita della speranza, pensieri di suicidio)

Il ritardo nell'effettuare una corretta diagnosi: gli ostacoli
<u>Da parte del paziente:</u>
Assenza di consapevolezza
Vergogna/Imbarazzo
Stigma
<u>Diagnosi difficoltosa per:</u>
Ampia variabilità dei sintomi
Differenti fasi del disturbo
Differenze interindividuali nella presentazione dei sintomi
Sovrapposizione tra disturbi affettivi e psicotici
Frequente comorbidità con altre patologie psichiatriche
Sintomi dovuti ad altre cause (ad es.: patologie mediche)
Rigidità dei criteri diagnostici
Convinzioni teoriche dello psichiatra

Il disturbo bipolare in età puberale e nell'adolescenza
<u>Prepuberale</u>
Andamento subcontinuo
Affettività mista o rapidamente oscillante, disforia
Irritabilità, ostilità, aggressività verbale o fisica

Comitato Regionale ONLUS "Familiari e cittadini attivi" Progetto Oltre la malattia L.R. 23/99 bando 2013

Grandiosità (identificazione con personaggi onnipotenti, convinzione di possedere facoltà superiori, intolleranza autorità, essere al di sopra delle regole o della legge)
Piccoli atti dissociali, vittimizzazione altrui
Impulsività ed iperattività "finalizzata"
Ipersessualità (iperseduttività, esibizionismo, linguaggio ipersessuale, masturbazione)
Logorrea, tono concitato, ideorrea
Disturbo attentivo
Improvvisi momenti di depressione, autosvalutazione, idee di morte, ruminazioni esistenziali

Adolescenza
Andamento più spesso episodico
Irritabilità
Accelerazione del pensiero e del linguaggio
Iperattivismo "pleasure-seeking"
Ipersessualità confusa ed a rischio
Riduzione del sonno
Comportamenti a rischio (alta velocità)
Dipendenza da sostanze d'abuso
Rischio suicidario
Sintomi psicotici (deliri, allucinazioni, Comportamento e pensiero disorganizzato)

tto Oltre la malattia LR. 23/99 bando 2013

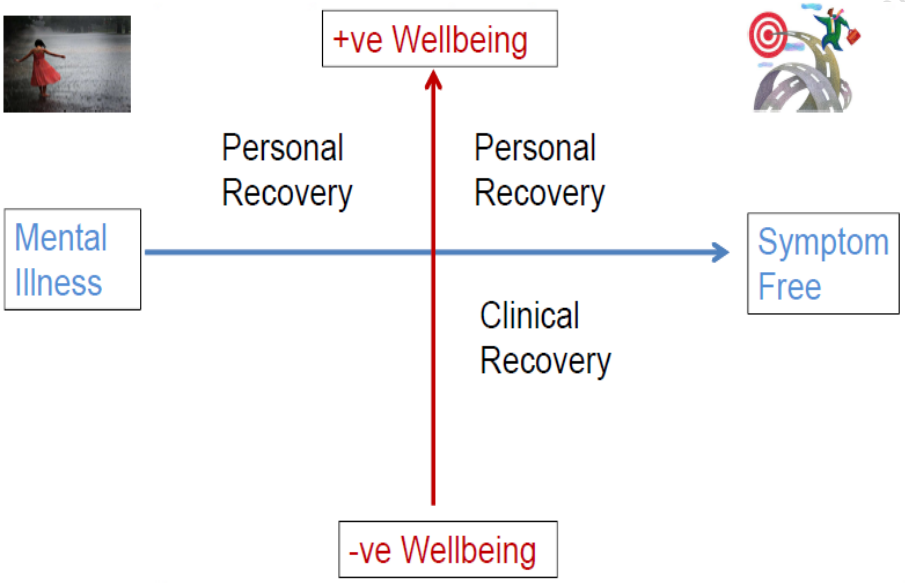
COMORBIDITA' DEL DISTURBO BIPOLARE

Disturbi in comorbidità	Prevalenza (%)
Disturbo d'Ansia Generalizzato	42,4
Fobia Sociale	47,1
Disturbo di Panico	32,9
PTSD	38,7
Qualsiasi disturbo d'ansia	93,0
Dipendenza da alcol	61,2
Dipendenza da sostanze	40,6
Qualsiasi disturbo da uso di sostanze	71,1

Distimia	49,7
Disturbo della Condotta	59,5

La **depressione** e la **mania** rappresentano i due aspetti che caratterizzano i disturbi bipolari; sono fortemente debilitanti sul funzionamento sociale, familiare, affettivo e lavorativo.
Necessità, quindi, di un intervento adeguato e tempestivo con la collaborazione delle diverse professionali sanitarie, al fine di gestire il disagio psichico e le sofferenze delle persone affette da questi disturbi.

UN NUOVO MODELLO



L'essenza emotiva del percorso di guarigione è la speranza: senza di questa guarire è improbabile.
Noi tutti abbiamo il dovere di condividere un messaggio di aspettative positive rispetto alla guarigione.

DEFINIZIONE DI GUARIGIONE (RECOVERY). (Antony, 1993)
"E' un processo profondamente Personale ed unico che porta a modificare i propri comportamenti, valori, sentimenti, capacità, obiettivi e ruoli.
E' un modo di vivere con soddisfazione la vita partecipando ad attività e relazioni significative anche con le limitazioni dovute alla malattia."

Centro del passo ONLUS
Malattia LR. 23/99 bando 2013

I FARMACI: ISTRUZIONI PER L'USO

(Relatore: dott. A. Campana)

Quarto incontro del 16/06/2014

IL FARMACO: "…è una sostanza che introdotta nell'organismo ne modifica alcune le funzioni…"

LO "PSICOFARMACO" è una sostanza attiva sul SNC (e non solo…)

Risposta ad un farmaco?
…geneticamente determinata!!!

Breve storia della "psicofarmacologia"
A metà anni 30 vengono sintetizzate le prime benzodiazepine (BDZ)
Tra il 48 e il 49 John Cade sperimenta il litio.
Nel 1952 viene scoperta da Delay e Deniker la Clorpromazina (Largactil). In realtà era un vecchio anestetico, ripreso in uso vedendo che dava tranquillità profonda nei pazienti agitati. Solo ad altissimi dosaggi fa dormire.
Nel 1956 si sintetizzano i primi antidepressivi (TCA). Da notare che in Italia attualmente i farmaci antidepressivi a disposizione sono moltissimi (ad es, a fronte di 11 farmaci x cefalea, abbiamo 26 antidepressivi), per questo è assolutamente indispensabile che la terapia sia personalizzata.
Nel 1957 Paul Jansen sintetizza il primo butirrofenone, dopo pochi mesi Hermans sintetizza l'Aloperidolo (che ha effetti collaterali notevoli, per questo sta diminuendo l'uso).
Negli anni 60 iniziano le sperimentazioni di Clozapina, sarà poi ritirata e reintrodotta.
Nel 1981 si sintetizza il Risperidone, che aiuta nella gestione dei sintomi psicotici.

Al termine dello sviluppo (20/21 anni) il cervello umano ha circa 100.000.000.000 neuroni. Dai 20/21 anni in poi si assiste a una progressiva e naturale morte neuronale, contro la quale possiamo fare poco, se non mantenere ATTIVI i neuroni restanti. Come un muscolo, il cervello va esercitato e allenato perché possa funzionare al meglio. E' provato infatti che l'intelligenza non dipende da numero di neuroni, ma da come essi sono connessi tra loro tramite le sinapsi; molte sono le aree del cervello, per un buon funzionamento è importate che siano connesse. L'utilizzo di sostanze provoca una morte neuronale precoce e massiccia, riducendo ancora di più il numero dei neuroni e le connessioni disponibili.

I NEUROTRASMETTITORI
I principali sono 9:
- dopamina *
- noradrenalina*
- adrenalina
- serotonina*
-glutammato
-aspartato
- glicina
- acetilcolina
- gaba (acido gamma aminobutirrico)

I RECETTORI
- dopamina
- serotonina
- noradrenalina
- acetilcolina

Comune del bosco ONLUS Familiari e cittadini attivi per un'oltre malattia L.R. 23/99 bando 2013

La maggior parte dei disturbi psichiatrici è generata da una disregolazione di noradrenalina, serotonina e dopamina

Cosa fanno i farmaci?
Alcuni agiscono sui sintomi altri sui disturbi
Possibili dimensioni bersaglio per l'intervento farmacologico:
-umore depresso
-rallentamento-espansività
-umore maniacale-espansivo
-accelerazione-iperattività
-abulia-apatia
-ostilità-aggressività
-distorsione della realtà
-disorganizzazione cognitiva
-ossessione-compulsione
-allarme-paura

Azioni farmacologiche:

FARMACOCINETICA
Descrive che cosa l'organismo fa al farmaco:

- ASSORBIMENTO
- EMIVITA (tempo necessario per dimezzare il farmaco nell'organismo)
- DISTRIBUZIONE
- BIODISPONIBILITA' (legandosi a qualcosa, es alle proteine, ne resta nell'organismo una quantità libera più o meno grande a seconda del legame creatosi)

FARMACODINAMICA
Descrive che cosa il farmaco fa all'organismo:

- VIE METABOLICHE
- LEGAME RECETTORIALE
- EFFETTO PRIMO PASSAGGIO
- INTERAZIONI FARMACOLOGICHE
- CURVE DOSE-RISPOSTA
- INDICE TERAPEUTICO

Cosa non fa un farmaco
- Non altera la personalità... Nessuna sostanza lo fa, perché la personalità non è altro che la ripresentazione in modo diversi, con un indice di maturità diverso e un'esperienza diversa, di ciò che abbiamo fatto nei primi tre anni di vita.
- Non intontisce... I farmaci con profilo sedativo, solitamente, non vengono usati in modo continuativo, ma quando il paziente è agitato. E' in realtà più facile che ci sia un'alterazione nel modo di pensare in una persona che sta male piuttosto che in una in cura…
- Da dipendenza… solo gli ansiolitici. Per curare il disturbo, il farmaco va dato ad un certo dosaggio e il mantenimento va fatto allo stesso dosaggio che ha fatto stare bene la persona...il trattamento va portato a termine.
- Uccide le cellule cervello. No, è la disregolazione metabolica che ne altera più o meno permanentemente le funzioni.
Cosa sapere di un farmaco?

Progetto Oltre la malattia LR. 23/99 bando 2013

-Indicazione: motivo per il quale il farmaco si utilizza, effetto principale, effetti secondari
-Controindicazione: quando quel farmaco si deve limitare o non si deve usare
-Effetti collaterali: effetti possibili ma non obbligatori…
-Posologia: quante volte al giorno…
-Durata di assunzione: per quanto tempo…
-Modalità di assunzione: prima o dopo i pasti….

Usi possibili:
- "off label" cioè fuori dall'indicazione, per es. se un farmaco è registrato in Italia solo per il disturbo bipolare, ma in U.S.A. è registrato anche per la schizofrenia, l'utilizzo in Italia per la schizofrenia viene definito off label
- "a dosaggio diverso", ad es. quando un antidepressivo a basso dosaggio viene utilizzato come ansiolitico

Come si usa un farmaco
- Secondo prescrizione medica
- L'assunzione deve essere regolare (alla stessa ora) +/- 2 ore
- Sapere se un farmaco va assunto prima o dopo i pasti
- Va assunto al dosaggio indicato (lo sconto fatto sul farmaco si ripaga sul ripresentarsi di problemi e sulla durata della cura)
- Va assunto per la durata temporale indicata

Il problema dei "generici": alcuni non funzionano… La legge stabilisce che in Italia si può commercializzare come generico un farmaco con il 20% in più (o in meno) di principio attivo rispetto al farmaco di marca...
E' necessario pertanto fidarsi del medico che ci prescrive il farmaco, se il medico prescrive un generico, usare sempre la stessa marca.

Come NON si usa un farmaco
- In modo non continuativo (resistenza= riduzione efficacia)
- In assunzione intermittente (tolleranza= inefficacia
- Mai sospendere un farmaco "di colpo". In psichiatria farmaci vengono dati secondo titolazione (si aumenta con poco per volta, e viceversa per il decalage).
- Mai riassumere un farmaco, dopo diversi giorni di sospensione, al dosaggio di quando l'ho interrotto…
- Mai assumere farmaci in associazione con alcool o altre sostanze stimolanti caffeina, taurina ed altre sostanze psicoattive. La caffeina è un potentissimo dopaminergico, un caffè del bar contiene 80 mg di caffeina, che aumenta la dopamina, che da ansia... Dopo 2/3 ore di tono, la caffeina ha un effetto depressogeno. La taurina è 4 volte la caffeina...in una lattina a base di taurina (es Redbull) c'è l'equivalente di 8 caffé...
- NO a... "…Prendo la pastiglia che ha fatto bene anche al mio vicino di casa…". La terapia deve essere personalizzata, non dal vicino di casa
- NO a... "…ora sto bene quindi riduco il dosaggio…"

<u>Le classi farmacologiche</u>

--- STABILIZZATORI DELL'UMORE
Classici (antiepilettici)
Atipici (antipsicotici atipici)
--- ANTIDEPRESSIVI
Triciclici e tetraciclici
Serotoninergici
Misti

--- ANTIPSICOTICI

Il Cesiaro del bosco ONLUS "Famiglia affiancata attiva" Progetto Oltre la malattia LR. 23/99 bando 2015

Tipici (neurolettici)
Atipici (antipsicotici atipici)
--- BENZODIAZEPINE
Ansiolitici
Ipnoinducenti

Farmaci ad azione ad es. depressogena

Antiepilettici: Vigabatrin(Sabril), Etosuc. (Zar) Tiagabina (Gabitril), Zonisamide (Zonegram), Felbamato (Taloxa), Levetiracetam (Keppra), Topiramato (Topamax)
Antiemicranici: Flunarizina ,Ca antagonisti Trip, ergot.
Antiparkinson: L-Dopa, Amantadina
Sclerosi Multipla: InterferoneB1 e Antivirali: InterferoneA+Ribavir, AZT, Efavirens
Antiacne: Isotretinoin e Alopecia: Finasteride
Antifungini: Meflochina
Antiipertensivi: Metildopa Reserpina, Clon (ipoman)
Antibiotici: Fluorchinolonici, Cicloserina,
Oncologici:Tamoxifene, Antifolati Anastrazolo, AntiGH)
Antiaritmici: Amiodarone, Bbloccanti (metoprololo, propranolo lipofili)
Diuretici: Tiazidici
Corticosteroidi: Desametazone
Anticoncezionali e farmaci per il Trattamento infertilità
Bifosfonati
Antiulcera: (Cimetidina),
Anticolinergici (recM), e Miorilassanti e Analgesici

GLI STABILIZZATORI DELL'UMORE

Si tratta di una categoria di farmaci impiegati nel trattamento a lungo termine di pazienti affetti da disturbi ricorrenti dell'umore, in particolare nel disturbo bipolare. Trovano ulteriore impiego nelle forme schizoaffettive.
·Accanto al Litio, farmaco di riferimento, utilizzato nella pratica terapeutica da più decenni, trovano collocazione ufficiale in questo gruppo il valproato di sodio e la carbamazepina.
·Successivamente si è proposto l'uso della oxcarbazepina, meno gravata di effetti collaterali della molecola originaria.
·Più di recente è stato suggerito l'uso della lamotrigina, specie per il trattamento della fase depressiva del disturbo bipolare.
·Va infine tenuta presente la possibilità di utilizzare alcuni antipsicotici atipici da soli o in aggiunta ad uno stabilizzatore tradizionale.

Gli stabilizzatori dell'umore: il litio
-Indicato per trattamento del disturbo bipolare.
-Indicato in "augmentation" per depressione maggiore,
-Indicato nella gestione e nel controllo dell'aggressività nel disturbo schizoaffettivo, schizofrenia farmacoresistente,
-Indicato nella prevenzione del suicidio e nelle malattie in cui è necessario un miglior controllo degli impulsi.

Gli stabilizzatori dell'umore: il valproato di sodio, la carbamazepina
-Usati per trattare il disturbo bipolare con uguale efficacia e sicurezza del litio, usato anche nei disturbi schizoaffettivi, nei disturbi del controllo degli impulsi e dell'agitazione psicomotoria.
-Effetti indesiderati: Nausea, sedazione, tremore, epatotissicità, trombocitopenia, disfunzione piastrinica, disturbi della coagulazione, encefalopatia
-Interazioni con altri farmaci (carbamazepina)
-Test di laboratorio consigliati
Trattamento in acuto e di mantenimento nei disturbi dell'umore

Progetto Oltre la malattia LR. 23/99 bando 2013

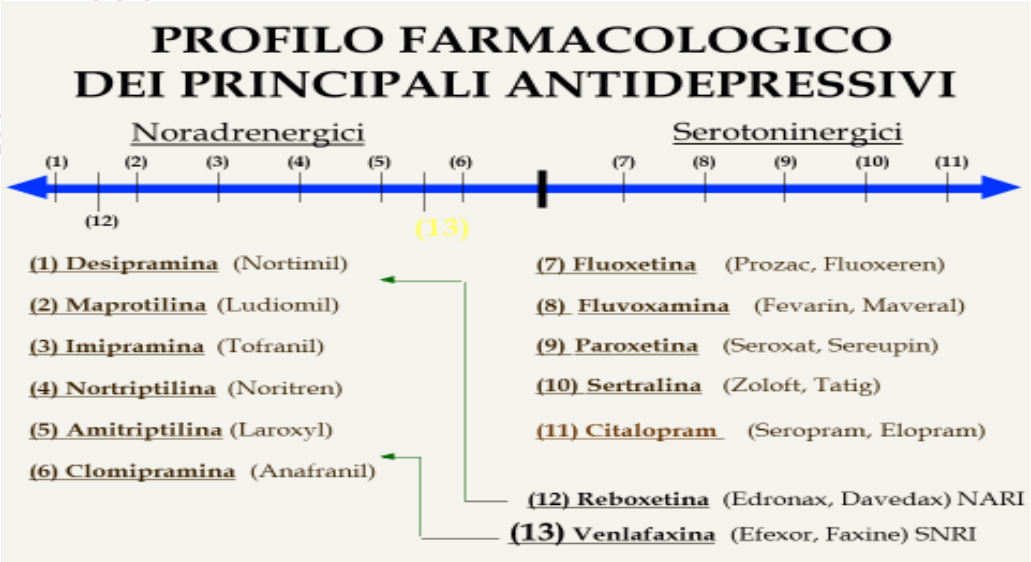
-Talvolta è necessario il ricovero
-Trattamento prolungato con stabilizzatori dell'umore
. Gestione dei possibili effetti collaterali
. Informazione al paziente ed alla famiglia
. Alleanza terapeutica
. Riconoscimento precoce dei prodromi
-Uso prudente degli antidepressivi durante le fasi depressive
-Psicoterapia e relazione terapeutica stabile

Esami consigliati:
Dosaggio dello stabilizzatore: liemia, valproato
Profilo tiroide e funzionalità renale (litio)
Transaminasi e funzionalità epatica (valproato, CBZ)
Emocromo e formula leucocitaria
Esami routine, amilasi
ECG
Pt, PTT, fibrinogeno, amilasi (valproato)
Test gravidanza

GLI ANTIDREPRESSIVI

Triciclici di vecchia generazione (TCA)
Serotoninergici (SSRI)
NARI, NASSA, SNRI
IMAO (RIMA)*
Dopaminergici (benzamidi sost, amineptina, minaprina , SAME)

CORRELAZIONE SINTOMO/PROFILO FARMACOLOGICO
E' importante perchè in base a quello che dice il paziente, al suo vissuto, al sintomo che dà più fastidio il medico può scegliere
Noradrenergici, agiscono su: attività psicomotoria, affaticabilità, vigilanza
Serotoninergici, agiscono su: alimentazione, dolore, ansia, impulsività, suicidio, aggressività, evitamento, delirio, sonno
Entrambi agiscono su: attenzione, funzione cognitive, affettività, umore



Il Chiaro del bo ... IS "Fam... cittadini attivi" Progetto Oltre la malattia LR. 23/99 bando 2013

La scala rappresentata va dall'antidepressivo più attivante (a sinistra) al più sedativo in assoluto (se la persona ha come sintomo cardine l'ansia il medico da un sedativo, non un attivante)

Non esistono elementi predittivi che ci dicono se una persona risponderà o meno al farmaco (per saperlo lo si deve usare al dosaggio medio per due mesi).

Effetti collaterali degli SSRIs (iniziali): Insonnia, irritabilità, ansia, disturbi sessuali, perdita dell'appetito o incremento ponderale, nausea, vomito, cefalea, diarrea, gastralgia, alterazioni dell'aggregazione piastrinica

Effetti collaterali degli AD triciclici: Ipotensione ortostatica, tachicardia, vertigini, disturbi della sfera sessuale, sonnolenza, aumento ponderale, riduzione della performance cognitiva anche a basse dosi, alterazioni dell'ECG, rischio di aritmie, ecc.

IL SIGNIFICATO DELLE PSICOSI

- LA TRASFORMAZIONE DELLA REALTA' (sintomi positivi) DELIRI ALLUCINAZIONI
- LA DISORGANIZZAZIONE, ALTERAZIONI COGNITIVE – DESTRUTTURAZIONE IDEATIVA E COMPORTAMENTALE
- L'IMPOVERIMENTO, APATIA – ABULIA – ALOGIA
- LA PERDITA DI INSIGHT, DECADIMENTO DELLA CRITICA – MANCANZA DELLA COSCIENZA DI MALATTIA

Nella schizofrenia l'immagine alla RMI scan evidenzia un'alterazione anatomica, un'atrofia corticale.

ANTIPSICOTICI TIPICI (Neurolettici)

- Sono antagonisti dei recettori dopaminergici (spt D2)
- Utili nei disturbi ideativi (delirio)
- Utili nel gestire la sintomatologia dispercettiva (allucinazioni)
- Indicati nei disturbi psicotici, nella grave agitazione, Tourette…
- Possono avere un profilo depressogeno

Progetto Oltre la malattia L.R. 23/99 bando 2019

ANTIPSICOTICI ATIPICI
Sono antagonisti serotonino-dopaminergici (SDA)
Clozapina (Leponex)
Risperidone, (Risperdal)
Olanzapina, (Zyprexa)
Quetiapina, (Seroquel)
Ziprasidone,
Aripiprazolo (Abilify)
- Incidono su sintomi positivi, e negativi della schizofrenia
- Minore incidenza di EPS (no anticolinergici)
- Sono efficaci anche nel trattamento umore (dist.bipolare)

La Clozapina
- La dose media è di circa 450 mg (150-900)
- Gli effetti collaterali sono spesso dose dipendenti e a rapido incremento (scialoreea, agranulocitosi)
- Inserire il farmaco in titolazione 50 mg a settimana
- Procedura monitoraggio esami sett/mensili
  (1 emocromo con formula per le prime 18 settimane poi 1 emocromo al mese)
- Non saltare più di 3 giorni, se no ricominciare titolazione
- Utilizzato nella schizofrenia resistente ma anche nel disturbo bipolare

Funziona spessissimo quando gli altri stabilizzatori non hanno funzionato. Anche a bassi dosaggi sa bloccare il pensiero autolesivo.

Effetti collaterali associati all'uso degli antipsicotici tipici e atipici
Neurologici (tipici): Disturbi del movimento, sedazione
Metabolici (atipici): Obesità o incremento ponderale, Dislipidemia, Iperglicemia/diabete
Endocrini (atipici): Diabete, Iperprolattinemia
Cardiovascolari (tipici e atipici): Prolungamento del tratto Q-T, Ipotensione ortostatica
Altri: Ematologici, Anticolinergici (disturbi cognitivi), Oculari, Epatici

IL TRATTAMENTO (quando si usano)

Delle Psicosi
Dei Disturbi affettivi
Dei Disturbi d'ansia
Dei Disturbi di personalità
Di particolari popolazioni di pazienti (anziani, gravidanza, comorbidità medica, abuso sostanze, mal.neurologiche..)

Antipsicotici long acting: i depot
La somministrazione per via parenterale di farmaci ad azione prolungata (long acting) è impiegata come terapia di mantenimento soprattutto quando l'aderenza al trattamento per bocca non può essere considerata attendibile.

Gli antipsicotici depot sono somministrati per via intramuscolare profonda ad intervalli di 1-4 settimane.
TIPICI: Haldol decanoas 50 mg f. im, Moditen depot 25mg f. im, Clopixol 200 mg f. im.
ATIPICI: Risperdal RP 25-37,5-50 mg f. im, Xeplion 100, 150 mg f. im, Zypadhera 300, 405 mg f. im

Il Chiaro del bosco ONLUS "Familiari e cittadini attivi" Progetto Oltre la malattia LR. 23/99 bando 2013

LE BENZODIAZEPINE (BDZ)

- Efficaci per il trattamento dei disturbi d'ansia (+/-SSRI) e dell'agitazione associata a disturbo bipolare o psicosi.
- Utilizzate anche come anestetici, anticonvulsivanti e miorilassanti.
- Come sedativi riducono l'ansia diurna
- Come ipnotici facilitano esordio e mantenimento del sonno.

MA…..

- Azione depressogena se assunte da >6 mesi
- Inducono dipendenza
- Inducono tolleranza
- Inducono effetti paradossi nell'anziano

Il Chiaro del bosco ONLUS "Fa… …ta LR. 23/99 bando 2013

GESTIONE DEI CONFLITTI E PROBLEM-SOLVING

(Relatrice: dott.ssa E. Gattoni)

Quinto incontro del 23/06/2014

Il conflitto

Si introduce l'incontro tramite l'ascolto di una nota canzone "Ci vuole un fisico bestiale" di L. Carboni

Obiettivo dell'ascolto: Capire che ogni giorno dobbiamo allenare la relazione.

- *"Perchè di solito vai bene come sei"* il non sentirci accettati come siamo è spesso causa di conflitti, se punti qui ci sentiamo feriti
- *"Perché siamo sempre ad un incrocio",* ogni relazione é un rischio, anche se incontriamo dei conflitti è importante che di fronte ad essi ci schieriamo, altrimenti ci limiteremo a subirli ed il senso di efficacia personale verrà meno, a nostro discapito.
- *"il mondo è un grande ospedale siamo tutti un po' malati ma anche un pò dottori*". Ognuno d noi é portatore di esperienza, anche i bambini. Siamo costituiti da due parti, l'una che sa curare, l'altra che ha bisogno di cura.
- "*Siamo ignoranti ma anche un pò insegnanti",* ognuno ha un sapere che può condividere con tutti, se lo vuole e se è in grado di farlo.
- "*Possiamo abituarci ad allenarci*". Possiamo allenarci sia a risolvere i conflitti che a gestire i problemi.

Per alzata di mano, si invitano i presenti a condividere o meno alcune frasi...
I conflitti sono insiti nella natura umana (metà dei presenti concordano)
I conflitti devono essere evitati (nessuno)
I conflitti rovinano le relazioni e i rapporti (5/39)
Esistono conflitti che s risolvono solo con violenza (3/39)

La docente porta alcune testimonianze sui conflitti (raccolte con persone che hanno lavorato con un diario individuale dei conflitti, o che han fatto un lungo training sui conflitti).

"I conflitti. Li ho sempre temuti: quelli con gli amici per cui non ci si parlava più per mesi, quelli in famiglia con sfuriate angoscianti, quelli con chi si ama che sembrano preludio di una inevitabile separazione.
Litigare è una sofferenza.
Eppure al tempo stesso i conflitti li cercavo, con la sensazione di qualcosa che montava dentro, un'insofferenza, un'ingiustizia, un bisogno di affermare sé ed il proprio punto di vista, che esplodeva quasi sempre a sproposito con il suo strascico di confusione e sensi di colpa."

Il conflitto non è semplice da gestire, ma la vita ci chiama a farlo, anche con forze aggressive (non significa essere violenti, ma mordere, afferrarci alle cose a cui teniamo, essere aggressivi verso le cose a cui teniamo, ad esempio un bambino usa il pianto come forma di aggressività per ottenere il cibo).
Ogni essere vivente deve saper affrontare le situazioni conflittuali della sua vita, altrimenti muore.
Non saper "stare" nel conflitto, non riuscire a "so-stare nel conflitto" provoca sofferenza.
I conflitti sono componenti creative della vita, lo scambio, la rottura dell'equilibrio porta crescita, qualcuno deve rompere, confliggere con lo stato delle cose per crearne di nuove (conflitto costruttivo). In questo caso il conflitto diventa un importante alleato della convivenza

Ufficio del bosco OPUS "Famiglia e insieme oltre" Progetto Oltre la malattia R. 29/99 bando 2013

Diritti dei conflitti
- Diritto di dire no senza sentirsi in colpa
- Diritto di avere e manifestare sentimenti e emozioni (e dovere, di esprimerle, dietro c'è un bisogno)
- Diritto di sentirsi bene con sé stessi indipendentemente dalle condizioni altrui
- Diritto di dire "non so": ognuno di noi può imparare da chiunque, e viceversa, io posso chiedere informazioni, o regalarle
- Diritto di sbagliare (sapere che siamo fallaci, ognuno di noi sbaglia)
- Diritto di chiedere informazioni (a volte nelle discussioni ci si ferma alla prima frase)
- Diritto di cambiare idea (posso cambiare idea, ma può farlo anche l'altro, o il mio gruppo, o la mia associazione)
- Diritto di prendere tempo prima di dare una risposta (per terminare il conflitto in fretta a volte si bruciano i tempi, facendo così però il conflitto diventa distruttivo)
- Diritto di chiedere aiuto (se devo prendere decisioni, confrontarmi su una cura etc, posso chiedere aiuto a chi sento in sintonia con me)
- Diritto di fare meno di quello che é il proprio limite umanamente possibile (noi, e tutti gli interlocutori, siamo umani, accettiamolo)

Conflitto: atteggiamenti
-Riconoscere i conflitti (qualsiasi tipo: interiore, di coppia, di gruppo…) come occasione di crescita e maturazione personale e collettiva.
-Acquisire conoscenze utili per la gestione positiva dei conflitti interpersonali (fare allenamento)
-Tenere insieme i livelli cognitivo e socio affettivo nella riflessione; spesso nel conflitto questi aspetti sono coinvolti, se riusciamo a tenerli assieme il conflitto acquisisce un senso positivo.
-Imparare ad elaborare un'opinione personale su determinati argomenti ed essere capaci di esprimerla e di difenderla senza ferire e offendere nessuno, seppur restando fermi (l'importanza dell'assertività: se il tono e il contenuto sono in linea posso comunicare ciò che voglio senza alimentare il conflitto)
-Imparare ad ascoltare e ad accettare le motivazioni e le opinioni degli altri senza rinunciare alle proprie. E' necessario imparare a non rinunciare alle nostre opinioni, se ci assumiamo la responsabilità di farle valere non restano dentro a macerare, con il rischio di boicottare le azioni altrui non condivise.
-Né vinti né vincitori, dal conflitto se ne deve uscire insieme
-Trovare un punto di incontro.

Conflitto: forze in gioco
- <u>Bisogni:</u>
Piramide di Maslow

La piramide dei bisogni di Maslow (1954)

Il Chiaro del bosco ONLUS "Familiari e cittadini attivi" progetto cofinanziato martitia LR. 23/99 bando 2013

Alla base vi sono i bisogni primari (mangiare bere respirare), poi i bisogni di sicurezza, di appartenenza e di amore (questo può essere minato da un conflitto), il bisogno di contatto sociale e di autostima (questo si costruisce man mano con le esperienze e i rinforzi positivi, accumulando esperienze efficaci che ci serviranno in un momento di conflitto. Infatti se ho accumulato autostima a sufficienza, anche di fronte a un conflitto questa resta integra), il bisogno di autorealizzazione (se veniamo toccati qui, nell'identità personale o professionale, stiamo male), ancora sopra si trovano i bisogni di spiritualità, il senso del nostro vivere.

- Desideri: i desideri sono ciò che ci muove nella vita, possono entrare in conflitto con i desideri di altre persone, o posso avere due desideri in conflitto dentro di me

-Impulsi: (ad es. all'attacco, alla fuga.). Non sono governati da noi, finché non li riconosciamo tramite un lavoro individuale o di gruppo

-Motivazioni: non sempre è facile trovare degli accordi partendo da motivazioni molto diverse

-Potere: spesso sentito come ciò che fa male, che schiaccia...in realtà non ha una connotazione positiva o negativa, semplicemente significa "io posso".
Potere affettivo: (Heart): l'ascolto, le coccole, l'attenzione per la relazione, l'aggregazione....
Potere intellettivo (Head): le idee, gli obiettivi, i sogni, la linea guida, lo stimolo...la teoria.
Potere operativo (Hand): la capacità operativa, organizzativa, concreta, fattiva...la pratica.

Ostacoli alla gestione costruttiva del conflitto
Credenze (i nostri presupposti, i pregiudizi su altri)
Processi cognitivi (capacità di pensare, se credo di essere nella ragione restringo lo spazio agli stimoli altrui, e scarto così delle risorse a disposizione)
Stile attributivo (se attribuisco preconcetti, mi chiudo alle idee)
Abilità (se penso di essere capace solo io e non credo negli altri, creo un conflitto)
Disabilità (se penso di non saper far nulla e non mi pongo quindi come parte attiva nella relazione, creo un conflitto)

Conflitti: soluzioni (strategie)
Mi impongo (il vantaggio è che faccio e dico ciò che voglio, ma non faccio crescere gli altri e posso non essere compreso)
Mi adeguo (è un metodo veloce, ma non esprimo il mio parere e non c'é occasione di crescita, viene meno l'aspetto creativo, non si rinforza l'autostima, è una situazione di debolezza, non promuove la cooperazione, dopo un pò porta all'autoesclusione, mi mette nella condizione di aspettare che prima o poi si adeguino gli altri)
Lo evito
Cerco un compromesso (negozio… porta una soddisfazione, e una insoddisfazione, parziale di entrambi, siamo stati attivi entrambi, lo svantaggio è che non sempre è possibile e necessita di tempo)
Cerco e offro collaborazione (cooperare e offrire collaborazione, porta il massimo della soddisfazione a entrambi, esprime un ascolto, ci siamo compresi, ascoltati, sostenuti e supportati nel gestire il conflitto, la nostra autostima é rafforzata, è l'espressione di un ruolo attivo. Svantaggi: necessita di molto tempo, serve fiducia, empatia, mettersi nei panni di, sospendere il giudizio sulla persona, mettere il focus sulla questione, nel reciproco rispetto la nostra relazione ne esce rinforzata, serve una buona conoscenza di sè e dell'altro)

Progetto del bando ONLUS "Familiari e cittadini attivi" Progetto Oltre la malattia L.R. 23/99 bando 2013

Problem solving

Il Problem Solving è una strategia di coping, termine con cui si intende la capacità cognitiva di "fare fronte", cioè gestire, le richieste dell'ambiente e le emozioni ad esse collegate.

Obiettivi:
- Promuovere lo sviluppo della competenza personale e sociale.
- Favorire lo sviluppo di un "fattore protettivo" nei confronti della vulnerabilità allo stress.
- Favorire il trasferimento di abilità dal contesto di apprendimento al contesto reale di vita.

Tipi di coping:
Centrato sul problema:
capacità di pianificare i passaggi necessari al raggiungimento di un compito concreto (vorrei ma non sono capace)
Centrato sulle emozioni:
capacità di riconoscere e gestire i problemi emotivi che interferiscono con la capacità cognitiva di risoluzione del problema (se impariamo a gestirle, riusciamo a essere presenti qndo abbiamo prob concreti... Sotto dimens emotiva, c'è qlla cognitiva, con prob solv si può imparare a gestire entrambi.

Su cosa?
-Problemi pratici
-Interpersonali
-Intrapersonali
-Emotivi

Problem solving: competenze attivate
Agendo su questi 4 livelli di problemi si attivano:
- la competenza sociale: è un insieme di abilità che permettono di comprendere, predire e rispondere correttamente ai pensieri, sentimenti e comportamenti altrui. Se so, so stare meglio negli altri e con gli altri.
- l'efficacia personale: e' la convinzione di essere capace a compiere azioni utili a modificare la mia vita.

Punti cardine del problem solving
Concetto di creatività: creare nuove idee in gruppo è molto più arricchente, ho a disposizione molte più risorse
Motivazione al cambiamento: devo guadagnarci qualcosa dal cambiare, questo "guadagno personale" è il motore al cambiamento, la motivazione è estremamente personale, a volte non si cambia perché nel non cambiare c'è un vantaggio secondario (a volte anche alcune forme di sostegno e sussidio possono diventare svantaggi)
Pensiero divergente: anche su situazioni o con modalità particolari e originali
Distinzione tra "problema" e "non problema": ad esempio il caldo non è problema ma un dato di fatto. I problemi sono ciò che posso risolvere, i non-problemi non posso risolverli, non dipendono da me... I miei sintomi non dipendono da me, ma come mi approccio ad essi sì... questo importante concetto ci può aiutare a uscire emotivamente dalle situazioni che non dipendono da noi.
E' un aspetto molto difficile, un valido aiuto può essere il gruppo.

Struttura del training
Metodo: generalmente di gruppo, o con una scheda individuale. Il confronto in gruppo favorisce l'analisi del problema e la sua risoluzione da molti punti di vista differenti.

Fasi: dividere i problemi grandi in fasi che partono da problemi concreti. Analizzare problemi dal semplice al complesso favorisce il "come" pensare piuttosto che il "cosa" pensare.

Il Cerchio del Mondo ONLUS "Familiari e cittadini attivi" Progetto Oltre la malattia L.R. 22/99 bando 2013

Tecniche: Brainstorming (raccolta di idee, da cui partire), role-playing (provare, sperimentare una situazione, che ci espone in situazione protetta a risolvere un ostacolo che incontro nella vita quotidiana), ristrutturazione cognitiva (sostenere il pensiero corretto, no interferenze, no credenze disturbanti), rinforzo informativo e sociale (se in gruppo il percorso é stato fruttuoso, dobbiamo riconoscercelo)

Esercitazioni (anche a casa, pensare a metodi a casa di cui parlane in gruppo)

Scheda di lavoro:

Fase 1 riformulare correttamente il problema. Qual è esattamente il problema o l'obiettivo?
Discutere del problema o dell'obiettivo finché non siamo in grado di scrivere precisamente qual è. Fare delle domande per rendere più chiaro l'argomento. Suddividere un eventuale problema o obiettivo troppo grande in parti più piccole.
Fase 2 fare una lista di tutte le possibili soluzioni. Idee a ruota libera. Fare una lista di tutte le idee, anche se sembrano cattive o sciocche. Fare in modo che tutti suggeriscano qualcosa. In questa fase NON si deve discutere se le idee sono «intelligenti» o meno.
Fase 3 analisi breve di vantaggi e svantaggi
Fase 4 scegliere la soluzione più pratica. Scegliere la soluzione che può essere messa in atto più facilmente con le risorse che si hanno a disposizione al momento.
Risorse pratiche: tempo, abilità, materiali, soldi…
Risorse personali: psicologiche, affettive, emotive
Fase 5 fare un piano di come mettere in atto la soluzione. Organizzare le risorse di cui abbiamo bisogno. Pensare a come affrontare gli ostacoli prevedibili. Esercitarsi nei passaggi difficili, allenarsi e simulare la situazione.
Fase 6 riesaminare come procede il piano. Apprezzare tutti gli sforzi che sono stati fatti. Annotare i progressi di ogni passaggio del piano. Se necessario, modificare il piano o provare un'altra soluzione. Continuare a praticare questo metodo di soluzione dei problemi e raggiungimento degli obiettivi fino a che il problema non sia stato risolto o l'obiettivo raggiunto.

Problem Solving: coping emozionale
-Capacità di riconoscere e gestire i problemi emotivi
-Fornire strumenti e strategie in grado di regolare e modulare gli stati emotivi che interferiscono con la capacità cognitiva di risoluzione del problema.
- Apprendimento mirato al recupero delle aspettative di controllo interno
- Scegliere le modalità più adatte al momento per fronteggiare le emozioni disfunzionali

Aspetto emotivo: Coping emozionale
Riduzione e distrazione
Ridurre il contatto con le emozioni disfunzionali, attraverso la modificazione delle modalità di risposta immediata e lo spostamento dell'attenzione.
Ridurre il contatto con le emozioni estreme, occupando la memoria e l'esperienza con contenuti diversi e positivi, in modo da non riattivare i pensieri connessi con l'emozione negativa
Ridurre contatto con emozioni estreme occupando la memoria con immagini positive

Prendersi cura...
Accettarsi come persone degne di rispetto, che hanno un valore intrinseco in quanto esseri umani, confortarsi, volersi bene, essere indulgenti
Fare cose che fanno sentire competenti
Occupare in modo positivo la propria attenzione per mezzo di attività che assorbono o appassionano

Il Cerchio della Luce ONLUS - Formare cittadini attivi - Progetto Dove la malattia LR. 23/99 bando 2013

Tolleranza emotiva

Sopportare un'emozione negativa senza peggiorarla finisce per modificare l'intensità e la durata dell'emozione stessa secondo il principio di esposizione ed estinzione.

Utilizzare il corpo come facilitatore per interrompere i circoli viziosi pensiero/emozioni agendo sul versante somatico.

Portare la consapevolezza sulle sensazioni concrete percepite con il corpo.

Curare il respiro, praticare il rilassamento, abbozzare un sorriso

Strategie di distanziamento....

Servono ad interrompere i circoli viziosi agendo sul versante cognitivo.

Accettare, accogliere e lasciar fluire i pensieri modificando la relazione con essi.

Limitarsi a seguire i pensieri che vanno e vengono nel campo della coscienza, senza giudicarli, contrastarli, per poi, con pazienza, tornare al presente.

Imparare ad osservare l'esperienza personale con un atteggiamento amichevole piuttosto che identificarsi con essa, resistervi o rifiutarla

Non giudicare i pensieri negativi, lasciarli fluire e andare… noi non siamo solo rabbia, solo dolore...siamo anche altro, anche queste emozioni che vengono e passano

Il Chiaro del bosco ONLUS "Familiari e cittadini attivi" Progetto Oltre la malattia L.R. 23/99 bando 2013

LA RELAZIONE D'AIUTO

(Relatrice: dott.ssa G. Villa)

Sesto incontro del 08/09/2014

Cos'è la relazione d'aiuto?

E' un tipo particolare di relazione umana che mira a restituire autonomia e autostima alla persona in difficoltà valorizzando e recuperando abilita' e risorse per affrontare il problema

Viene proposta la visione di tre spezzoni di film, si chiedono poi alcune impressioni alla platea. Questi sono alcuni dei termini emersi: scarsa empatia, dominanza, assenza di relazione, rabbia, fastidio…
Nb: (in riferimento a uno degli spezzoni proposti nel quale si creava una relazione sentimentale tra curante e assistito) andare oltre la relazione di aiuto ci impedisce di tornare poi nella dimensione di aiuto perché c'é di mezzo emotività....
Le tre relazioni viste non sono di aiuto, son dettate solo dal dover svolgere un compito, manca l'empatia…

La relazione di aiuto può essere definita come una relazione in cui almeno uno dei protagonisti ha lo scopo di promuovere nell'altro:

- la crescita (progressione lungo le tappe del ciclo vitale)
- lo sviluppo (Stima di sé e realizzazione delle potenzialità)
- la maturità
  a) dal principio del piacere a quello di realtà
  b) integrazione tra aspetti cognitivi, emotivi e comportamentali
- l'integrazione sociale
  a) acquisizione di un modo di agire più adeguato al contesto e all'alterità
  b) capacità di adattamento
  c) accettazione ed utilizzo costruttivo della diversità
  d) consapevolezza e capacità di affrontare conflitti e difficoltà

Condizioni per instaurarla...

- Riconoscimento del problema (chi è in difficoltà deve aver la consapevolezza di avere un problema)
- Richiesta di aiuto (chi ha bisogno -expert by living- si rivolge a chi lo puó aiutare -expert by learning-, l'esperienza del terapeuta si alimenta nel continuo scambio con l'altro)
- Fiducia
- Consapevolezza
  -della reciprocità della relazione (aiutare l'altro fa crescere me stesso)
  -dei propri stati d'animo e dei propri atteggiamenti
  -dei limiti dell'intervento
- Collaborazione al processo di cambiamento

Caratteristiche:

-rispetto e accettazione dell'altro, deve esserci onestà sia da parte di chi chiede aiuto sia da parte del soggetto al quale l'aiuto viene chiesto, che deve essere anche in grado di capire se può aiutare in prima persona o se deve avere il ruolo di accompagnare la persona verso l'aiuto d cui ha bisogno (es uno dei ruoli fondamentali di un genitore è quello di creare le condizioni per il figlio di ricevere aiuto specialistico)

- **rispetto dei tempi di cambiamento dell'altro**: nella relazione di aiuto ad ogni azione va concesso il suo tempo, affinchè il processo si realizzi secondo i tempi di maturazione individuali. Pensiamo a una relazione di aiuto che abbiamo, (es imparare a usare il vasino, imparare a cucinare), son sempre stati rispettati i tempi che avevamo previsto? Questi aspetti meritano tempo, perchè l'altro altrimenti non acquisirebbe le

"Chiara Lucrezia ONLUS volontari e cittadini attivi" Progetto Oltre la malattia LR. 29/99 bando 2013

abilità e soprattutto la fiducia in sé. Le azioni devono recuperare il loro gusto, (es. doccia e il piacere di lavarsi). Se io incalzassi troppo, l'altro non si sentirebbe rispettato. Il tempo va concesso, permette di seguire i processi di vita che portano alla crescita. Se come terapeuta ignorassi questa necessità e non lasciassi il tempo necessario, non realizzerei una relazione di scambio, ma di imposizione, e non si realizzerà la crescita della persona.

- **riconoscimento e consapevolezza dei propri stari d'animo.** Devo essere capace di capire quanto l'emozione che mi stai raccontando mi pervade, se io che ti devo aiutare mi facessi troppo coinvolgere si rischierebbe di perdere lo scopo.
Attenzione, ad esempio, nelle dinamiche familiari: un ruolo importante del familiare sarebbe quello di non dare per forza delle risposte, ma indirizzare da chi le puó dare. E' importante coltivare l'umiltà di capire se ho o meno gli strumenti per rispondere alla richiesta di aiuto: posso rispondere? Sono in grado? Dove trovo le risposte?

- riconoscimento e consapevolezza dei propri limiti.

- sospensione del giudizio e del pregiudizio nell'accettare l'altro.

- **valutazione della giusta distanza** .... La persona che si affida a me, lo fa perché mi ha dato fiducia. Io però devo saper tenere la giusta distanza, né troppo in confidenza nè troppo lontana (in questo secondo caso, non scatterebbe l'empatia, eseguirei solo i miei compiti, non ti guarderei). Questa distanza è difficilissima da trovare.
Questa fatica è ben rappresentata dal dilemma dei porcospini di Schopenauer: se i porcospini stessero troppo lontani fra loro e chiusi in sè, morirebbero…. Se troppo vicini fra loro, morirebbero comunque, pungendosi a morte... per vivere bene devono quindi trovare la giusta distanza….

<u>Come si costruisce una relazione efficace?</u>
-tramite l'<u>ascolto empatico attivo</u>. E' fondamentale prestare attenzione sia ai contenuti, sia a come l'altro sta davanti a me (metalinguaggio).
Viene proposto alla platea a titolo esemplificativo l'esercizio del telefono senza fili.
Si affida a tre diverse persone la stessa frase da far passare all'interno ognuno del proprio sottogruppo. La frase arriva in tre diverse versioni: una distorta, una cambiata, una corretta.
Alcune impressioni raccolte dalla platea: "le cose arrivano diverse, ascoltare l'altro é uno sforzo anche cercando di andare oltre i propri limiti. É difficile ascoltare, ognuno ci attacca del suo, ci son stereotipi e pregiudizi che ci influenzano, esistono limiti personali (posso dichiararli, in questo caso chi decide di stare nella relazione sa che deve avere più attenzione, più pazienza, usare strategie diverse), é importante il contesto".

- <u>L'empatia</u> è la capacità di un individuo di comprendere in modo immediato i pensieri e gli stati d'animo di un'altra persona.
Nell'uso comune, empatia è l'attitudine a offrire la propria attenzione per un'altra persona, mettendo da parte le preoccupazioni e i pensieri personali.
La qualità della relazione si basa sull'ascolto non valutativo e si concentra sulla comprensione dei sentimenti e bisogni fondamentali dell'altro.

Per concludere, si suggeriscono due parole chiave non tecniche per la relazione d'aiuto:
<u>consapevolezza e umiltà</u>

Il Bosco da bosco ONLUS "Cittadini attivi" Progetto Oltre la partita LR. 23/99 bando 2015

ASCOLTO E COMUNICAZIONE 1

(Relatrice: dott.ssa A. Placentino)

Settimo incontro del 15/09/2014

Comunicazione efficace:
Perché parliamo di comunicazione efficace?
Saper comunicare in modo adeguato ci consente di migliorare le relazioni interpersonali e di ottenere miglior risultati personali

Per una prima autovalutazione dell'efficacia della comunicazione personale, si consegna alla platea un questionario di comunicazione efficace.

Definizione di comunicazione => "mettere in comune"
La comunicazione è
- Dimensione psicologica costitutiva di ogni essere umano:
Una attività sociale
Contribuisce a formare e consolidare il nostro senso di identità

- La comunicazione consente di:
Scambiare informazioni
Trasmettere segnali e messaggi,
Trasmettere e comprendere i pensieri, bisogni e desideri altrui mediante le parole e i gesti.

La comunicazione è caratterizzata dalla circolarità di un rapporto continuo tra emittente e ricevente sulla base di un feedback reciproco

Assiomi della comunicazione:

1- Non si può non comunicare: indipendentemente dalla nostra intenzione, siamo sempre fonte di comunicazione per chi ci osserva
2- Ogni comunicazione ha un aspetto di contenuto e uno di relazione (cosa diciamo e come lo diciamo)
3- La natura di una relazione dipende dalla sua punteggiatura, che è il modo in cui si sviluppa l'interazione tra i partecipanti
4- Gli esseri umani comunicano sempre sia in modo <u>verbale</u> che <u>non verbale</u>

<u>Comunicazione verbale</u>
=> LINGUAGGIO (parlato, scritto)
- domandare,
- offrire,
- manifestare assenso/rifiuto
- esprimere il prorio pdv

<u>Comunicazione non verbale</u>
=> è un mezzo primario di relazione; sostituisce, sostiene e completa la comunicazione verbale
-Postura
-Mimica facciale
-Gestualità
-Prossemica => è il collocarsi nello spazio rispetto ad altri; esistono diversi tipi di distanze: Distanza intima fino a 40 cm (contatto fisico)
Distanza personale vicinanza cm 40-120

Il Chiario Mondo ONLUS "Familiari e cittadini attivi" Progetto Oltre la malattia LR. 23/99 bando 2013

Distanza sociale m 2-3 (solo contatto oculare)
Distanza pubblica a partire dai m 3,5 (conferenza)

-Espressioni viso e sguardo
-Apparenza fisica e abbigliamento
-Paralinguistico (tono e velocità)

Alcune condizioni emotive possono influenzare la cnv:
Depressione: movimenti ridotti-evitanti-nascosti-lenti-ritratti
Euforia: movimenti rapidi-ostentati-enfatici-bruschi
Ansietà: movimenti irrequieti-agitati-tormentati.

Attenzione: più del 90% di ciò che comunichiamo, passa attraverso la comunicazione non verbale o paraverbale, solo il 7% viene trasmesso attraverso la comunicazione verbale, che è quella a cui, come emittenti, riusciamo a dare più attenzione

Ci sono delle competenze che rendono la comunicazione efficace, e sono quindi utili a migliorare la relazione, una di queste è l'**ascolto**
Ascoltare è diverso dal sentire!

ASCOLTARE=> Ascultare: sentire con cura e delicatezza

Ascoltare vuol dire:
Avere cura dell'altro
Accogliere il punto di vista dell'altro
Essere disposti ad entrare in contatto con qualcuno di diverso da me

Vi sono diversi livelli di ascolto:

Il fatto che si passi da un livello all'altro dipende sia dalle possibili barriere che inficiano l'ascolto attivo (Fisiche: ambiente, temperatura, distanza, rumori, voce alta/bassa, odori, contatto.... Psichiche: emozioni, schemi cognitivi), sia dai filtri che influenzano il nostro modo di ascoltare (valori, interessi, convinzioni, esperienze passate, interpretazioni, aspettative, pregiudizi, conclusioni affrettate, atteggiamenti, esperienze forti, ipotesi, ricordi, valori)

attivi Progetto Oltre la malattia L.R. 23/99 bando 2013

Barriere alla comunicazione (Gordon, 1991)
- ordinare, esigere
- minacciare
- fare la morale
- dare soluzioni già pronte
- persuadere con argomentazioni logiche
- giudicare, disapprovare, criticare
- fare complimenti ed approvare immeritatamente
- umiliare, ridicolizzare
- interpretare, analizzare i comportamenti altrui
- consolare, minimizzare
- cambiare argomento
- informarsi, interrogare

Spesso ciò che l'altra persona ci chiede è semplicemente ASCOLTARLA, senza consigliare, senza consolare o cercare soluzioni non richieste.

Come ascoltare in modo efficace?
L'ascolto attivo è caratterizzato dall'essere attenti e presenti, fare attenzione all'intera comunicazione di chi ci parla, essere aperti al messaggio che l'altro ci sta portando, non lasciarsi distrarre….
Si parla di ascolto attivo perché è un processo a due vie, ascoltare e comunicare l'ascolto, far capire all'altro che lo stiamo ascoltando, attraverso una serie di strategie (uso congruo di cv e cnv, uso di domande chiuse/aperte, uso di tecniche specifiche quali parafrasare, rispecchiare, chiarire, riassumere, uso dell'empatia)

Empatia: capacità di mettersi nei panni dell'altro. Per un'efficace gestione della comunicazione è importante riuscire a comunicare in modo empatico, così da creare sintonia relazionale.
Comunicare con empatia significa mettersi nei panni dell'altro per sentire le parole che dice e le emozioni che prova, comunicare l'empatia significa comunicare la propria attenzione con un atteggiamento aperto e messaggi di conferma che rassicurino sul fatto che si sta ascoltando.

Il linguaggio positivo
I pensieri condizionano il nostro comportamento, poiché influenzano i nostri schemi mentali. E' importante quindi, per influenzarli positivamente, credere nella propria capacità di affermarsi e immaginarsi nell'atto di riuscire.

Le tecniche di ascolto

Verbali:	-parafrasare
	-stimolare chiarimenti
	-esplicitare il messaggio ricevuto
	-interpretare gli stati d'animo dell'interlocutore
	-usare un linguaggio positivo
Non verbali:	-assentire
	-guardare con attenzione
	-esprimere i sentimenti empaticamente
	-prendere nota mantenendo sempre un contatto visivo

Il Chiaro del bosco ONLUS "Familiari e cittadini attivi" Progetto Oncologia malattia R. 23/99 bando 2013

ASCOLTO E COMUNICAZIONE 2

(Relatrice: dott.ssa A. Placentino)

Ottavo incontro del 22/09/2014

La comunicazione assertiva

Fare e ricevere complimenti sono alla base dei processi di autostima, che sono alla base della comunicazione assertiva. Sulla base di questa affermazione viene proposto al gruppo un esercizio. Ecco alcuni commenti raccolti al termine:
"Mi son sentito commosso e apprezzato
Ho potuto riconoscere il merito a una persona che mi ha molto aiutato
Ricevere un complimento mi ha dato soddisfazione
Fare un complimento mi ha dato piacere
Piacevole ricevere, ancora di più farlo
Ricevere un complimento mi ha fatto sentire riconosciuta, farlo mi ha fatto sentire sincera
Piacere nel fare e riceve
Fare un complimento mi ha dato gioia e serenità, riceverlo invece imbarazzo"

Assertività: è la capacità di esprimere in modo chiaro ed efficace le proprie emozioni e opinioni senza tuttavia offendere né aggredire l'interlocutore

Caratteristiche del messaggio assertivo:
- il messaggio assertivo è adeguato, è necessaria una flessibilità comunicativa che ci consente di scegliere di volta in volta il messaggio maggiormente in sintonia con la situazione e con le opinioni e i sentimenti espressi dall'interlocutore
- il messaggio assertivo favorisce l'interazione tra gli interlocutori, basandosi sul rispetto nei confronti dell'altro, lo stile assertivo favorisce e mantiene lo scambio comunicativo, garantendo disponibilità

Nel messaggio assertivo entra molto in gioco anche il processo motivazionale, le emozioni sono infatti una spinta molto potente

Stili di comportamento comunicativo
Sono possibili diversi stili di comportamento nella relazione interpersonale:

<u>Passivo</u>, ha difficoltà a esprimere i propri diritti (esser rispettati, potersi esprimere etc)
- Non esprime i propri bisogni, opinioni, desideri,
- Non difende i propri diritti a causa di pensieri e/o emozioni disfunzionali
- Antepone le esigenze altrui alle proprie
- Subisce
- Scarsa autostima, scarsa autoefficacia
- Autosvalutazione
- Senso di inferiorità
- Frustrazione, rabbia
- Insoddisfazione
- Ansia

<u>Aggressivo</u> anche questo è disfunzionale se usato in modo rigido

Il Cerchio del bosco ONLUS "Familiari e cittadini attivi" Progetto Oltre la malattia LR. 23/99 bando 2013

- Difesa prepotente ed eccessiva dei propri diritti
- Violazione dei diritti altrui
- Attacco, oppressione, colpevolizzazione dell'altro
- Mancanza di controllo
- Mancanza di rispetto nei confronti degli altri
- Eccesso di impulsività
- Cattive relazioni interpersonali

Assertivo consapevole dei propri diritti e delle proprie risorse, ma anche di quelle altrui. Salvaguarda sia se stesso che l'altro.
- Consapevolezza dei propri e degli altrui diritti
- Rispetto e valorizzazione delle proprie e delle altrui risorse
- Utilizzo di modalità motivanti e gratificanti
- Non essere condizionato dagli altri
- Ottenere il risultato voluto
- Capacità di compromesso e di cooperazione
- Capacità di favorire la crescita reciproca e di attuare cambiamenti
- Mantenere un buon livello di relazione con l'altro

Il soggetto assertivo ha un proprio punto di vista, lo sa difendere e lo sa esprimere in modo emotivamente adeguato.

Ogni persona presenta quote variabili dei tre stili ma di solito si riconosce uno stile predominante.

Il problema nasce quando si adotta sempre lo stesso stile in qualsiasi situazione, rigidamente, anche quando servirebbe adottare uno stile diverso
Se una persona è rigidamente sempre nello stesso modo, col tempo si possono creare delle disfunzioni…
E' importante quindi riuscire ad adottare uno stile uno stile più flessibile, che puó consistere semplicemente nel riuscire a scivolare da uno stile all'altro a seconda della situazione

SUMMARY…COME ATTUARE UNA COMUNICAZIONE EFFICACE
- Essere consapevoli della propria comunicazione (verbale e non verbale) e dell'effetto bidirezionale/circolare della comunicazione.
- Usare un ascolto attivo
- Fare domande aperte per far scorrere la comunicazione
- Esprimere interesse, ricalcare e fare cenni di assenso
- Ottenere feedback per adeguare il nostro comportamento
- Essere empatici
- Parlare (e pensare) in modo positivo
- Utilizzare una comunicazione assertiva

Per concludere...
LA COMUNICAZIONE EFFICACE per essere tale deve essere
FINALIZZATA, CONSAPEVOLE e CONTESTUALIZZATA ed ha alcuni benefici:
- CREA INTEGRAZIONE RELAZIONALE
- EVITA CONFLITTI INUTILI
- RIDUCE LE CONSEGUENZE NEGATIVE PRODOTTE DA UNA SITUAZIONE CRITICA
- MIGLIORA L'IMMAGINE DI SE' E LA PROPRIA AUTOSTMA

Chiaro da bosco ONLUS "Famiglie e cittadini attivi" Progetto Oltre la malattia LR. 23/99 bando 2013

RECOVERY, CAMBIAMENTO E SPERANZA

(Relatore: dott. G. Scarsato)

Nono incontro del 29/09/2014

Per stare meglio é importante integrare le idee sulla salute mentale, quelle degli esperti per professione e quelle degli esperti per esperienza.

Che immagine abbiamo della malattia mentale?
Tramite un esercizio che coinvolge il gruppo, si cerca di rappresentare la malattia ricreando le situazioni suggerite dal gruppo stesso: un volontario impersona chi soffre, un'altra persona rappresenta la barriera alla comunicazione (ciò che opprime), un'altra impersona le situazioni della vita che ci scappano e ci sfuggono, l'ultima la terapia/il medico che cerca di avvicinarsi ma che la persona sofferente respinge....
Qual'é la scommessa della recovery?
Che si riesca a uscire da questo quadro per inventarne uno diverso e migliore…

⇓

Speranza o illusione?

Significato di recovery:
Se cercassimo il termine "recovery" nel wikypedia italiano troveremmo solo questa definizione: "recupero dati"
Solo nel wikypedia in inglese il concetto si allarga all'ambito della salute mentale.
Nell'ambito della salute questo termine ha due significati:
- Guarigione clinica (*recovery da*… un disturbo)
- Guarigione personale (*essere in recovery con…* un disturbo)

Speranza e illusione:
Valuto quello che mi succede in base al raggiungimento della meta o meno (guarigione clinica, illusione).
Recovery è sapere la meta chiaramente, ma considerare importante il percorso e quanto raccolto nel viaggio, le relazioni attuate, le persone incontrate…(guarigione personale, speranza)

<u>Guarigione clinica: (*recovery da*… un disturbo)</u>
> Focus su criteri dei professionisti
> Parzialmente operazionalizzata
> Non sempre in accordo con il punto di vista degli utenti

«Remissione sintomatologica completa, impegno lavorativo almeno a tempo parziale, collocazione abitativa indipendente senza supervisione da parte di carer informali, avere amicizie con cui condividere attività per almeno un periodo di due anni».
(Lieberman RP, Kopelovitz A: Recovery from Schizophrenia. International Review of Psychiatry. 14, 245-255. 2002)

<u>Guarigione personale: (*essere in recovery con…* un disturbo)</u>
> Focus sui significati e gli obiettivi personali
> Non operazionalizzata per fini di ricerca
> Con elementi empirici e di contestazione

«E' un processo profondamente personale ed unico che porta a modificare i propri comportamenti, valori, sentimenti, capacità, obiettivi e ruoli.
E' un modo di vivere con soddisfazione la vita partecipando ad attività e relazioni significative anche con le limitazioni dovute alla malattia».
(W. Anthony, 1993)

Albiaro del Gruppo OMLUS "Familiari e cittadini attivi" Progetto Oltre la malattia LR. 23/99 bando 2013

I Principi della recovery

La Recovery non è una teoria, né una tecnica: è un insieme di principi che derivano dai racconti personali di persone che hanno descritto cosa è stato utile o inutile per vivere la loro vita con un disturbo mentale.

I principi sono i seguenti:

1. L'importanza di mantenere una aspettativa positiva (**Speranza**): credere cioè che sia possibile raggiungere gli obiettivi che ci prefiggiamo. Questa speranza spesso deve essere sostenuta anche da altri, anche da parte degli operatori dei servizi.
2. L'importanza di trovare un **significato personale** nell'esperienza della malattia mentale e recuperare il **controllo** sulla propria vita e sui sintomi che si possono avere e provare.
3. Avere la possibilità di fare scelte rispetto al modo di curarsi e alle fonti a cui chiedere supporto: **personalizzazione.**
4. Avere l'opportunità di costruire un progetto di vita con una **identità** oltre la dimensione della malattia.

Ron coleman ci dice:

"La recovery non è il bel regalo che ci fanno i dottori, ma è una assunzione di responsabilità per ciascuno di noi… dobbiamo credere nelle nostre capacità di cambiare le nostre vite: dobbiamo smetterla di pensare che ci sia qualcun altro che fa tutto per noi. Dobbiamo fare tutte queste cose per noi stessi.

Dobbiamo credere che sia possibile «dare un taglio» al comportarsi da malati: solo così potremo iniziare il nostro percorso di recovery."

(Recovery: an alien concept. Ron Coleman, 1992)

>>>>>>>Una storia di recovery: **Patricia Deegan**<<<<<<<

(Il video si può vedere sul sito www.programmafor.it)

Alcune osservazioni della platea al termine del video:

"la vergogna, il disagio del parlare della malattia complicano il percorso, sarebbe importante parlarne, interessante nel video vedere come la Deegan ha trovato strategie alternative e creative, c'è tanta difficoltà a parlarne e questo è il problema maggiore, chi non ha un disturbo pensa di esserne immune, la malattia mentale coinvolge talmente tanto sia la persona sia chi gli sta intorno che fa molta paura, nel filmato emerge la combattività, il non lasciarsi schiacciare, il mantenere la persona al di là della sua malattia. Importante capire che guarire non significa tornare come prima, ma accettare i cambiamenti intervenuti anche a seguito della malattia. Come familiare il mio compito é agevolare il percorso di recovery, nell'attesa che scatti la scintilla che attiverà mio figlio."

"La Recovery non fa riferimento ad un esito finale, ad un risultato. Non significa che io o un mio amico con una tetraplegia saremo «guariti»: la nostra recovery è infatti segnata da una sempre più profonda accettazione delle nostre limitazioni.

Ma queste, piuttosto che essere un motivo di sconforto, sono le basi dalle quali scaturiscono le nostre possibilità di crescita personale."

(Patricia Deegan)

L'essenza emotiva del percorso di guarigione è la **speranza**: senza di questa guarire è improbabile.

Archivio del progetto Oltre le barriere "cittadini attivi" Progetto Oltre la malattia LR. 23/99 bando 2013

Noi tutti abbiamo il dovere di condividere un messaggio di aspettative positive rispetto alla guarigione.

Nel 2013 **Eleonor Longden** racconta su TED, un canale divulgativo americano, la sua storia come uditrice di voci. Il video ha totalizzato circa 2.500.000 visite ed è stato tradotto in 33 lingue
Per saperne di più:
http://www.ted.com

Sulle prime le persone **rifiutano**
di credere che si possa fare qualcosa di nuovo...
Poi iniziano a **sperare** che possa essere fatto
e quindi vedono che **si può fare**.
E nel momento in cui viene fatto
tutti si chiedono come mai
non fosse stato fatto secoli prima.
(Frances Hodgson Burnett, Secret Garden)

Il Chiaro del bosco ONLUS "Familiari e cittadini attivi" Progetto Oltre la malattia LR. 23/99 bando 2013

ORGANIZZARE IL CAMBIAMENTO

(Relatrice: dott.ssa M. Mentasti)

Decimo incontro del 06/10/2014

ABBIAMO VISTO ...

IL PREGIUDIZIO E LO STIGMA

"E' più facile spezzare un atomo che un pregiudizio"
A. Einstein

I DISTURBI, I SINTOMI, I FARMACI

"L'intervento è farmacologico ma, soprattutto, sociale.
I familiari possono fare tantissimo.
Bisogna costituire un gruppo terapeutico.
È il funzionamento sociale la cosa più importante.
Bisogna impedire il deterioramento cognitivo.
C'è un problema enorme di tipo culturale che impedisce che si lavori sui sintomi premonitori."
(Dr. Giuseppe Seggioli)

LA GESTIONE DEI CONFLITTI, IL PROBLEM SOLVING, LA RELAZIONE D'AIUTO

LA COMUNICAZIONE

RECOVERY E SPERANZA

La vita non è aspettare che il temporale passi ma è imparare a danzare sotto la pioggia. ***(Gandhi)***

RECOVERY è...*

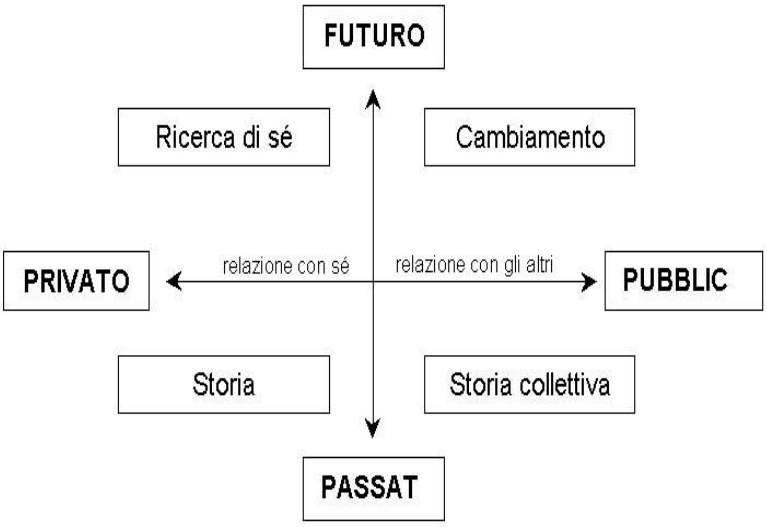
Rinnovare la speranza e l'impegno
Essere sostenuto dagli altri
Trovare il proprio posto nella comunità
Ridefinire se stessi
Prendere coscienza della malattia
Gestire i sintomi
Assumere il controllo della propria vita
Combattere lo stigma (pregiudizio)
Vincere l'autostigma
Maturare empowerment
(da Davidson, Tondora e a., *Il Recovery in psichiatria,* Erickson, 2012)
Recovery non può che essere <u>dentro</u> le relazioni e <u>dentro</u> il territorio

QUALE CAMBIAMENTO?

IL CAMBIAMENTO E' ORGANIZZATO QUANDO LA TRASFORMAZIONE E' GENERATIVA
Non un cambiamento disordinato o per anticonformismo ma un cambiamento generativo, che dà vita a qualcosa di nuovo.
Perchè cambiare? Il senso e le ragioni del cambiamento ...

Il Chiro del progetto MILOS "Familiari e cittadini attivi" Progetto Oltre la malattia LR. 23/99 bando 2013

Il cambiamento secondo Spaltro



Numerose ricerche nel campo della biologia, neurologia, psicologia e sociologia sono orientate a riconoscere l'uomo come un essere essenzialmente "relazionale" la cui identità personale e sociale è strettamente legata e dipendente dalla relazione con l'altro e dalla qualità di tale rapporto. (Marcella Milano)

LA PIRAMIDE DI MASLOW

LA PIRAMIDE DI FRANKL

«La distinzione di Maslow tra bisogni più alti e bisogni più bassi non ci dà la spiegazione del fatto che, quando quelli più bassi non vengano soddisfatti, un bisogno più alto, quale la volontà di significato, può diventare il più urgente di tutti. Poiché, dunque, sia il soddisfacimento come la frustrazione dei bisogni più bassi può provocare nell'uomo la ricerca di un significato, ne consegue che il bisogno di significato è indipendente da altri bisogni. Da ciò si deduce che esso non può essere ridotto a essi né ricavato da essi» (Viktor Frankl)

Il cambiamento secondo Demetrio

Il Chiaro del bosco ONLUS "Famiglia e cittadini attivi" P... Oltre ... /99 bando 2013

***Temporalità**: è importante essere nella sfera del Kairòs (tempo opportuno), non del Cronos (tempo cronologico)*
***Novità**: ci deve essere un qualche evento che irrompe nel quotidiano e innesca il cambiamento*
***Direzionalità**: il cambiamento si attua se abbiamo uno scopo, una motivazione, una speranza*
***Spazialità**: non è detto che il cambiamento avvenga nelle strutture adibite alla cura, spesso avviene dove la persona trova la sua piena realizzazione*
***Reversibilità:** il cambiamento non è un percorso lineare, è una trasformazione dell'e-sperienza in qualcosa di nuovo da cui ripartire*
***Emozionalità**: il cambiamento prevede un "lasciarsi alle spalle" e un "guardare avanti", aspetti emotivi da cogliere e valorizzare*

Il cambiamento può essere tale solo se "partecipato"

La persona, la famiglia in difficoltà possono partecipare solo se sono "partecipati", cioè diventano parte.

Per cambiare dobbiamo adottare la "logica della rotonda".

La scala della partecipazione (da Wilcox D., 1994)

Tipo di azione	**A cosa porta**
1 - Informazione	Sforzo minimo ma scarso coinvolgimento
2 - Consultazione	Aumento delle chances di ottenere risultati
3 – Decidere assieme	Nuove idee e impegni prese da tutti gli attori
4 – Agire assieme	Coinvolgimento costante, sviluppo di risorse addizionali
5 – Sviluppo e supporto di iniziative locali	Sviluppo delle capacità della comunità (empowerment)

La confusione naturale

Il lavoro nel sociale è un po' come la partita di croquet di Alice nel pese delle meraviglie
L'esperienza di Recovery porta la persona ad accettare e superare la sfida della disabilità e accetta di percorrere un cammino con la consapevolezza che non sarà facile ma con la volontà di dare un significato alla propria vita che va al di là dei limiti della malattia.
Il percorso di Recovery non può che essere co-partecipato da tutti gli attori.

La scheda per progettare il cambiamento

(da completare singolarmente e poi confrontare in gruppo)

Tutti sanno che una cosa è impossibile da realizzare fino a quando arriva uno sprovveduto che non lo sa e la inventa. (A. Einstein)

Cominciate col fare ciò che è necessario, poi ciò che è possibile. E all'improvviso vi sorprenderete a fare l'impossibile (Francesco d'Assisi)

Scambiamoci qualche idea, prendiamoci qualche impegno …

Inchiaro nel bosco Onlus "Familiari e cittadini attivi" Progetto Oltre la malattia LR. 23/99 bando 2013