

## Psichiatria

### INTRODUZIONE

L'infermieristica psichiatrica è molto importante per la psichiatria in sé in quanto l'infermiere entra in contatto per primo con il pz.

In psichiatria lo strumento principale è la **relazione**, in quanto una buona relazione è il 1° passo per una buona assistenza.

Ottenere una buona relazione non è semplice perché richiede un adattamento specifico in quanto devo sapere come relazionarmi con ogni paziente.

È importante ricordare che ogni patologia modifica in maniera diversa la modalità di relazione, in essa sono importanti l'empatia, elasticità.... Perché permettono di intuire il prima possibile per capire il pz e come lui vuole che noi ci relazioniamo.

### STORIA DELLA PSICHIATRIA

La psichiatria è la branca specialistica della medicina che si occupa della prevenzione, della cura e della riabilitazione dei disturbi mentali, dal punto di vista teorico e pratico  
Il termine psichiatria deriva dal greco psyche e iatreia, che significa "cura dell'anima".

Secondo, delle antiche convinzioni, condivise con greci, romani ed egizi, una persona con disturbi mentali vista come una persona punita dalle divinità in quanto essi vedevano la malattia mentale come una sorta di punizione divina. Questa concezione nasce dall'idea che le persone con disturbi mentali siano state punite per il loro comportamento irrispettoso nei confronti delle divinità, tanto da indurre quest'ultimi a punire le persone tramite queste sofferenze psichiche. Il trattamento consisteva nell'aiuto di sacerdoti, sacrifici e preghiere per scontare la pena per cui erano colpevoli. In sostanza si vedeva la m. mentale con una concezione demonologica

Il primo ad occuparsi dello studio scientifico sulla malattia mentale fu Ippocrate (460-377 a.C.), che pensava che il disturbo psichico fosse dovuta a uno squilibrio tra i quattro fluidi del corpo (teoria umorale= 4 umori):

1. Bile nera: corrisponde alla terra che ha sede nella milza; = depressione, malinconia
2. Bile gialla: corrisponde al fuoco che ha sede nel fegato; = schizofrenia
3. Sangue: corrisponde all'aria che ha sede nel cuore;
4. Flegma: corrisponde all'acqua che ha sede nella testa;

la terapia consisteva in bagni calmanti, docce fredde, salassi, purganti.....

Successivamente, in epoca romana, Cicerone rifiutò tale teoria, sostenendo che la melanconia non fosse il risultato della bile nera, ma di un eccesso di emozioni negative quali rabbia, paura e dolore. Egli costruì un questionario per la valutazione della malattia molto simile all'attuale anamnesi psichiatrica. Era costituito da parti riguardanti habitus (aspetto), orationes (eloquio) e casus (evento significativo della vita).

Ipotizza che la pazzia sia dovuta ad emozioni.

Durante il cristianesimo, in particolare era diffusa la convinzione che il disagio psicologico fosse dovuto a uno stato di possessione demoniaca provocata da debolezza morale e castigo divino. I provvedimenti presi furono provvedimenti spirituali, magici come l'esorcismo, se non funzionava si teorizzava che la persona

fosse inguaribile e che pertanto potesse trasmettere il demonio alle altre persone e quindi veniva ucciso così facendo veniva purificato tramite il fuoco (rogo delle streghe).

Altri provvedimenti furono le torri dei pazzi, dove non venivano rinchiusi solo pz psichiatrici ma anche criminali ecc... venivano curati in modo brutale attraverso pratiche di tortura, venivano incatenati, sottoposti a digiuni forzati e percosse nel convinzione di punire il demonio però così facendo le persone ormai viste come cattivi morivano.

Le navi dei folli navi a remi in cui le persone con m. mentale mandavano avanti la nave, sottoposti a questo trattamento poiché si pensava che con la fatica si provvedesse alla punizione però poi morivano. Si faceva questo soprattutto per isolarli dalla società in quanto ritenuti pericolosi.

RINASCIMENTO stessa visione solo con una spiegazione in più cioè il disturbo mentale legato al malessere psicologico (indirizzo psicologico), si sviluppa poi l'indirizzo astrale in quanto si pensava che la persona con disturbo psichico fossero legati agli astri e che ciò fosse la causa del disturbo ment. = a seconda dell'astro risulta la patologia.

L'illuminismo ha visto l'istituzione degli Ospedali Generali, una sorta di ospizi, dove detenuti e malati di mente. In questo periodo Philippe Pinel promosse la creazione di specifici luoghi di cura – i manicomi – nei monasteri in quanto l'uomo doveva essere trattato con umanità dove trattare come maggiore umanità le persone con disagio psicologico. A tal proposito considera la malattia mentale come conseguenza di esposizioni a stress sociali e psicologici. Ricondusse la follia a un eccesso di passioni e la cura a un trattamento morale, incentrato su un rapporto medico-paziente basato su rispetto e fiducia reciproci.

Fine 700 nasce la psichiatria intesa come scienza dove il pz è visto come malato non come cattivo.

#### ANATOMIA PATOLOGICA PARALISI PROGRESSIVA

Dopo il 700 riguardo alla sfera biologica

Kraepelin produsse un'altra classificazione delle malattie mentali. Egli divise i disturbi mentali in:

- Esogeni -> curabili, provocati da cause esterne;
- Endogeni -> incurabili, provocati da cause interne;

Il contributo più importante è quello di aver distinto psicosi maniaco-depressiva, schizofrenia (dementia praecox) e paranoia. In particolare, la schizofrenia è suddivisa in:

- Catatonica;
- Ebefrenica;
- Paranoide;

Anche Sigmund Freud (sfera psicologica) influenzò lo sviluppo della psichiatria, tant'è che la psicoanalisi rimase il trattamento terapeutico d'elezione per i disturbi mentali fino alla metà del XX secolo. Dopodiché, con l'avvento delle neuroimmagini e della psicofarmacologia, c'è un ritorno a un modello più biologico della malattia mentale, detto "neokraepeliano".

#### Sfera sociale BASAGLIA

Si formano luoghi di cura come ospizi, monasteri, ospedali, comunità, case alloggio

infermiere psichiatrico nel passato :

- guardiano dei matti
- basso livello istruzione
- sempre a contatto con malato
- ubbidienza cieca a medico
- obbligo internato e divisa
- no matrimonio
- ampia liberta' di azione su malati
- cura igiene, letti, ambiente, osservazione
- rapporto autoritario infermiere/paziente
- docce fredde, camicia forza, isolamento

infermiere psichiatrico del presente:

- infermiere professionale
- lavora in equipe
- cultura scientifica
- primo livello accoglienza

## LEGISLAZIONE

La prima legge riguardo ai primi manicomi risale al 14-02- 1904 presentata da Giolitti, intitolata " legge sui manicomi e sugli alienati", che istituì l'ospedale psichiatrico. La legge proponeva come obiettivi la protezione della società, la custodia della persona disturbata, internamento perpetuo manicomi deciso da autorità giudiziaria, separazione da ospedale civile e da città(ospedale psichiatrico).

Le persone ricoverate erano, persone ritenute pericolose per se e per gli altri anche parenti, o ritenuti di pubblico scandalo, come prostitute, dementi, oligofrenici, alcolisti, omosessuali, sifilitici.....

Periodo di osservazione di 1 mese se non guarivano, si procedeva con il ricovero definitivo(praticamente sempre), dove la persona perdeva i diritti civili, ovviamente la decisione spettava al tribunale che ovviamente procedeva con l'interdizione, iscrizione al casellario giudiziario, ricovero coatto.

Il ricovero era possibile solo su ordinanza di parenti, vicini, pubblica sicurezza autorità di polizia (come pretore, procuratore ) previa certificazione medica. Il direttore del manicomio aveva molto potere

Successivamente con la riforma del 1968 istituì il ricovero volontario(medico di guardia),strutture extraospedaliere, durata del ricovero coatto decisa dal direttore,abolizione dell'iscrizione al casellario giudiziario, abolizione ricovero definitivo.

LEGGE 180/78 Basaglia no custodia si alle cure, cure per lo più extraospedaliere, il ricovero come ultima possibilità, il più possibilmente volontario deciso da psichiatra, abolizione ospedali psichiatrici, creazione SPDC

diritti civili e politici garantiti dalla costituzione e TSO

ALTERAZIONI PSICHICHE CHE RICHIEDONO INTERVENTI URGENTI

ESPLICITO RIFIUTO SOTTOPORSI CURE NECESSARIE

CURE NON EFFETTUABILI IN AMBIENTE EXTRA OSPEDALIERO

CERTIFICATI DI 2 MEDICI IN TRIPLICE COPIA (=PROPOSTA E CONVALIDA)

PROVVEDIMENTO DEL SINDACO

NOTIFICA A GIUDICE TUTELARE ENTRO 48 ORE

CONFERMA DA GIUDICE TUTELARE ENTRO ALTRE 48 ORE DOPO VALUTAZIONE SUO PSICH.

DURATA 7 GIORNI EVENTUALMENTE PROROGABILI

LEZIONE 12/10/21

### **ORGANIZZAZIONE ASSISTENZA PSICHIATRICA**

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

CENTRO DI SALUTE MENTALE (=CSM )

SERVIZIO PSICHIATRICO DI DIAGNOSI E CURA (=SPDC )

#### **strutture intermedie non residenziali :**

DAY HOSPITAL (=dh )

CENTRO DIURNO (=cd )

#### **strutture intermedie residenziali :**

CENTRO RESIDENZIALE TERAPEUTICO RIABILITATIVO (=ctrp)

COMUNITA' ASSISTENZIALI

CASE - ALLOGGIO

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

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

Il CSM assicura i seguenti interventi:

- trattamenti psichiatrici e psicoterapie, interventi sociali, inserimenti dei pazienti in Centri diurni Day hospital strutture residenziali, ricoveri
- attività diagnostiche con visite psichiatriche, colloqui psicologici per la definizione di appropriati programmi terapeutico-riabilitativi e socio-riabilitativi nell'ottica dell'approccio integrato, con interventi ambulatoriali, domiciliari, di rete e residenziali nella strategia della continuità terapeutica
- attività di raccordo con i medici di medicina generale, per fornire consulenza psichiatrica e per condurre, in collaborazione, progetti terapeutici e attività formativa
- consulenza specialistica per i servizi "di confine" (alcolismo, tossicodipendenze ecc.), nonché per le strutture residenziali per anziani e per disabili
- attività di filtro ai ricoveri e di controllo della degenza nelle case di cura neuropsichiatriche private accreditate, al fine di assicurare la continuità terapeutica

- valutazione ai fini del miglioramento continuo della qualità delle pratiche e delle procedure adottate
- intese e accordi di programma con i Comuni per, tra l'altro, inserimenti lavorativi degli utenti psichiatrici, affido etero-familiare ed assistenza domiciliare
- collaborazione con Associazioni di volontariato, scuole, cooperative sociali e tutte le agenzie della rete territoriale.
- Attività di accoglienza e analisi della domanda degli utenti e dei loro familiari
- Presa in carico dei pazienti
- Definizione dei programmi terapeutico-riabilitativi e socio-riabilitativi, in integrazione operativa tra le diverse professionalità nelle diverse situazioni, tramite interventi ambulatoriali e domiciliari
- Collegamento con i medici di base, con i reparti ospedalieri e con gli altri servizi territoriali;
- Azioni di filtro sui ricoveri al fine di limitarli ai casi di comprovata necessità
- Informazione e di assistenza per gli utenti e le loro famiglie

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

### **Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura**

E' il reparto ospedaliero di psichiatria, dove si svolge attività di competenza specifica sulle diverse forme del disagio psichico e psicologico in tutte le fasi in cui non e' piu' sufficiente un trattamento ambulatoriale o domiciliare. In particolare, le patologie più frequentemente trattate sono i disturbi di tipo psicotico, alcuni disturbi di personalità, i disturbi dell'umore (mania, grave depressione e tentativi di suicidio). Il reparto accoglie i pazienti sia in regime di ricovero volontario che obbligatorio. L'intervento terapeutico muove da una attenta valutazione clinica, psicopatologica, sociale e familiare ed è imperniato sul trattamento psicoterapeutico individuale e su quello farmacologico.

- E' il reparto ospedaliero di psichiatria: attività di diagnosi e cura dei disturbi psichiatrici
- Vi vengono attuati trattamenti psichiatrici volontari (TSV) ed obbligatori (TSO)
- Gestione della fase acuta della patologia psichiatrica
- Lavora in collaborazione con i Centri di Salute Mentale

Riassunto :

**DIAGNOSI E CURA DISTURBI PSICHICI**

**RICOVERI VOLONTARI (=TSV )**

**RICOVERI OBBLIGATORI (=TSO )**

**FASE ACUTA PATOLOGIA PSICHIATRICA**

**COLLABORAZIONE CON CENTRO SALUTE MENTALE**

**INFERMIERI, OSS, ASSISTENTE SOCIALE, PSICOLOGO, PSICHIATRA**

### **Centro Diurno**

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

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

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

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

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

Riassunto:

#### **FASE CRONICIZZAZIONE**

**INTERVENTI RIABILITATIVI GRUPPO (= LABORATORI FALEGNAMERIA ECC.)**

**RECUPERO SOCIALITA'**

**INFERMIERI , EDUCATORI PROFESSIONALI**

#### **Day Hospital psichiatrico**

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

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

Ha la funzione di:

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

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

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

Riassunto:

#### **FASE POST-ACUTA**

**TRATTAMENTI FARMACOLOGICI**

**TRATAMENTI PSICOTERAPICI GRUPPO (=MUSICOTERAPIA, ARTETERAPIA ECC.)**

**INFERMIERI, PSICOLOGI, PSICHIATRA**

**CENTRO RESIDENZIALE TERAPEUTICO RIABILITATIVO :**

**FASE CRONICITA'**

**RECUPERO AUTONOMIA**

**SOLLIEVO FAMILIARI**

**TRATTAMENTI RIABILITATIVI ANCHE LUNGA DURATA**

**PICCOLE DIMENSIONI (=MAX 12 OSPITI)**

**COLLEGAMENTO CON ALTRE STRUTTURE DIPARTIMENTO**

**IMPORTANTE CLIMA TERAPEUTICO**

**TRATTAMENTO ANCHE FAMIGLIA (=PSICOEDUCAZIONE)**

**TRATTAMENTI RIABILITATIVI GRUPPALI (=CURA SE',  
AMBIENTE, SOCIALITA', LAVORO)**

**INFERMIERI, OSS, EDUCATORI , PSICOLOGO, PSICHIATRA**

**COMUNITA'-ASSISTENZIALI :**

**PAZIENTE CRONICI STABILIZZATI**

**SCARSO RECUPERO AUTONOMIA**

**BISOGNI ASSISTENZIALI PIUTTOSTO CHE RIABILITATIVI**

**FAMIGLIE ASSENTI O IN GRAVI DIFFICOLTA'**

**SODDISFACIMENTO BISOGNI ESSENZIALI**

**MANTENIMENTO CAPACITA' RESIDUE**

**RECUPERO SOCIALITA'**

**PICCOLI NUMERI (=8-10)**

**INFERMIERI, OSS, ASSISTENTE SOCIALE, PSICHIATRA**

**CASE-ALLOGGIO :**

**NUMERO MOLTO LIMITATO (=3-5)**

**CRONICIZZAZIONE GRAVE**

**MOLTO LIMITATE POSSIBILITA' RECUPERO AUTONOMIA**

**ASSENZA FAMIGLIA**

**FINALITA' ASSISTENZIALI**

**SODDISFACIMENTO BISOGNI PRIMARI**

**RECUPERO SOCIALITA'**

**OSS, INFERMIERI, ASSISTENTE SOCIALE**

