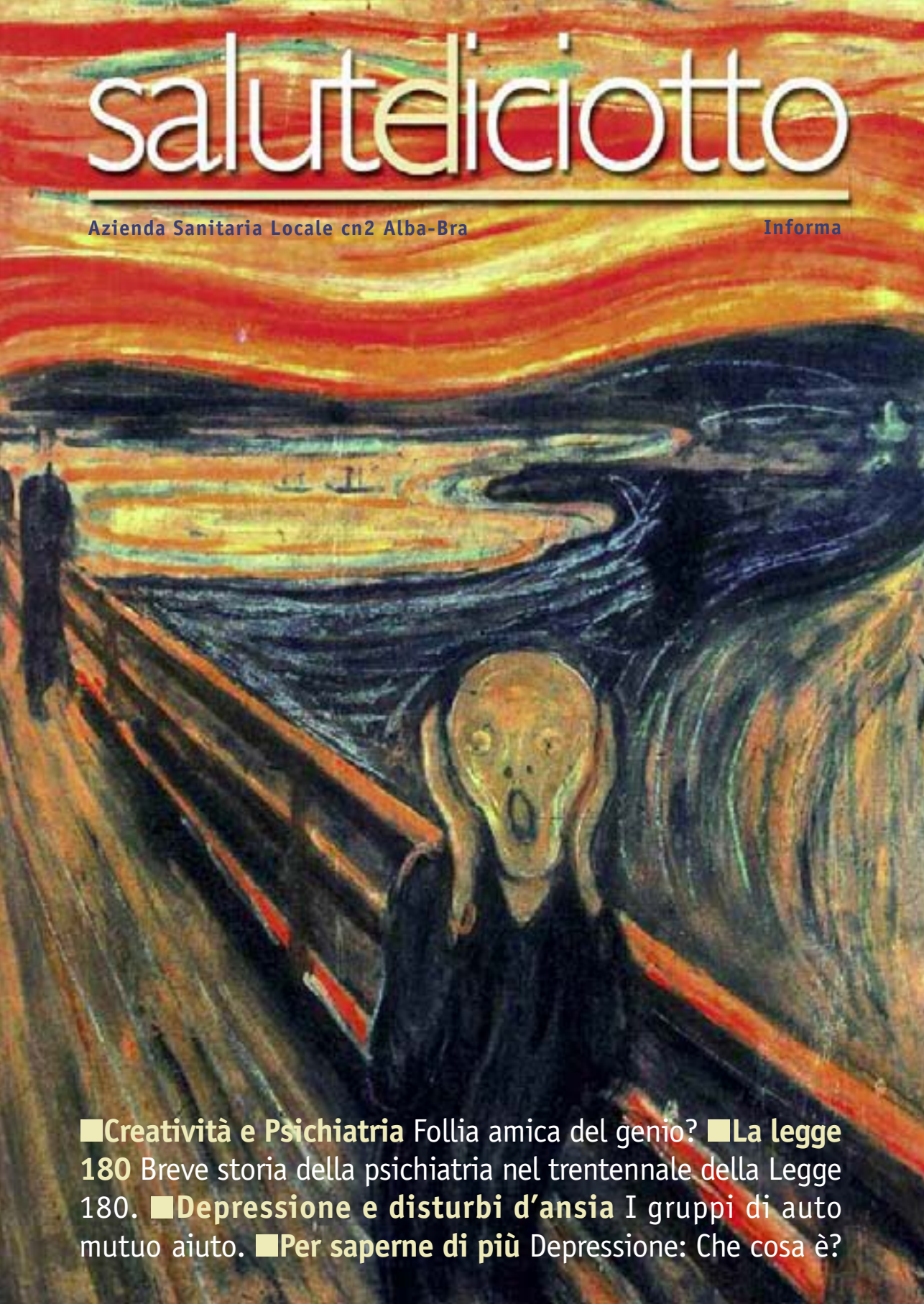


salute*di*ciotto

Azienda Sanitaria Locale cn2 Alba-Bra

Informa

The background of the page is a reproduction of the painting 'The Scream' by Edvard Munch. It depicts a figure in the foreground with a pale, yellowish face and wide, staring eyes, holding their hands to their head in a gesture of distress or agony. The background shows a turbulent sea with dark, swirling waves and a sky with vibrant, wavy bands of red, orange, and yellow, suggesting a sunset or sunrise. The overall mood is one of intense emotional suffering.

■ **Creatività e Psichiatria** Follia amica del genio? ■ **La legge 180** Breve storia della psichiatria nel trentennale della Legge 180. ■ **Depressione e disturbi d'ansia** I gruppi di auto mutuo aiuto. ■ **Per saperne di più** Depressione: Che cosa è?

Salutediciotto

Informa

Anno IX, n. 1 - Marzo 2009

Direttore responsabile

Franco Cane

A cura di

ASL cn2 - Via Vida, 10 - 12051 Alba (CN)

Tel. 0173 316910 - Fax 0173 316480

Progetto editoriale

Cooperativa E.R.I.C.A. - Tel. 0173 33777

Progetto grafico e realizzazione

Andrea Bozzo, Laura Grosso

Redazione

Emanuela Rosio, Francesco Rasero

Redazione scientifica

Cecilia Dalcielo, Carlo Milordini,

Maria Impallomeni, Antonella D'Addurno,

Patrizia Franco, Maria Maddalena Milanese,

Franca Rinaldi

Fotolito e stampa

"Tipolitografia Astegiano", Marene

In copertina

Edward Munch, L'urlo, 1893



Adesso la chiamiamo "Salutecn2"?

Non mi sembra il caso, suona male.

Il nome "Salutediciotto" nacque esattamente dieci anni orsono, nel settembre '98, dal felice connubio tra l'allora nome dell'Azienda sanitaria e l'argomento trattato nel primo numero, che riguardava la salute dei giovani.

Dopo la prima uscita la rivista ha continuato ad essere "Salutediciotto" e, in omaggio al voler sentirci giovani, continuerà a chiamarsi così anche se l'Azienda sanitaria di Alba - Bra, nel frattempo, è diventata cn2.

Passando al tema di questo numero, penso che su certi argomenti la poesia possa esprimersi meglio della prosa. I versi che seguono sono stati intitolati dall'autrice con il suo stesso nome:

Alda Merini

*«Amai teneramente dei dolcissimi amanti
senza che essi sapessero mai nulla.
E su questi intessei tele di ragno
e fui preda della mia stessa materia.
In me l'anima c'era della meretrice
della santa della sanguinaria e dell'ipocrita.
Molti diedero al mio modo di vivere un nome
e fui soltanto una isterica.»*

Franco Cane

Editoriale





Creatività e Psichiatria

6

LA CREATIVITÀ COME STRUMENTO DI RIABILITAZIONE

- Le forme della creatività nella follia di Van Gogh e Ligabue
- Follia amica del genio?
- Arte e riabilitazione psichiatrica



18

Depressione e disturbi d'ansia

TRATTAMENTI RIABILITATIVI

- Depressione e disturbi d'ansia
- Disturbo di panico
 - Trattamento cognitivo-comportamentale di gruppo
- I gruppi di auto mutuo aiuto
- Il Parent Training



La Legge 180

12

PRE E POST LEGGE 180

- Breve storia della psichiatria nel trentennale della Legge 180
- La psichiatria oggi
- Da "cervello" a "mente": come cambia l'approccio scientifico



Per saperne di più

26

DOMANDE FREQUENTI E APPROFONDIMENTI

- Depressione: che cosa è?
- **film** *preferiti*
- **musica** *e parole*
- **libri** *e letteratura*

Informazioni

31

CHI, COME, DOVE, QUANDO

- Numeri utili



Le forme della creatività nella follia di Van Gogh e Ligabue

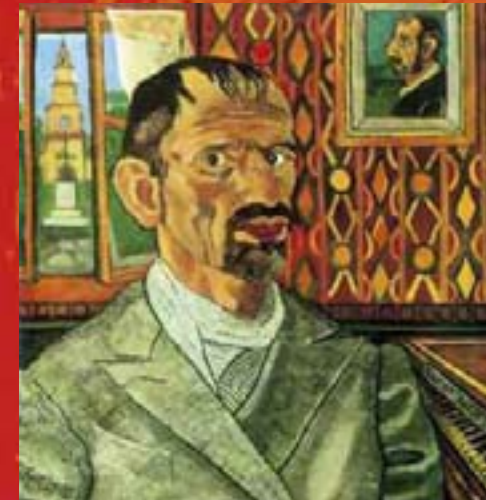
■ **A cura del Dott. Carlo Milordini.** La relazione fra creatività e follia, sorella sfortunata della poesia, come l'ha definita Brentano, costituisce un enigma che affascina e inquieta da sempre il pensiero degli uomini.

Ripercorrendo storia e destino di moltissimi artisti importanti come Van Gogh, Holderline, Ligabue, la domanda che viene da porci è: cosa succede quando la follia si estrinseca e "trascina con sé" l'esperienza creativa dell'artista? Sicuramente si assiste ad un cambiamento profondo. Per dirla con lo scrittore G. Morselli: "si creano forme inedite di esistenza" in altre parole, la sofferenza dettata dalla malattia mentale grave, come ad esempio la psicosi, determina un cambiamento ed influenza l'opera dell'artista in modo peculiare, traducendo vissuti, sensazioni, emozioni del tutto inusuali per la persona "normale" in produzioni artistiche inedite.

La malattia mentale tuttavia può estrinsecarsi in maniera molto diversa da un artista all'altro. Per esempio l'influenza della malattia sulla vena artistica di Van Gogh non può essere paragonata a quella di Ligabue, pur essendo entrambi colpiti da uguale disturbo psicotico (la schizofrenia). Per il primo la malattia si è inserita in una personalità geniale che si sarebbe comunque espressa in una creazione artistica straordinaria anche senza la presenza della follia, che ad essa si è associata rendendola ancora più affascinante. In Van Gogh la schizofrenia non ha creato nulla di essenzialmente nuovo nella sua esperienza artistica, facendo però ri-

nascere in essa qualcosa che, senza la follia, non si sarebbe manifestato nei modi in cui si è tematizzata la sua pittura. Ad esempio nelle opere che precedono le sue ultime settimane di vita, prima di morire di morte volontaria, si colgono i segni indelebili di una febbrile esaltazione emozionale dettata dai colori violenti e da immagini più cupe, evocanti oscuri presagi. Tuttavia, fino all'ultimo, Van Gogh ha dipinto i suoi quadri senza mai sconfinare completamente in modi di essere chiaramente patologici, ma solo appena "sfiorati" dall'influenza della malattia schizofrenica. In Ligabue invece la follia è stata la matrice della sua creatività che, senza la presenza dell'esperienza psicotica non sarebbe riemersa. L'impronta data dalla malattia si coglie in tutta la sua centralità nei suoi famosissimi autoritratti, in quegli sguardi fissi con le pupille sempre volte nell'angolo degli occhi e che, sembra, vogliono evitare l'altrui sguardo. In essi si percepisce la sua stessa sofferenza psicotica, la sua solitudine interiore e la separatezza dal mondo degli altri, come volesse fuggire dal mondo esteriore con le sue ostilità e le sue persecutorietà. Allo stesso modo le raffigurazioni degli animali che trasmettono tutta l'aggressività e la violenza del loro essere proiettandoci in un mondo incomprensibile e primitivo, rappresentano un modo per arginare e decifrare la follia, per recuperare i suoi significati umani e creativi: un Ligabue, spiega Sgarbi, che riusciva a trovare nella creazione artistica un momento, un freno alla travolgente forza degli impulsi interiori, di pace al dominio del caos universale, in continuo rapporto dialettico con la natura e la società.

In altri artisti ancora come il poeta Holder-



Ligabue, Autoritratto

line, la psicosi può influenzare, esaltandola, la creatività, già preesistente alla malattia, per poi, avanzando il disturbo, lentamente frammentare e rendere sempre più incommunicabili i suoi versi e desertificare la sua ispirazione. Mi piace finire con una frase di E. Munch "La malattia, la follia e la morte erano gli angeli neri che si affacciavano sulla mia culla ...senza paura e malattia, la mia vita sarebbe una barca senza remi" per sottolineare la forza riflessiva della sofferenza. Il disagio psichico può essere occasione di giungere a contatto, pur nella sofferenza, con aspetti del proprio Sé che altrimenti a lui resterebbero ignoti, come sono ignoti alla maggior parte delle persone ritenute "sane". Tuttavia è anche vero che il dolore e la psicosi in particolare, senza una vena creativa preesistente, una solido bagaglio culturale alle spalle, non potranno mai far nascere una personalità creativa, ma saranno più probabilmente responsabili della desertificazione di ogni forma di espressione creativa del paziente. Quindi, vero è che l'artista può essere folle, ma non è altrettanto vero il contrario, ovvero che il folle necessariamente sia artista. ■

Follia amica del genio?

[a cura del Dott. Carlo Milordini]



Vincent
Van Gogh
Starry Night

Il caso di numerosi grandi della scienza, della letteratura e della pittura con una patologia psicotica, come il matematico John Nash, la scrittrice Virginia Woolf, i pittori Edvard Munch e Vincent Van Gogh, non deve trarre in inganno portando a pensare che psicosi sia uguale a creatività, anche se sicuramente queste patologie non precludono all'espressione di un talento artistico, rivelandosi felici per l'arte, in molti casi meno per l'artista.

All'inizio del secolo scorso, la comunità scientifica più orientata ad una visione positivista offriva spiegazioni rispetto al binomio Genio-Follia: "Una nevrosi, un trauma, una intossicazione che dipende da una irritazione della corteccia...", così Lombroso proponeva una eziologia della genialità. A questo orientamento si contrapponeva un'altra corrente di pensiero del tempo, che nella figura di Karl Jaspers si chiedeva invece in che termini incidesse, come "elemento propulsore", il processo schizofrenico nella creazione dell'opera artistica e quanto di tipicamente schizofrenico si riscontrasse effettivamente nell'opera stessa. Scrive Jaspers nel 1922: "...esiste una vita dello spirito di cui la schizofrenia si impossessa per generarvi le sue esperienze, crearvi le sue forme, penetrarla tutta; si potrebbe credere che questa vita dello spirito possa spiegare queste forme, queste esperienze, ma senza la schizofrenia, non si sarebbero manifestate, sarebbero rimaste nel suo grembo."

Più tardi lo stesso Binswanger, che dalla sua nega risolutamente "un'arte degli schizofrenici", parla di una volontà espressiva che può accentuarsi in seguito alla malattia.

Dagli anni ottanta, in virtù delle nuove scoperte delle neuroscienze, la nuova psichiatria biologica, in gran parte di matrice anglo-sassone, ha ripreso, aggiornandoli, gli orienta-

menti del positivismo lombrosiano. In particolare gli studi di G. Claridge attorno alle personalità schizotipiche ed il loro "pensiero laterale" affermano continuità neurobiologica tra Psicosi e Creatività.

Una stretta correlazione invece tra creatività e disturbi dell'umore (depressione e disturbi bipolari) viene evidenziata dagli studi della psichiatra N. Andreasen: la creatività artistica sarebbe una manifestazione parallela di quello stesso errore genetico che viene ritenuto per il disturbo bipolare. Sulla stessa linea gli studi della psichiatra K. R. Yamison, che sostiene esserci una sovrapposizione tra "temperamento artistico" e quello che definisce come "maniaco-depressivo". Secondo questo tipo di approccio il processo creativo assumerebbe tutte quelle caratteristiche ascrivibili ad uno stato psicopatologico, da quello più lieve sino alla vera e propria fuga delle idee che caratterizza lo stato maniaco.

Quindi vi sarebbe un rapporto diretto tra creatività e psicopatologia: esisterebbe un uguale difetto biologico dello sviluppo del cervello responsabile della creatività e della follia; la prima potrebbe essere un primo gradino verso la patologia mentale in quanto ha lo stesso substrato e solo l'entità del difetto, ma anche l'ambiente più o meno favorevole, eventi di vita, traumi, uso di sostanze, possono determinare l'estrinsecarsi della malattia, la quale può arricchire la creatività artistica e in taluni casi caratterizzarla in modo originale attraverso l'estrinsecazione di percezioni, emozioni inusuali. Se la "malattia" progredisce per intensità o se determina una stabile frammentazione della personalità o impoverisce di contenuti l'artista, anche la creatività si perde e i prodotti del suo talento, diverranno solo incomprensibili bizzarrie. ■

ARTE E RIABILITAZIONE PSICHIATRICA

[a cura del Dott. Carlo Milordini]

La prima volta che venne posta l'attenzione per l'espressione artistica dei malati mentali fu attorno agli anni '20 allorché uno psichiatra di Heidelberg, di nome Prinzhorn, espose la sua personale collezione di opere d'arte realizzate all'interno di alcuni manicomi tedeschi. Da allora, questa iniziativa suscitò negli ambienti culturali dell'epoca molto interesse e giudizi anche contrastanti. In particolare suscitò l'attenzione e lo studio di movimenti culturali pittorici come quello dei surrealisti e fra questi André Breton, Klee, Picasso, ecc.

Attorno agli anni '50 ad opera di Nauburg e Ulman nasceva negli Stati Uniti la moderna Arte Terapia, che si fondava soprattutto sui capisaldi della teoria psicoanalitica di Freud, sugli archetipi e lo studio dei simboli di Jung e sugli scritti di Winnicott.

Nell'arte terapia l'accento viene posto sulla funzione terapeutica, sul cambiamento del paziente e solo marginalmente sull'osservazione diagnostica o sulla libera espressione.

A tutt'oggi l'arte terapia è tra le terapie espressive di grup-

po quella più diffusa nei Centri Diurni e nelle Strutture riabilitative residenziali.

In generale si distinguono gruppi con orientamento prevalentemente espressivo e con orientamento preminente di tipo terapeutico. I primi sono caratterizzati da un forte accento messo sulla ricerca estetica, spesso finalizzata al contatto con il mondo esterno, (una modalità mediata per proporsi all'esterno da sé e del proprio mondo), attraverso esposizioni, atelier e vendita di prodotti. Il *setting* è spesso flessibile ed a volte tende a sovrapporsi a situazioni di accoglienza non strutturata. Rientrano in questa categoria anche gruppi in cui l'aspetto didattico e pedagogico è predominante, come corsi di pittura o incontri con pittori. I prodotti dell'attività non vengono sottoposti a rielabora-

A tutt'oggi l'arte terapia è tra le terapie espressive di gruppo quella più diffusa nei Centri Diurni e nelle Strutture riabilitative residenziali.

zioni terapeutiche, ma si fermano al loro valore espressivo. L'aspetto terapeutico si ferma alla funzione catartica dell'esperienza del dipingere.

I gruppi ad orientamento più terapeutico sono caratterizzati dall'attenzione per il *setting* del gruppo e dalla rielaborazione terapeutica dei risultati del lavoro. Pur non escludendo l'aspetto estetico dell'opera, il fine è rappresentato dal cambiamento del paziente. La presentazione all'esterno di queste opere è quindi effettuata con molta cautela. Il focus dell'attività è incentrata sul mondo interno dei pazienti e sul suo modo di manifestarsi. A questi gruppi più orientati terapeutamente accedono quei pazienti che, non molto capaci di esprimere attraverso la comunicazione verbale i propri disturbi, problemi o sofferenze, trovano nell'espressione artistica un via-

tico per poter esplorare il proprio mondo interno e, attraverso il linguaggio simbolico del disegnare, esprimere il proprio vissuto interiore. Attraverso il linguaggio artistico il paziente può comunicare con il terapeuta e con il gruppo le sue emozioni, i suoi vissuti, le sue problematiche altrimenti difficilmente esplicitabili.

Esistono molti modelli terapeutici a cui fanno riferimento i gruppi di arte terapia: psicoanalitici, fenomenologici, immaginali, ognuno dei quali determina un modo diverso di regolare ruoli interni al gruppo.

I gruppi analogico-immaginativi sono più adatti a quei pazienti gravi, generalmente psicotici, portatori di un Sé poco strutturato. Sembrano essere quelli più frequentemente adottati presso i Centri Diurni Psichiatrici. I gruppi di arteterapia a sfondo psicoanalitico-interpretativo invece appaiono essere più fruibili per quelle personalità meno compromesse, più strutturate, capaci di "sopportare" un intervento interpretativo, come le personalità *Borderline*, nevrotiche, i tossicodipendenti, ecc.

Il focus dell'attività è incentrata sul mondo interno dei pazienti e sul suo modo di manifestarsi.

Al di là della specificità dei vari orientamenti ed obiettivi posti, il lavoro dell'arte terapia determina un "fare" che produce degli oggetti visibili e duraturi. Il risultato dell'intervento terapeutico determina e favorisce un rapporto con la realtà e lo scambio con le persone reali, attraverso la visione dei disegni. Inoltre, il fatto che la terapia comporti la realizzazione di oggetti, obbliga al confronto con i limiti e le costrizioni che qualunque processo di produzione comporta.

Frida Kahlo, *Labbraccio d'amore dell'universo*



BREVE STORIA DELLA PSICHIATRIA NEL TRENTENNALE DELLA LEGGE 180

[a cura della Dott.ssa Cecilia Dalcielo]

Corre quest'anno il trentennale della Legge 180, ai più nota come la legge che ha abolito i manicomi. In realtà non è stato solo questo, ma ha rappresentato un nuovo paradigma nell'ambito dell'assistenza e della cura delle persone affette da disturbi psichici: tali cure possono oggi essere fatte negli ospedali generali o a casa propria, quindi non necessariamente in luoghi speciali e chiusi, e che la segregazione rappresenta fattore di aggravamento se non di precipitazione delle conseguenze della malattia.

Se facciamo qualche passo indietro ci rendiamo conto che il manicomio non è sempre esistito né tutte le società lo hanno percepito come uno strumento necessario alla propria salvaguardia da tutto ciò che è irragionevole. Il manicomio no, ma "la follia" è sempre esistita, seppure interpretata, in relazione alle culture di riferimento, come eventi soprannaturali, religiosi, socio-politici e, solo in tempi relativamente recenti, inquadrati quale disciplina nell'ambito della scienza medica. L'Ospedale Psichiatrico nasce in Europa nel 1600, inserendosi in un imponente fenomeno storico-politico di segregazione della "non-Ragione": *"Mendicanti e vagabondi, nullatenenti, disoccupati, sfaccendati, delinquenti, individui politicamente sospetti, ed eretici, donne di facili costumi, libertini, vengono in tal modo resi inoffensivi, e, per così dire, invisibili insieme con sifilitici e alcolisti, pazzi, idioti e stravaganti, nonché mogli odiate, figlie disonorate e figli che sperperavano il loro patrimonio."* (Klause Dörner)

Una tipologia di utenti piuttosto variegata! Le più grandi istituzioni di questo genere furono l'*Hopital Général* di Parigi o il Bedlam di Londra, strutture a metà tra il carcere e l'ospedale, dove le persone erano in parte assistite, in parte punite e dove chi soffriva di disturbi psichici era recluso insieme agli altri e non riceveva alcun trattamento particolare. Solo tra la fine del '700 e l'800 si fa ordine in questa nosografia così composita e i "folli" vengono seppur sempre segregati, ma internati in strutture apposite dove si iniziano i primi sperimentali trattamenti, sostanzialmente "educativi" o di contenimento fisico, non esistendo al tempo altri strumenti di cura. Parallelamente nasce e si sviluppa la psichiatria, intesa come scienza della mente,

branca della Medicina e come tale di questa subisce l'influenza e l'impostazione dottrina, sostanzialmente biologico-organicista; di qui discendono la ricerca e la sperimentazione degli strumenti di cura, dalle terapie fisiche, chirurgiche, agli psicofarmaci, questi ultimi di più recente acquisizione, nella seconda metà del '900. Nuova iniezione culturale al paradigma biologico-organicista arriva da altre discipline umane che si sviluppano a cavallo tra l'800 e il 900: la fenomenologia e la psicanalisi, interpretazioni sociologiche di cui molte di derivazione marxista che, pur introducendo linfa vitale ed arricchimento teorico nella disciplina, non modificano la pratica psichiatrica istituzionale, che resta sostanzialmente reclusa nei manicomi.

A discolpa della psichiatria diremo però che la prima metà del '900 è stata costellata di eventi bellici che hanno impoverito globalmente la società ed è dimostrato che in tempi di recessione non solo le categorie deboli s'indeboliscono ulteriormente, ma la popolazione delle istituzioni aumenta esponenzialmente: così nel dopoguerra si è assistito all'incremento esponenziale della popolazione manicomiale, che all'interno di tale istituzione trovava anche risposta ai bisogni primari. È degli anni Cinquanta la nascita ufficiale della psicofarmacologia, strumento fondamentale, anche se non unico, oggi, per la cura e che in qualche modo ha reso possibile pensare ad un trattamento territoriale e ad una società senza istituzioni chiuse. Questo breve *excursus* storico, seppur estremamente semplificato, ci rende forse più comprensibile l'approdo alla Legge 180 e ci introduce ad una psichiatria moderna, che è comunque figlia di questi fermenti culturali, di queste pratiche e che è sempre "figlia del suo tempo". ■



La psichiatria oggi

Vincent Van Gogh, Campo di grano con corvi

Legata indissolubilmente al nome dello scomparso Franco Basaglia, ma anche a precedenti esperienze straniere e di alcuni ospedali psichiatrici italiani (Gorizia, Trieste, Arezzo), e sulla spinta del movimento di Psichiatria Democratica, la Legge 180 formalizza anche dal punto di vista normativo il passaggio da una psichiatria istituzionale basata sostanzialmente sul paradigma biologico-organicista-manicomiale ad una disciplina biopsicosociale e territoriale: il Dipartimento di Salute Mentale diventa il centro dell'assistenza, "l'insieme delle strutture e delle funzioni destinate alla prevenzione, cura e riabilitazione delle malattie mentali".

La Legge 180 è poi stata declinata in modi diversi in realtà territoriali distanti: Gorizia, Arezzo, Torino si sono dotate di una articolazione di servizi differenziata, in linea con cultura, tradizione e prassi locali consolidate. Nella Regione Piemonte i letti per acuti sono raccolti nell'SPDC (Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura) ubicato nell'Ospedale Generale e nella nostra ASL sono allocati nell'Ospedale di Alba, integrati da alcuni let-

ti di degenza in regime di *Day Hospital* per situazioni che non necessitano di ospitalità notturna. La maggior parte delle cure viene erogata in regime ambulatoriale: gli ambulatori si chiamano Centri di Salute Mentale, rappresentano il fulcro dell'organizzazione assistenziale attraverso la consulenza o la presa in carico continuativa; erogano prestazioni medico-psichiatriche, infermieristiche, psicologiche, sociali.

La storia della psichiatria e i contributi dottrinari cui fa riferimento rendono ragione della complessità e multidisciplinarietà degli interventi applicati nella pratica clinica. Questo non è da intendersi come un qualunquismo teorico o un pressapochismo operativo ma piuttosto va letto come un'impostazione clinica che guarda alla persona nella propria complessità ed interezza e che, una volta identificati i bisogni, orienta il trattamento a risposte appropriate, diversificate, individualizzate. Per fare ciò ogni dipartimento si dota anche di strutture, diurne e residenziali, ovvero i Centri Diurni e le Comunità, che provvedono alla realizzazione di quei programmi

riabilitativi nei quali sono anche previsti percorsi di reinserimento sociale e lavorativo.

Nella nostra ASL da molti anni sono in funzione due Centri Diurni che forniscono programmi riabilitativi e risocializzanti per pazienti affetti da gravi malattie psichiche in carico ai Centri di Salute Mentale; il dipartimento gestisce direttamente una comunità riabilitativa di 20 posti letto; acquista programmi residenziali presso altre comunità private o assiste i pazienti presso appartamenti protetti in collaborazione con il privato sociale.

In quest'ultimo anno ha attivato una comunità alloggio e due "Gruppi Appartamento" per un totale di 20 posti letto per dare accoglienza a pazienti con lunga storia di malattia mentale, stabilizzati, che hanno progressivamente maturato disabilità personali e sociali e che necessitano di medio livello di assistenza.

Qualche numero per fornire le

dimensioni del problema: ogni anno circa 1.800 persone, in questa ASL, prendono contatto con uno degli sportelli del Dipartimento di Salute Mentale per bisogni prevalentemente sanitari, visite, impostazioni terapeutiche, pratiche con finalità medico-legali; circa 300 ricorrono alle prestazioni di ricovero in ospedale in regime ordinario e circa 150 fruiscono di prestazioni in day hospital, 70 frequentano regolarmente i centri diurni e i programmi risocializzanti, 60 fruiscono di trattamenti residenziali.

Nella nostra ASL da molti anni sono in funzione due Centri Diurni che forniscono programmi riabilitativi e risocializzanti per pazienti affetti da gravi malattie psichiche in carico ai Centri di Salute Mentale.

Fermo restando che la filosofia della 180 è quella di promuovere iniziative e programmi che permettano di curare le persone sul territorio, evitando, per quanto possibile, l'allontanamento dal contesto di vita, quanto sopra esposto offre un panorama del ventaglio delle offerte che vanno ad integrare le cure domiciliari e ambulatoriali. ■

DA "CERVELLO" A "MENTE"

[a cura della Dott.ssa Cecilia Dalcielo]

È opinione diffusa nel mondo psichiatrico odierno che se le ultime decadi del Ventesimo Secolo sono state dedicate alle ricerche sul cervello, l'intero Ventunesimo secolo dovrà impegnare gli studiosi sulla complessità della mente.

Lo sviluppo delle neuroscienze aiuterà a conciliare posizioni che sono state per anni molto distanti, l'orientamento organicista-farmacologico, quello dinamico-psicoterapeutico, quello politico-sociologico: così come recenti studi hanno dimostrato che gli stessi fattori culturali modulano l'espressione genica, così i trattamenti psicologici modificano l'attività cerebrale. Tutto questo ci riporta all'unità mente-cervello e ci induce a spostare su tale unità quella attenzione che nell'ultimo ventennio si era concentrata su una ricerca farmacologica, che seppure utilissima, si è rivelata piuttosto riduttiva rispetto alla complessità del problema.

Oggi, con ogni probabilità, ci avviciniamo a scoprire la base biologica di fenomeni per molto tempo relegati alla pratica della psicoterapia.

Un esempio per tutti: l'empatia. È un fenomeno emotivo e cognitivo che consiste nella capacità di comprendere le esperienze interiori altrui e di comunicare tale comprensione.

È sempre stata considerata strumento fondamentale dei professionisti che si occupano della mente e dell'anima, dal medico allo psichiatra allo psicologo, ma anche i professionisti e tecnici che lavorano sulle relazioni umane e sulla comunicazione.

Già all'inizio del secolo scorso Edith Stein fenomenologa tedesca, ebrea, studiosa e santa, aveva teorizzato la possibilità di comprendere l'altro, di vedere attraverso i suoi occhi, capacità possibile e tanto maggiore quanto più l'altro è simile a noi.

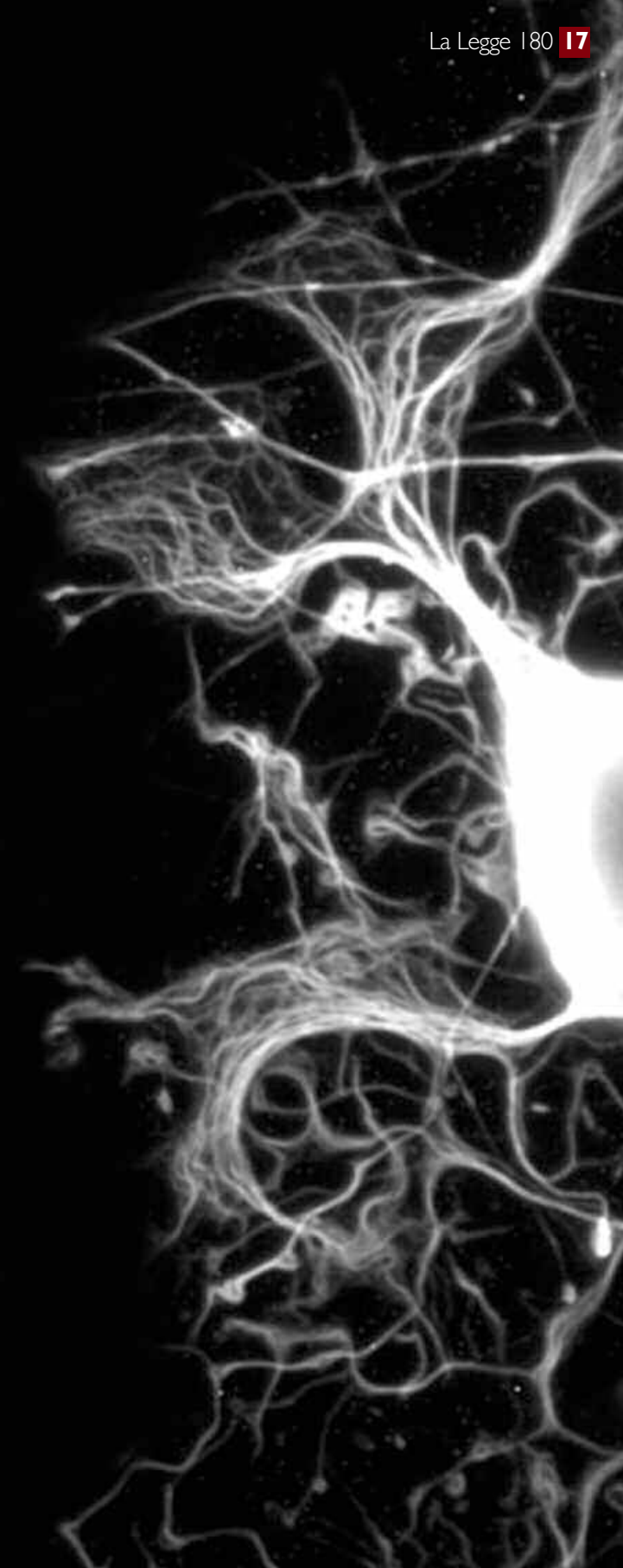
Dopo gli studi psicanalitici, da Adler a Kohut, è dalla neurofisiologia che arrivano i contributi più promettenti: la scoperta dei neuroni a specchio dotati di una straordinaria caratteristica: di attivarsi sia quando si compie una data azione sia quando si guarda un'altra persona compierla; ancora più nel dettaglio, attraverso tecniche di *neuroimaging* si è

evidenziato che le stesse aree cerebrali si attivano sia in chi prova un'emozione in prima persona sia in chi lo osserva. A ognuno di noi sarà capitato di sbadigliare vedendo un'altra persona che lo fa, o provare commozione vedendo una persona che soffre e piange! Perfetto! Sono i nostri neuroni a specchio che si attivano in quella circostanza.

Le stesse strutture neurali coinvolte nell'esecuzione e nel controllo delle azioni eseguite, delle sensazioni esperite e delle emozioni sono anche attive quando le stesse azioni, emozioni, sensazioni vengono individuate negli altri e questo starebbe alla base della nostra capacità di identificarci con l'altro, tanto più quanto l'altro è simile a noi.

Pensiamo alla capacità di una madre di interpretare i bisogni del bambino proprio attraverso il rispecchiamento reciproco; o allo psicoterapeuta che attraverso un meccanismo di identificazione riesce a comprendere la sofferenza del proprio paziente. In sostanza in ognuno di noi sarebbero scritti nel "patrimonio genetico" quei *pattern* neurofisiologici che possono essere attivati in determinate situazioni per sviluppare l'attaccamento sicuro nel caso del rapporto madre-bambino, o per affrontare in modo empatico i problemi del paziente, nel caso del medico.

Questi *pattern* neurofisiologici che modulano le relazioni interpersonali, starebbero pertanto alla base della vita sociale degli individui. Assolutamente affascinante pensare che probabilmente abbiamo scoperto solo una piccola parte delle potenzialità della mente: e non è fantascienza! ■



DEPRESSIONE E DISTURBI D'ANSIA

■ **A cura della Dott.ssa Cecilia Dalcielo.** Depressione e disturbi d'ansia rappresentano l'espressione più frequente della "psichiatria minore".



Psichiatria minore non perché tali disturbi facciano soffrire di meno, ma perché la prognosi è generalmente più favorevole per quanto riguarda la conservazione del funzionamento personale e sociale del paziente. Considerando l'arco della vita degli individui, la prevalenza del disturbo depressivo è complessivamente del 25% circa; questo significa che 1 individuo su 4 (con prevalenza di soggetti di sesso femminile) è destinato ad ammalarsi di depressione nell'arco dell'esistenza. Se da un lato questo dato appare preoccupante, tanto da destare visioni apocalittiche sulla qualità della vita e sui costi sociali legati alla depressione nei decenni a venire, dall'altro deve moderatamente rassicurarci il fatto che la ricerca in ambito farmacologico ha fatto passi da gigante negli ultimi 30 anni, arricchendo la farmacia antidepressiva con prodotti nuovi, più sicuri, con netta riduzione degli effetti collaterali.

Per alcuni tipi di depressione la farmacoterapia è primo ed imprescindibile strumento di cura; tre sono le classi di farmaci cui si fa riferimento: antidepressivi, ansiolitici, stabilizzatori dell'umore, ma l'indicazione e la loro associazione vanno attentamente monitorati dallo specialista, meglio se in collaborazione con il Medico di Medicina Generale: il "fai-da-te" è caldamente sconsigliato! La scelta dello specialista deve essere guidata da criteri di fiducia che, nel rendere più stabile l'alleanza terapeutica, sviluppano maggiore efficacia nell'intervento. Se quindi è sconsigliabile cambiare troppo precocemente medico e cura, perché questo rischia di innescare una spirale di fallimenti terapeutici, il medico, e a maggior ragione lo psichiatra, deve fornire al paziente le informazioni necessarie a promuovere una scelta consapevole, mettendo a di-

sposizione il proprio sapere nei modi adeguati per ogni singolo utente.

La farmacoterapia non è l'unico strumento; molti studi confermano le osservazioni cliniche che l'associazione di farmacoterapia e psicoterapia aumenta l'efficacia dell'intervento, prolunga il mantenimento dei benefici nel tempo e riduce il rischio di ricadute. Gli interventi psicologici possono essere di tipo individuale o di gruppo; questi ultimi, spesso di orientamento cognitivo-comportamentale, sono indicati in patologie dello spettro ansioso (crisi di panico, fobie) e, in associazione alla farmacoterapia, rappresentano un ottimo intervento in una patologia che si mostra in progressivo incremento in popolazioni giovani e produttive.

Una percentuale stimata intorno al 25% rappresenta ancora quelle depressioni resistenti che non rispondono a farmaci e ad associazioni tradizionali. Per queste altri strumenti sono in via di studio e di sperimentazione, specie nell'ambito delle terapie fisiche; tra queste sembra essere piuttosto promettente la "stimolazione magnetica transcranica", tecnica non invasiva di stimolazione cerebrale indicata nelle depressioni resistenti e già approvata in alcuni paesi quali il Canada e gli Stati Uniti.

Il primo ed importantissimo passo da affrontare è prendere coscienza della natura di un disagio carico di sensi di colpa, di impotenza ed autosvalutazione, di angoscia, vincere la paura, la vergogna, il timore del giudizio, per potersi avvicinare allo specialista e alle cure: la precocità della diagnosi e dell'inizio del trattamento sono pre-requisito fondamentale per conseguire il successo della terapia ed evitare quello che resta la più temuta complicanza della depressione: il suicidio. ■

DISTURBO DI PANICO TRATTAMENTO COGNITIVO- COMPORIMENTALE DI GRUPPO

[a cura di Maria Impallomeni e Antonella D'Addurno]



La storia dei disturbi d'ansia e del loro riconoscimento è antica quanto l'uomo. Già dai tempi dell'antica Grecia è stato descritto un disturbo che provocava paure irragionevoli in soggetti sani di mente. Difatti la radice etimologica di "panico" deriva dalla mitologia greca e più precisamente dal nome di Pan, il dio caprino, signore delle selve, che portava ai profanatori che lo scoprivano nel sonno, la paura distruttrice e paralizzante. Il termine "timor panico" sta proprio ad indicare il terrore irrazionale, improvviso e paralizzante che coglie di sorpresa e che invade il corpo in modo incontrollabile, "una vera e propria tempesta emotiva che esplose senza alcuna motivazione apparente".

Tornando a tempi più recenti, ricerche condotte negli Stati Uniti e in Europa evidenziano come i disturbi d'ansia siano molto frequenti tra la popolazione e spesso responsabili di una rilevante disabilità psicosociale con compromissione della qualità della vita. Si parla di disturbo di panico quando compaiono crisi acute di ansia ricorrenti e di breve durata caratterizzate da sin-

tomi specifici (vertigini, "mancanza d'aria", paura di morire, di avere un infarto, di perdere il controllo, aumento della sudorazione, dei battiti cardiaci, ecc.). Le crisi possono causare l'agorafobia ossia l'evitamento di alcuni luoghi o situazioni per paura della comparsa di un nuovo attacco di panico. Le persone possono arrivare a smettere di guidare la macchina, di utilizzare i mezzi pubblici, ad evitare i supermercati, posti affollati, piazze, con gravi ripercussioni sulla qualità della vita.

Studi epidemiologici dimostrano la tendenza alla cronicizzazione di tali disturbi la cui cura può prevedere sia trattamenti farmacologici sia interventi riabilitativi psicosociali. Tra questi ultimi, studi clinici hanno dimostrato la maggiore efficacia dei trattamenti cognitivo-comportamentali individuali o di gruppo. Sempre in ambito di ricerca, il trattamento cognitivo-comportamentale viene considerato un efficace intervento di prima scelta per la rapidità di insorgenza e la lunga durata dei benefici, l'accettabilità, la tollerabilità ed il buon rapporto costo/efficacia. Tali caratteristiche ne hanno favorito un'applicazione sempre maggiore in contesti non di ricerca.

Da alcuni anni i trattamenti cognitivo-comportamentali per il disturbo di panico si stanno diffondendo nei servizi pubblici psichiatrici italiani. Si tratta spesso di metodi strutturati, facilmente applicabili dopo un breve corso di addestramento anche grazie all'impiego di chiari e specifici manuali rivolti sia agli operatori sia ai pazienti.

Tra i numerosi interventi per

il disturbo di panico, il trattamento elaborato da Andrews e collaboratori rappresenta un modello di intervento efficace. Si pone l'obiettivo di fornire informazioni sul disturbo di panico e l'agorafobia, insegnare tecniche per ridurre l'ansia ed i comportamenti di evitamento e quindi, migliorare la qualità della vita. Si articola in 16 incontri di gruppo della durata di 2-3 ore ciascuno seguiti da periodici incontri di rinforzo e verifica dei miglioramenti ottenuti.

In un'ottica di qualità e in linea con i principi della medicina basata sull'evidenza, a partire dal febbraio 2004, presso il Centro Diurno del Dipartimento di Salute Mentale dell'ASL CN 2 di Alba, è stato adottato in forma parzialmente modificata il metodo elaborato ed impiegato da Andrews e collaboratori presso la clinica per i disturbi d'ansia di Sidney.

Dall'applicazione dell'intervento sono emersi risultati incoraggianti nella cura di persone con lunga durata di malattia monitorate per due anni dall'inizio del trattamento.

In accordo con i dati di letteratura, si è verificato un miglioramento clinicamente significativo e duraturo della sintomatologia ansiosa, dell'evitamento, del funzionamento sociale e soprattutto della qualità della vita.

Concludendo, in una cultura che pone al centro la promozione della salute, è importante sottolineare come proprio la qualità della vita rappresenti, probabilmente, il principale indicatore di esito nella valutazione dell'efficacia degli interventi sanitari. ■

Da alcuni anni i trattamenti cognitivo-comportamentali per il disturbo di panico si stanno diffondendo nei servizi pubblici psichiatrici italiani.

I GRUPPI DI AUTO MUTUO AIUTO

[a cura delle Dott.sse Patrizia Franco e Maria Maddalena Milanese]

■ Il “gruppo lavoro” nasce nel giugno 2001 dall’esigenza sempre maggiore di rispondere al bisogno di confronto emerso fra coloro che hanno intrapreso l’attività lavorativa.

Si tratta di strutturare il confronto in un ambito formalizzato ed adeguato in modo da superare l’occasionalità delle discussioni dettate dall’urgenza, perciò la proposta è stata estesa a tutti i lavoratori, sia del Centro Diurno di Bra, che della Comunità che del Centro di Salute Mentale.

Uno dei principi basilari dei gruppi di aiuto reciproco è che l’aiuto è terapeutico, infatti i gruppi di auto mutuo aiuto nascono come reazione a situazioni che pongono sempre più frequentemente il soggetto, unico ed irripetibile nella sua particolarità, solo davanti ad un problema comune tuttavia, a tanti altri. Problema per la cui soluzione

non può appellarsi né al sapere tradizionale, né a quello tecnico, né alla sua personale esperienza. È un sapere condiviso, esperienziale, che si sviluppa solo se si accetta di affidarsi anche all’esperienza di altri. Ma è un affidamento non passivo.

Il funzionamento dei gruppi di aiuto reciproco è moderno per almeno tre motivi: la libertà nell’adesione, la mancanza di capi, guru, leader carismatici e la mancanza di un passato comune perché l’aggregazione è sul problema, non sulla reciproca iniziale conoscenza dei partecipanti.

Tali gruppi si possono definire vere e proprie reti di sostegno sociale al cui interno i

soggetti sono, contemporaneamente e contestualmente, produttori e consumatori di benessere; non sono servizi, non sono istituzioni, ma sono fenomeni volti al recupero ed al mantenimento del benessere sociale tramite il confronto ed il supporto di altri, portatori della stessa condizione di sofferenza, di disagio, di diversità, ma anche portatori di desiderio di aiuto, di impegno e di volontà a soccorrere.

È una pratica che si pone in controtendenza rispetto ai modi socialmente accettati di affrontare il tema malattia-malessere e che mette in discussione la logica della delega all’esperto, al tecnico per risolvere i problemi. L’auto mutuo aiuto si configura come risposta consapevole, intenzionale del “prendersi cura di sé e degli altri e di sé attraverso gli altri”.

Gli obiettivi che si pone il gruppo lavoro sono:

- 1. fornire ai partecipanti un contesto nel quale poter affrontare tutte le problematiche, questioni e dubbi relativi al lavoro;
- 2. fornire gli strumenti atti a mettere a fuoco le strategie da utilizzare per affrontare eventuali problematiche;
- 3. stimolare il confronto rispetto alle diverse realtà lavorative di ognuno, in modo da creare un legame di mutuo aiuto;

L’auto mutuo aiuto si configura come risposta consapevole, intenzionale del “prendersi cura di sé e degli altri e di sé attraverso gli altri”.

■ 4. fornire un contesto nel quale trovare risposta ai quesiti più burocratici quali la compatibilità stipendio/pensione, la contribuzione salariale, l’inquadramento contrattuale, ecc.;

■ 5. favorire la riflessione rispetto al ruolo di lavoratori e al conseguente valore aggiunto che ne deriva.

Nell’esperienza di gruppo i soggetti possono sperimentare, in un contesto non valutativo ma rassicurante, nuovi atteggiamenti e nuovi ruoli, innescando progressivi cambiamenti che travalicano il contesto del gruppo.

La condizione *sine qua non* per partecipare al gruppo è l’essere lavoratori, ma è previsto l’inserimento di potenziali lavoratori qualora la prospettiva di assunzione sia prossima.

Inizialmente il lavoratore viene stimolato alla partecipazione, che diventa parte integrante del contratto lavorativo (che prevede anche delle ore di tutoraggio aziendale da parte dell’educatore professionale) ma è indispensabile che ognuno, in un secondo tempo, scelga liberamente di dare la sua adesione. I gruppi attualmente attivi sono due con cadenza quindicinale e il coinvolgimento di dieci partecipanti. ■



Parent Training

[a cura della Dott.ssa Franca Rinaldi]



La famiglia che ha al proprio interno un membro affetto da una patologia psichica grave si trova spesso a dover affrontare situazioni complesse e problematiche, dovendo gestire, sia pur con il sostegno dei Servizi, una patologia che tende a compromettere gli aspetti relazionali, affettivi, lavorativi e sociali dell'individuo.

Tale situazione è accompagnata spesso da vissuti di solitudine e di confusione che possono in parte derivare dalla mancata conoscenza della natura della malattia, delle sue conseguenze e delle varie possibilità di intervento.

Per rispondere alle esigenze espresse dalle

famiglie, ma anche per creare coinvolgimento nel processo di cura, sono stati individuati percorsi che tendono a coniugare il lavoro svolto con l'utente a quello indirizzato al suo contesto familiare.

Esistono tanti approcci basati su presupposti teorici diversi; tutti evidenziano il valore della partecipazione familiare al trattamento ed hanno come obiettivi la riduzione delle ricadute, il miglioramento del funzionamento globale e la riduzione del peso familiare.

Uno di tali approcci è quello detto *Parent Training*. Per *Parent Training* si intende un percorso psico-educativo, orientato ad ac-

creocere la consapevolezza della natura e delle modalità di espressione del disagio psichico, a migliorare lo stile comunicativo familiare e la capacità di gestione delle situazioni problematiche, a prevenire e contenere i comportamenti disfunzionali, a collaborare in modo più efficace con le figure professionali.

Il percorso prevede la presenza di uno o più conduttori, caratterizzati da modalità relazionali empatiche, in grado di creare un rapporto di collaborazione e di trasferire competenze specifiche.

Operativamente viene selezionato un gruppo di familiari, rispondenti a determinati requisiti, con i quali vengono effet-

vo di portare i partecipanti a riconoscere le manifestazioni precoci di eventuali nuove crisi.

Si cerca inoltre di aumentare la consapevolezza del funzionamento relazionale all'interno della famiglia e di trasferire ai familiari stessi alcune metodologie, utili nei momenti di crisi e di maggior coinvolgimento emotivo.

Una buona comunicazione interpersonale aumenta la capacità di risolvere i problemi in modo cooperativo, altra abilità fondamentale che si cerca di trasferire ai partecipanti durante gli incontri.

Un ulteriore obiettivo è quello di sensibilizzare i familiari sulla necessità di un'as-

tuati alcuni colloqui di conoscenza; quindi si definisce una prima serie di incontri, durante i quali vengono fornite informazioni sulle principali patologie, sull'utilizzo dei farmaci e sui loro effetti collaterali, sull'organizzazione dei vari servizi del dipartimento di Salute Mentale e sulle competenze specifiche delle varie figure professionali.

Si effettua quindi una seconda serie di incontri dove si dà spazio alle esperienze personali raccogliendo così informazioni sulla storia del paziente, sulle difficoltà incontrate nell'affrontare la malattia, sul significato dei vari sintomi, con l'obietti-

sunzione regolare della terapia, segnalando eventuali effetti indesiderati dei farmaci, nell'ottica di un incremento dell'adesione al trattamento.

Con la reciproca conoscenza e con la condivisione degli aspetti di sofferenza si può creare un clima che favorisce anche il sostegno reciproco da parte dei partecipanti. Nell'ambito del Dipartimento di Salute Mentale della nostra A.S.L. è attivo un percorso di *Parent Training*, che vede coinvolti alcuni familiari di ospiti del Centro di Terapie Psichiatriche; i risultati sono stati soddisfacenti sia per i familiari che per gli operatori. ■

Depressione: che cosa è?

[a cura della Dott.ssa Cecilia Dalcielo]

■ La depressione è ereditaria?

Esistono dati che supportano l'ipotesi di un ruolo genetico di un certo peso nello sviluppo dei disturbi dell'umore, anche se non è nota la modalità di trasmissione. L'ereditabilità della depressione si aggirerebbe intorno al 30-40%, ma su questa vulnerabilità giocano un ruolo fondamentale le influenze psicosociali e gli eventi di vita nello sviluppo reale della malattia. La familiarità è più evidente nelle forme di depressione che si sviluppano in corso di disturbo bipolare.

Molto interessante e promettente la ricerca genetica nell'ambito della psicofarmacologia, secondo cui la risposta ai farmaci potrebbe essere geneticamente determinata e questo aprirebbe nuove opportunità nella scelta del farmaco più adatto per ogni singolo paziente.

■ I farmaci creano dipendenza?

Solo alcune categorie di farmaci, barbiturici, benzodiazepine, possono sviluppare meccanismi di tolleranza (necessità di aumentare la dose per conseguire gli stessi benefici) e a dosi molto alte e protratte per lungo tempo produrre dipendenza fisica. Non così per antidepressivi e antipsicotici; tuttavia la sospensione rapida di questi farmaci, non guidata da decremento progressivo, può innescare una reazione di "rimbalzo" dei sintomi; con gli antidepressivi, poi, specie quando la terapia si è dimostrata efficace, può sopravvenire un meccanismo di "timore per la sospensione" che non è comunque assimilabile ad una dipendenza.

■ È possibile che un evento traumatico significativo, immediatamente precedente la fase di scompenso acuto, possa essere considerato la "causa" della malattia?

Il disturbo psicotico ha una causa, dipendente da molti fattori, che vede l'intervento di elementi genetici, ambientali e relazionali che si intersecano fra di loro; l'evento traumatico può funzionare da fattore scatenante ma non può essere ritenuto responsabile dell'insorgenza e dell'evoluzione della malattia.

■ Si legge sui foglietti illustrativi di alcuni antidepressivi che possono aumentare il rischio suicidario. È vero?

È vero il contrario, purché il farmaco sia usato effettivamente nel contesto di una diagnosi corretta. È altrettanto vero che l'intervallo tra l'inizio dell'assunzione del farmaco e l'attività antidepressiva è variabile da 2 a 6-8 settimane; pertanto in quell'intervallo di tempo il rischio suicidario esiste in quanto rappresenta la complicità della malattia di base.





psiche *e* **adolescenza**

■ **Il papà di Giovanna**

di Pupi Avati, Italia 2008
con Silvio Orlando, Francesca Neri
Nella Bologna anni Trenta un professore si impegna a far corteggiare da un suo studente la figlia diciassettenne. Questa scoperta però che il ragazzo ha rapporti sessuali con la sua migliore amica: la uccide e viene così ricoverata in una clinica psichiatrica.

psiche *e* **schizofrenia**

■ **Spider**

di David Cronenberg, Canada/GB/Francia 2002
con Ralph Fiennes, Miranda Richardson
Lo schizofrenico Dennis Cleg, detto Spider, vive in un mondo in cui realtà e allucinazione, così come passato e presente, si sovrappongono senza soluzione di continuità. Testimone, da bambino, dell'uccisione della madre da parte del padre, Spider esce da un ospedale per malattie mentali e si ritrova a vivere accanto ai fantasmi della sua infanzia.

psiche *e* **amore**

■ **Prendimi l'anima**

di Roberto Faenza, Italia 2002
con Craig Ferguson, Emilia Fox
A Zurigo, nel 1904, una giovane ragazza viene affidata alle cure psichiatriche di Carl Gu-

stav Jung, diventandone allo stesso tempo "caso clinico" e amante. Ma lo studioso, temendo uno scandalo, tiene tutto nascosto. La vicenda è stata ricostruita dopo il ritrovamento, nel 1977, del diario della ragazza e del suo carteggio con Jung.

psiche *e* **manicomio**

■ **Qualcuno volò sul nido del cuculo**

di Milos Forman, USA 1975
con Jack Nicholson, Danny DeVito
Un piccolo malvivente finge di essere pazzo per sfuggire al carcere e finisce in manicomio. Qui diventa il beniamino degli altri pazienti ma, dopo il suicidio di uno di essi, aggredisce la capo infermiera e viene sottoposto a lobotomia. Il film ha vinto cinque premi Oscar.

psiche *e* **guerra**

■ **La casa dei matti**

di Andrej Konchalovskij, Russia/Francia 2002
con Julija Vysotskij, Bryan Adams
Un manicomio che si trova sulla linea del fronte russo-ceceno viene abbandonato dal personale e i malati si trovano a doversi cavare da soli in mezzo alla guerra, scoprendo la libertà e anche l'amore. E se la saggezza si trovasse nel manicomio e la follia negli uomini che combattono? Gran Premio della Giuria a Venezia e candidato all'Oscar come miglior film straniero nel 2002.

edoardo bennato

■ **Elogio alla Follia**

Edoardo Bennato
"Eccola qua, sfrontata e provocante è la follia, che arriva tra la gente, ci salverà, ci salverà dall'alto della sua esperienza e lei con noi, lotta per la sopravvivenza"

davide van de sfroos

■ **Manicomi**

"Siamo figli di un sole nascosto con la luna mai al suo posto, uomini pianta, avanzi di guerra, uomini foglia sdraiati in terra, occhi persi senza colore, occhi persi dall'odio e dall'amore nella mia testa c'è un grande via vai, nella mia testa non entrerete mai"

baustelle

■ **Panico!**

"Una canzone nata contro il panico, contro l'angoscia e la carestia, una preghiera contro l'inquietudine contro l'orrore e il vuoto quotidiano"

franco battiato

■ **Il vuoto**

"Danni fisici psicologici collera e paura stress, sindrome da traffico ansia stati emotivi primordiali malesseri pericoli imminenti e ignoti disturbi sul sesso"

perturbazione

■ **Arrivederci, Addio**

"Sentirsi fuori moda, fuori di sé, sotto scacco degli attacchi di panico, non è così divertente, ogni fondo in fondo è una rincorsa per chi ha fiato ancora da buttare"

frankie hi-nrg

■ **Storia di molti**

"Un buono a niente convinto a convivere con una solitudine immensa, fatta d'ansia e di insuccessi... pensi di affrontarla ma ti scansi, vinci la paura del "diverso", sfondi il muro dei timori, esci fuori! Allo scoperto, nel deserto, spazio aperto, provi sconcerto, avverti vertigini e crolli"

après la classe

■ **Simu Li Pacci**

"Tu non pensare tu non devi pensare, mi è stato detto come se fossi un vegetale, no non pensare perché non posso pensare eppure sono un uomo non lo devi dimenticare"

latte e i suoi derivati

■ **Raggamaffa**

"Musico eclettico è Cosimi il maestro che è mezzo schizofrenico ma magico per estro, è un fonico strategico più unico che raro, è burbero ed asettico e se parla parla chiaro"



omero

■ È sua, probabilmente, la prima descrizione letteraria della depressione. Così si legge nel libro VI dell'Iliade: "...ma quando viene in odio agli Dei, Bellerofonte solo e consunto di tristezza errava pel campo acheio l'infelice e l'orme dei viventi fuggia...".

seneca

■ Così risponde il filosofo latino a Quinto Sereno, nel suo "De Tranquillitate Animi": "...Il male che ci tormenta non è nel luogo in cui ci troviamo, ma è in noi stessi. Noi siamo senza forze per sopportare una qualsiasi contrarietà, incapaci di tollerare il dolore, impotenti a gioire delle cose piacevoli, sempre scontenti di noi stessi...".

petrarca

■ Il poeta, vissuto nel Trecento, affronta molte tematiche personali e intime nel suo "Secretum", opera in prosa latina, articolata come un dialogo immaginario con Sant'Agostino, alla presenza di una donna muta che simboleggia la Verità. "...tutto è aspro, cupo, orrendo: la disperazione trasforma il giorno in notte d'inferno e costringe a nutrirci di lacrime e di dolore, con un non so che di una voluttà tanto che a malincuore se ne distoglie...".

kafka

■ Tutta l'opera dell'autore ceco è intrisa di insofferenza e turbe nervose e psichiche, con una spiccata predisposizione al pessimismo. Nel lavoro Kafka rivive gli stessi meccanismi psicologici che lo avevano rattristato già negli anni della scuola, sentendosi separato dagli altri. Così scrive nel romanzo "Preparativi di nozze in campagna": "...in ufficio si lavora tanto che alla fine si è troppo stanchi per godersi le ferie. Ma tutto questo lavoro non dà il diritto di essere trattati con amore dagli altri, si resta sempre soli, del tutto estranei al prossimo, sempre oggetto di curiosità. Probabilmente gli altri non sono ingiusti, io però sono troppo stanco per capire tutto...".

coelho

■ Il suo rifiuto per ogni regola di comportamento lo porta a diversi ricoveri in un ospedale psichiatrico (alcune anche con sessioni di elettroshock). Nella sua opera "Veronika decide di morire" racconta di una ragazza slovena di 24 anni che tenta il suicidio, ma resta in vita e finisce in una clinica in cui conosce molti "pazzi" con i quali instaura un particolare rapporto di sincerità. Il messaggio è che l'esperienza depressiva, anche pesante, può rappresentare un modo per uscire da un tunnel buio, arrivando alla consapevolezza di vivere ogni giorno come una scoperta.

Emergenza Pronto Soccorso118
Guardia Medica0172 420377
Centralino0172 420111

■ VETERINARIO

V.le Industria, 40172 420293
Fax0172 420313

Centro unico di prenotazione.....800 530530
Ufficio relazioni con il pubblico0172 420211
Direzione sanitaria.....0172 420276
Poliambulatorio Via Goito, 10172 420424

■ DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE

P.zza Valfré, 30172 420290

■ SERVIZI AMMINISTRATIVI

Direttore generale0172 420211
Direttore amministrativo0172 420211
Direttore sanitario0172 420211
Tecnico patrimoniale0172 420202
Fax0172 420320

■ TOSSICODIPENDENZE

Via De Gasperi, 120172 420360

■ CURE PRIMARIE E DOMICILIARI

Via Goito, 10172 420418

■ CONSULTORIO FAMILIARE

Via Goito, 10172 420423

■ MEDICINA LEGALE

Via Goito, 10172 420413
Fax0172 420412

■ COMMISSIONE PATENTI SPECIALI

Via Vida, 10 - Alba0173 316043

■ DIPARTIMENTO PREVENZIONE

Via Goito, 1
Fax0172 420433
Igiene sanità pubblica0172 420410
Igiene alimenti e nutrizione0172 420410
Prevenzione e sicurezza del lavoro.....0172 420410

■ SEDI TERRITORIALI

Bra, Via Goito, 10172 420418
Cherasco, Via Ospedale, 460172 489163
Sommariva Bosco, Largo Vanni, 1.....0172 55702

Emergenza Pronto Soccorso118
Guardia Medica0173 316316
Centralino0173 316111
 Centro unico di prenotazione.....0173 316282
 Ufficio relazioni con il pubblico0173 316498
 Poliambulatorio ospedale.....0173 316304
 Fax Direzione Sanitaria0173 316416
 Poliambulatorio Via Diaz, 10.....0173 316131
 Poliambulatorio C.so Matteotti, 140173 316247

Igiene dell'edilizia0173 316617
 Vaccinazioni e malattie infettive0173 316619
 Veterinario0173 316215
 Fax veterinario0173 316027

■ DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE

Via A. Diaz, 8
 Centro di igiene mentale.....0173 316216
 Centro diurno psichiatrico.....0173 290506

■ NEUROPSICHIATRIA INFANTILE

Via Senatore Como, 4/A0173 316226
 Fax0173 316296

■ PSICOLOGIA

Via Vida, 100173 316075

■ TOSSICODIPENDENZE

C.so Coppino, 460173 362909

■ CONSULTORIO FAMILIARE

Via Diaz, 30173 316145

■ SEDI TERRITORIALI

Bossolasco, Via Dellavalle, 80173 799013
 Canale, Via Melica, 30173 959501
 Corneliano, Via Castellero, 30173 619693
 Cortemilia, C.so Divisioni Alpine, 350173 81731
 Grinzane Cavour, Via dell'Asilo, 180173 262423
 Magliano Alfieri, C.so Marconi, 170173 66552
 Neive, Vicolo Asilo, 90173 677239
 S. Stefano Belbo, Via Stazione, 210141 844166

■ SERVIZIO DI OTORINOLARINGOIATRIA

.....0173 316401

■ SERVIZI AMMINISTRATIVI E SANITARI

Via Vida, 10
 Direttore generale.....0173 316251
 Direttore sanitario0173 316507
 Direttore amministrativo0173 316241
 Amministrazione del personale0173 316205
 Gestione economia finanziaria0173 316202
 Economato0173 316940
 Provveditorato0173 316207
 Tecnico - Patrimoniale.....0173 316234
 Fax Amministrazione0173 316480
 Cure primarie e domiciliari0173 316245

■ MEDICINA LEGALE

Via Galimberti, 7/B0173 316257

■ MEDICINA DELLO SPORT

Via Galimberti, 7/B0173 316324

■ COMMISSIONE PATENTI SPECIALI

Via Vida, 100173 316043

■ DIPARTIMENTO PREVENZIONE

Via Vida, 10
 Fax0173 316480
 Igiene alimenti e nutrizione0173 316613
 Prevenzione e sicurezza lavoro.....0173 316604