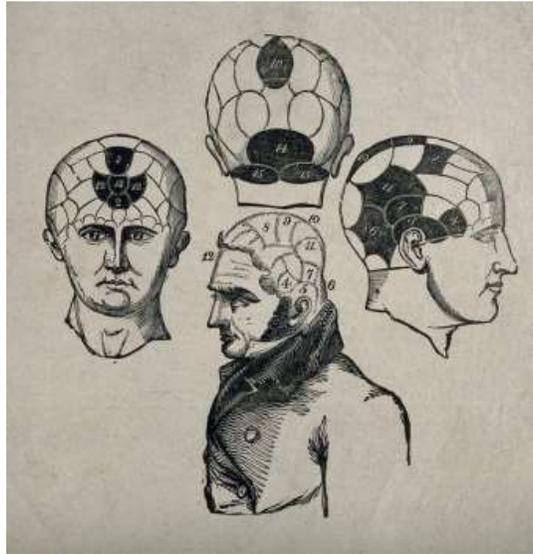


Unità 10 – Dall'asilo all'assistenza nella Comunità; Dal paternalismo al processo decisionale autonomo



University of Bristol, United Kingdom

Parte I: Nel Manicomio: Approcci paternalistici al malato mentale

Parte II: Isteria: Un mezzo di controllo?

Parte III: Deinstitutionalizzazione e cura nella Comunità

Parte IV: Autonomia nel settore sanitario:
Potere duraturo del Procuratore e non
Tentare prove di Rianimazione

Una nota sulla terminologia

In questa lezione appariranno diversi termini che non sono più ritenuti appropriati per l'uso nella pratica medica.

Questi termini sono usati con parsimonia in questa lezione per rimanere fedeli al loro contenuto storico.

In questo modo, non solo sarà evidenziato lo sviluppo di idee e pratiche per quanto riguarda le malattie mentali, ma cambieranno nel modo in cui queste verranno discusse.

Il trattamento moderno dei malati mentali e i termini utilizzati per discuterne si concentrano sulla sensibilità, la comprensione e il rispetto della dignità dei pazienti.

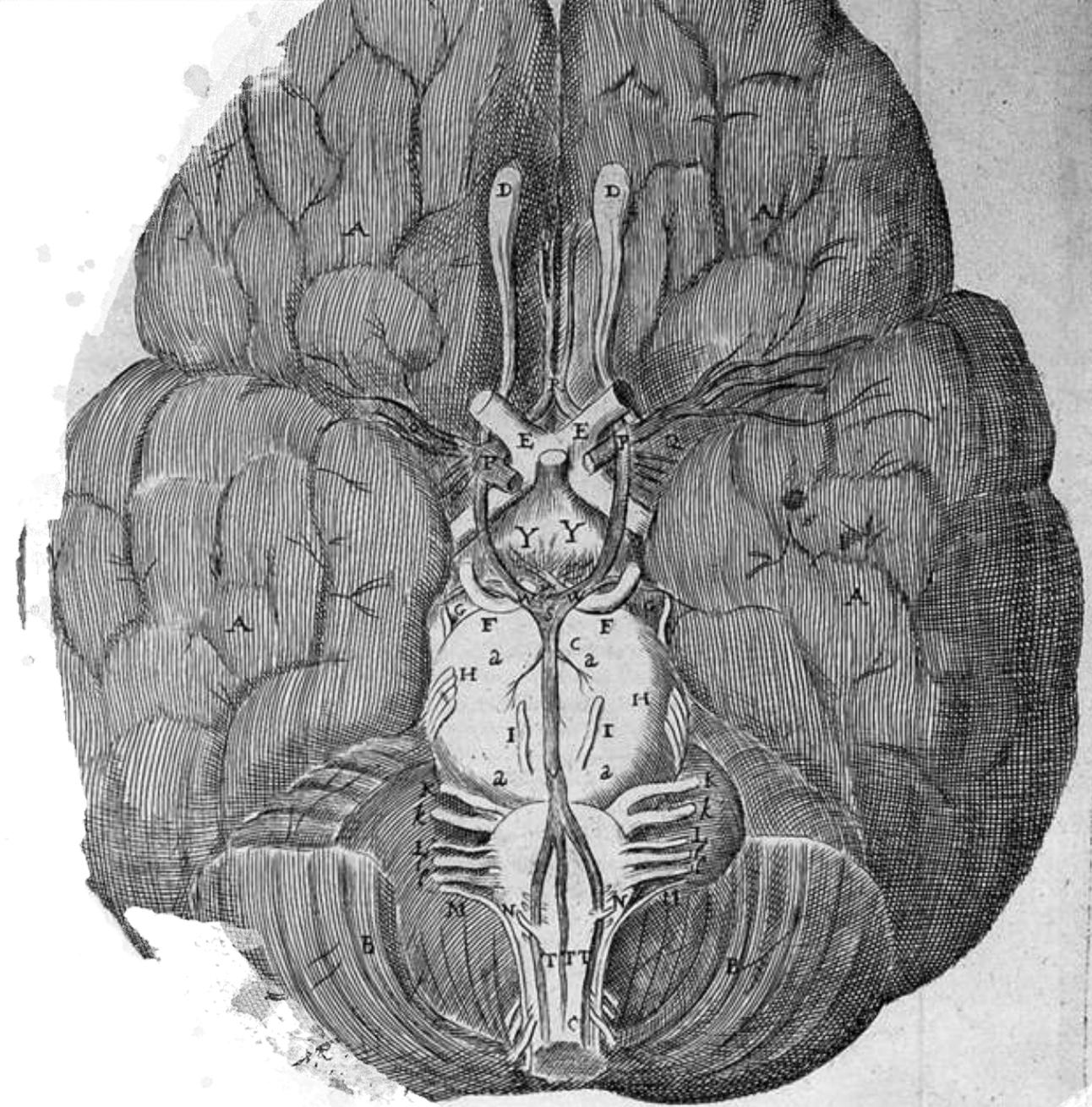
Comprendere questo sviluppo fornisce una prospettiva importante sul perché determinati termini non sono più utilizzati e ritenuti inaccettabili nella pratica moderna.

Nel Manicomio: Approcci paternalistici al trattamento del malato mentale



Filosofia illuminista della mente

- René Descartes (1596–1650) ipotizzò che la mente e il corpo fossero entità separate: come erano collegati?
- Thomas Willis (1621–1675) studiò come l'anima agisce sul corpo attraverso la dissezione
- John Locke (1632–1704) sostenne che la mente era una tabula rasa alla nascita, una tabella vuota su cui le impressioni venivano fatte attraverso l'esperienza di senso e l'apprendimento
-



Malattia mentale nel XVIII secolo

- William Cullen (1710-1790) impiegava un quadro Lockean della mente per spiegare la follia
- Alcuni tipi di follia erano anatomicamente situati nei nervi
- Ma altri erano dovuti all'associazione insolita o illogica delle "idee" nella mente. La follia era quindi spesso una condizione psicologica che richiedeva il trattamento della psiche
- Iniziarono a essere raccolte storie di pazienti pazzi per migliorare la diagnosi e il trattamento, seguendo il funzionamento della medicina regolare



Manicomi

- I manicomi privati per "lunatici" e "pazzi" ebbero una lunga storia
- I trattamenti furono spesso trascurati e crudeli
- Il set di stampe di William Hogarth, A Rake's Progress, si conclude nel famigerato manicomio 'Bedlam', dove i visitatori potevano pagare per vedere i pazzi



*Madness, then Chace of y' Brains,
 That art, that Plague give, and then
 Tyranny of Fancy's Atrocious
 Mechanic Fancy; that can build
 Last Labyrinth, & Maze wild.*

*With Rule dejected, & quills Madmen,
 Still with Horror, fill'd with Pleasure
 Shapes of Horrors, that would even
 cast Doubt of Mercy upon Heaven.*

*Shapes of Pleasure, that but soon
 Would split the Raking Idea of Pleasure
 & Vanity of Age: here see
 The Army of Heaven assist by Thee*

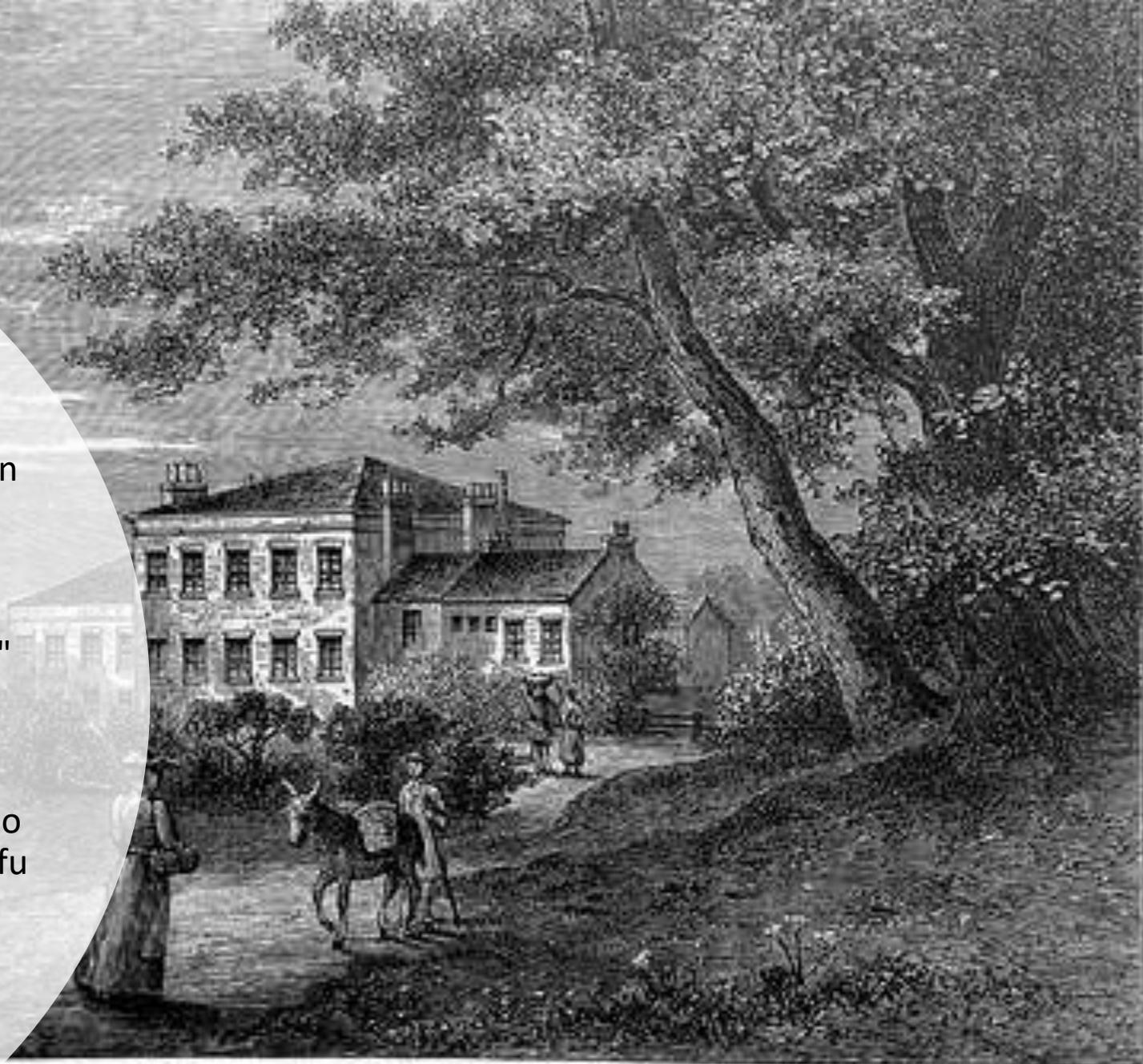
*The headstrong course of youth that runs,
 What comfort from this darling sin?
 The rattling chains with Terror, hear
 Behold Death grappling with Despair,*

*See him by Thee, to Ruin sold,
 And curse thy self, & curse thy Gold.*

Invented by W. Hogarth & Publish'd according to Act of Parliament. June 4. 1713

"Trattamento morale"

- Dalla fine del XVIII secolo, diversi modi di trattare i pazzi sono stati provati (anche se non completamente nuovi)
- Il "trattamento morale" si è concentrato sul trattamento umano dei pazienti, evitando la moderazione e incoraggiando abitudini "sane"
- Pazienti tenuti sempre sotto stretta sorveglianza
- Lo York Retreat, inaugurato nel 1796 dall'uomo d'affari quacchero William Tuke (1732–1822) fu uno dei primi manicomi appositamente costruiti per questa pratica
-

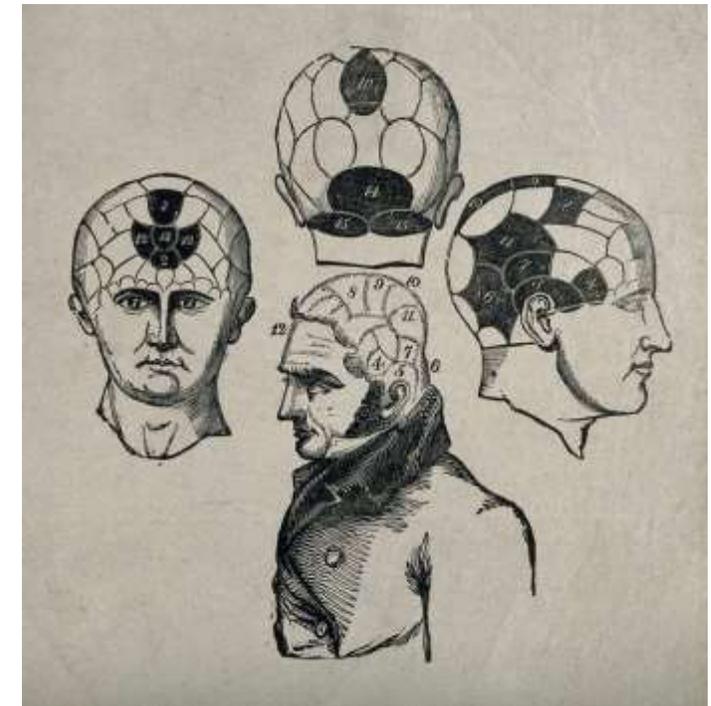


Ottimismo terapeutico

- Il passaggio dal contenimento degli individui alla sorveglianza è stato rispecchiato da uno spostamento verso il tentativo di trattare e curare correttamente i pazienti
- Incoraggiata la sperimentazione in diversi modi di curare i malati mentali
- Il mesmerismo e la frenologia erano due modi popolari, ma alla fine screditati, di comprendere le malattie mentali
-



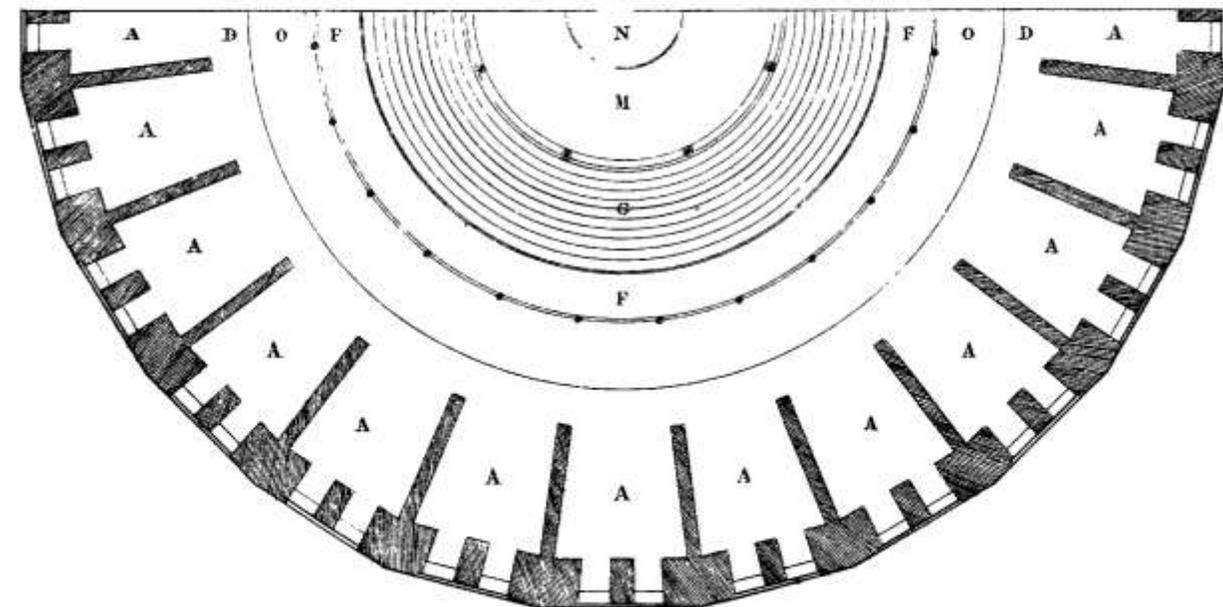
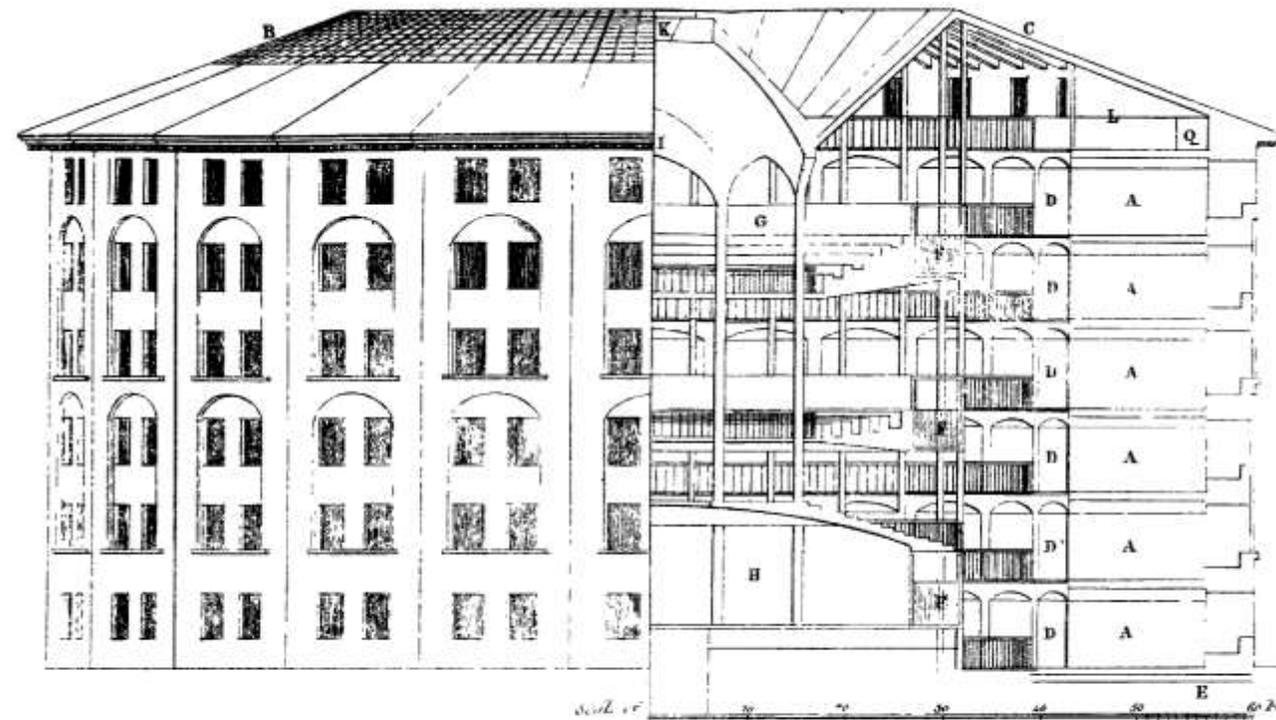
A practitioner of Mesmerism using Animal Magnetism. Credit: Wellcome Collection. Attribution 4.0 International (CC BY 4.0)



A male figure and three phrenological heads. Wood engraving. Credit: Wellcome Collection. Attribution 4.0 International (CC BY 4.0)

Crescita dei Manicomi

- I manicomi sono stati costruiti in tutta la Gran Bretagna nel XIX secolo, creando un'enorme capacità di ospitare i malati mentali lontano dalla società
- La popolazione totale di richiedenti asilo è aumentata da 5.000 pazienti nel 1826 a oltre 74.000 solo nei manicomi pubblici entro la fine del secolo
- Michel Foucault: Questa è stata l'estensione del controllo statale sulle persone ritenute devianti
- Non comune che i pazienti escano una volta all'interno
- I manicomi seguivano spesso i principi della modalità "panopticon": i pazienti potevano essere osservati in ogni momento



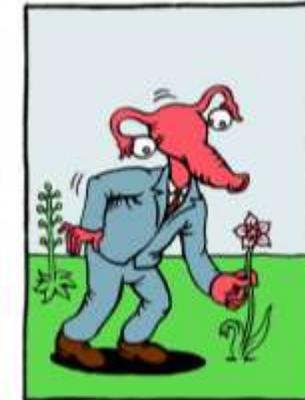
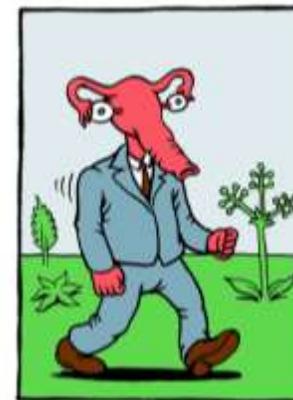
Isteria: un mezzo di controllo?



Isteria

- Descritta per la prima volta nell'antica Grecia, ha guadagnato particolare importanza nella diagnosi psichiatrica nel XIX secolo
- Intesa come una malattia che colpiva principalmente le donne. Il termine isteria deriva dalla parola greca per grembo materno, 'hystera'
- La comprensione della causa della malattia è gradualmente cambiata:

- 1) ginecologico
- 2) demonologico
- 3) neurologico
- 4) psicologico



Matteo Farinella ...

This work is licensed under a [Creative Commons Attribution - Non-commercial 4.0 International](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/)





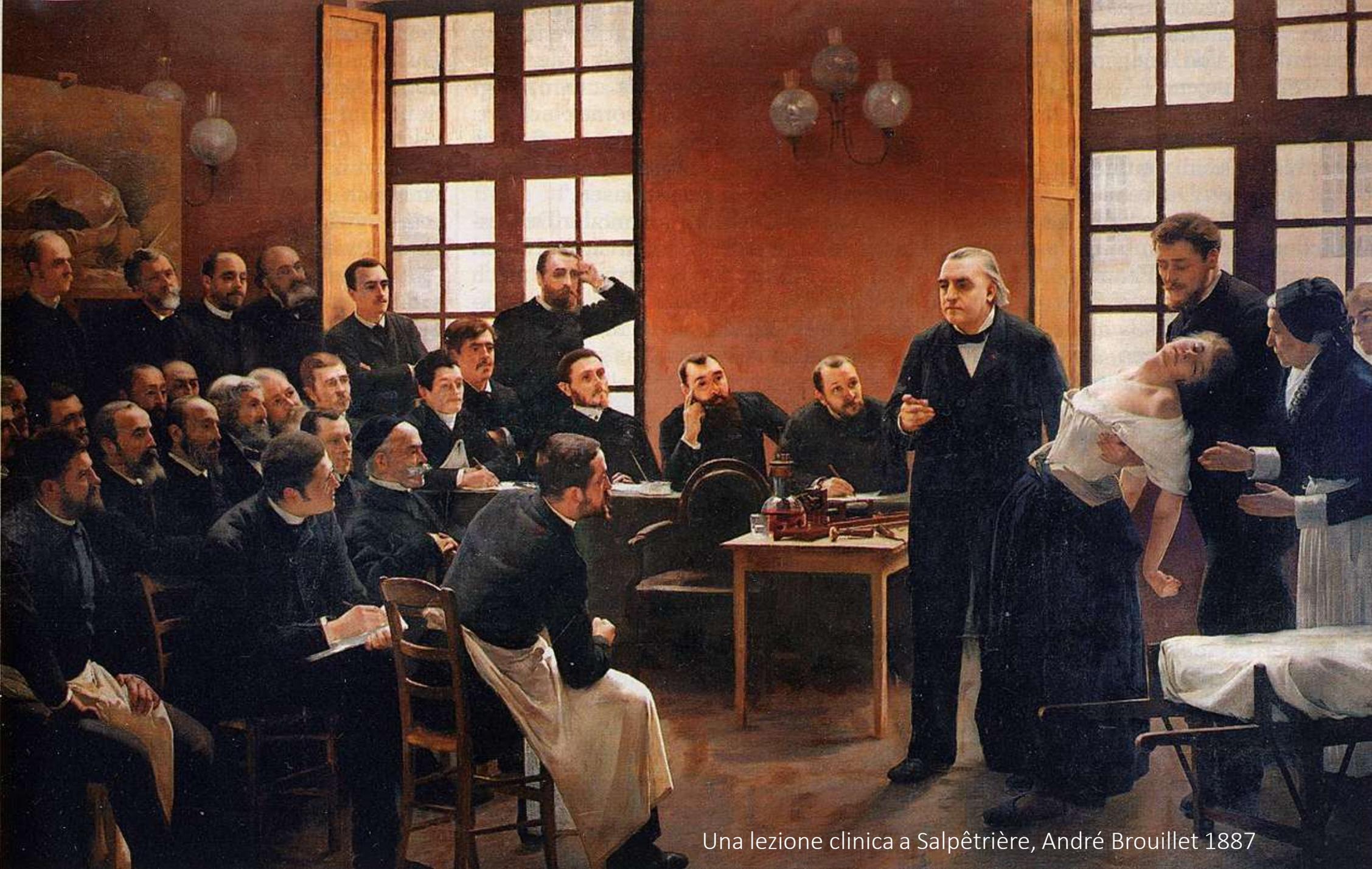
Definire l'isteria nel XIX secolo

- Jean-Martin Charcot (1825-1893) lavorò per migliorare la definizione di isteria, come aveva fatto per una serie di disturbi neurologici
- La malattia non ha lasciato tracce fisiche, quindi ha impiegato la fotografia "oggettiva" nel tentativo di identificare le diverse fasi della malattia:
 - 1) fitte epliettoidi
 - 2) contorsioni e grandi movimenti
 - 3) "atteggiamenti passionali"
 - 4) delirio finale
- Si ritiene che queste fasi potrebbero essere portate avanti dall'ipnosi





2018-1-ES0



Una lección clínica a Salpêtrière, André Brouillet 1887



Trattamento dell'isteria

- Poca innovazione nel trattamento nel XIX secolo
- La cura del riposo era stata sviluppata da Silas Weir Mitchell (1829–1914)
- Riposo a letto isolato e forzato per lunghi periodi, alimentato con una dieta grassa a base di latte, vietato di fare qualsiasi cosa
- Mitchell credeva che questo aiutasse i pazienti fisicamente e moralmente
- Gli storici hanno sostenuto che il punto era rompere la volontà dei pazienti. Il resto della cura fu aborrito da Virginia Woolf (1882-1941) e il soggetto del racconto di Charlotte Perkins Gilman (1860-1935) *The Yellow Wallpaper*



Altri trattamenti

- Alcune nuove terapie sono state tentate:
- Isaac Baker Brown (1811–1873) notoriamente eseguì clitoridectomie su pazienti isterici nel 1860
 - Fu espulso dalla Società Ostetrica per il suo lavoro
 - Sottolinea gli stretti legami tra l'isteria e la presunta devianza sessuale nelle donne
- I vibratori non sono stati sviluppati per curare le donne isteriche, ma a volte la tecnologia è stata pubblicizzata come una panacea



Psychoanalysis



Nel ventesimo secolo, la psicoanalisi ha fornito una nuova comprensione e approccio all'isteria



La "cura parlante" è stata sviluppata da Sigmund Freud (1856–1939), dal suo mentore Josef Breurer (1842–1925) e dalla loro paziente 'Anna O' (1859-1936)



Parlare dell'insorgenza dei sintomi, poi rintracciarli a un evento traumatico, si innesca una catarsi che farebbe scomparire i sintomi



Freud sosteneva che i sintomi fossero espressioni somatiche di disagio psicologico, spesso di natura sessuale

Psicoanalisi nel ventesimo secolo



Le teorie di Freud godevano di una fama enorme nella fine
nel ventesimo secolo



Divenne minata dalla loro natura pseudoscientifica (tutte le
opposizioni alla teoria possono essere spiegate dalla teoria)



Nuovi problemi emersi nella psichiatria, come lo shock



La sessualità femminile divenne compresa in modo diverso



Il paternalismo è stato sfidato

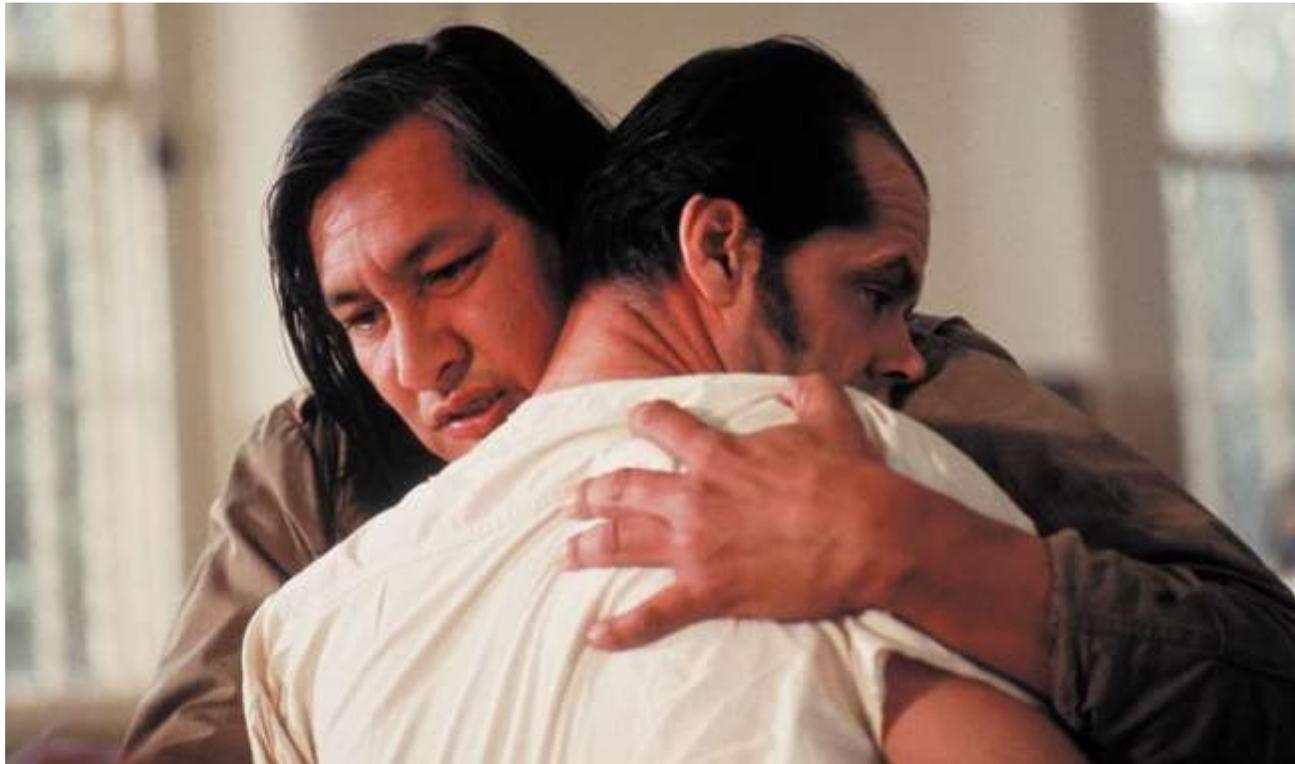


Isteria gradualmente ridotta come diagnosi

Deistituzionalizzazione e cura nella Comunità



Critiche al manicomio



- Visto che ha fallito terapeuticamente
- Tasso di cura molto basso per i pazienti
- Eredità di nuovi sviluppi terapeutici discutibile
- Lobotomia
- Terapia elettrica
- Domande sulla moralità di rinchiudere le persone a lungo termine

-



Cambiare atteggiamento

- Rifiuto dell'eugenetica
- Traumatizzazione di massa dei soldati
- Malattia mentale presa sul serio
- Nuove ricerche sul problema
- La rivoluzione farmaceutica ha portato a farmaci efficaci
- Nuovi trattamenti come la terapia cognitiva comportamentale
-

Deistituzionalizzazione

- Allontanarsi dall'assistenza manicomiale per "assistenza nella comunità"
- I manicomi attaccati dalla destra politica e dalla sinistra

La sinistra

Contro il controllo esercitato dal manicomio sull'individuo

Ha lavorato per affrontare lo stigma della malattia mentale, anche se potrebbe essere cronica, era gestibile e gli individui con tali problemi sono stati in grado di contribuire alla società

La destra

Principalmente interessati ai costi di alloggio di così tanti pazienti

Cura nella comunità

Gli ospedali diurni divennero luoghi di cura e di sostegno per i malati mentali senza essere permanenti; i manicomi erano talvolta diventati ambienti di controllo

Enfasi sull'auto-cura e l'automedicazione, fidandosi dei pazienti

Aumento della gamma di trattamenti

Le politiche residenziali sono cambiate: le politiche di "porta aperta" hanno letteralmente lasciato le porte aperte all'esterno e all'interno dell'ospedale

Case di transizione

Numero di pazienti ridotti

Fallimento della deistituzionalizzazione?

- L'assistenza comunitaria ha cominciato ad escludere del tutto l'ospedale dagli anni '70 e '80. Negli anni '90 è stato abolito il vecchio sistema di asilo della contea e il ruolo dei servizi sociali nell'assistenza ai malati mentali è cresciuto
- Idea non abbinata alla realtà?
 - Supporto insufficiente disponibile
 - Tagli di bilancio ai consigli locali
 - Eccessiva dipendenza dal settore del volontariato
- La permanenza media di coloro che furono ricoverati per cure psichiatriche è ora di sole due settimane



Search ID: forn3141

There's no money to provide 'Care in the Community'
...but we **HAVE** just enough to move him into
the carpark!

Autonomia nel settore sanitario: potere duraturo del procuratore e non tentare ordini di rianimazione

Cambiare il quadro giuridico dell'assistenza

Legge sulla capacità mentale (2005) è stata sviluppata mentre avvenivano la deistituzionalizzazione ed i problemi iniziali



La relazione della Commissione giuridica (1995) affermava che il quadro giuridico esistente era "uno di incoerenza, inconsistenza e incidente storico" - la riforma era necessaria e urgente!



Nella nuova cura nel modello comunitario, c'era poca chiarezza su chi, cosa o come le decisioni potevano essere prese per conto dei pazienti, il che aveva portato a casi di abuso di potere

LPA e DNAR



Esempi importanti di tentativi moderni di consentire la scelta dei pazienti nel settore sanitario



LPA: dare a un'altra autorità legale adulta di prendere determinate decisioni per qualcuno se perde la capacità di farlo da solo



DNAR: istruisce gli operatori sanitari a non tentare la rianimazione cardiopolmonare (CPR) in caso di arresto cardiopolmonare improvviso



Il principio fondamentale di entrambi è che gli individui dovrebbero essere autorizzati a scegliere per se stessi, sia attraverso dichiarazione anticipata o tramite una persona di fiducia che abbia a cuore i loro interessi

Cinque principi per le direttive di anticipo

1) La capacità dovrebbe sempre essere presunta. La diagnosi, il comportamento o l'aspetto di un paziente non devono far presumere l'assenza di capacità.

2) La capacità di una persona di prendere decisioni deve essere ottimizzata prima di concludere che la capacità è assente. Devono essere prese tutte le misure praticabili, come dare tempo sufficiente per le valutazioni; ripetere le valutazioni se la capacità è fluttuante; e, se rilevante, usare interpreti, linguaggio dei segni o immagini.

3) I pazienti hanno il diritto di prendere decisioni insensate. Non è la decisione ma il processo con cui viene raggiunta che determina se la capacità è assente.

4) Le decisioni (e le azioni) prese per le persone prive di capacità devono essere nel loro migliore interesse.

5) Tali decisioni devono anche essere l'opzione o le opzioni meno restrittive per i loro diritti e libertà fondamentali

Problemi

Le decisioni e i giudizi di capacità sono difficili da fare e richiedono un'interpretazione, che può essere molto difficile in circostanze in cui le condizioni di un paziente peggiora rapidamente o improvvisamente

Potenziale resistenza familiare

Coloro che non hanno direttive di avanzamento potrebbero non avere i loro desideri seguiti, anche quando erano ben noti in anticipo

Un'aspettativa irrealistica di essere in grado di controllare il processo di morte?

Conclusioni

- Il lungo termine sociale e giuridico muove verso l'autonomia personale e l'assistenza negli approcci comunitari per coloro che hanno meno capacità (non solo i malati mentali)
- I più importanti cambiamenti nel modo in cui i malati mentali sono stati trattati, alloggiati e compresi dalla società
- Le attuali questioni in cura nella comunità e nelle direttive di anticipo mettono in discussione la semplice nozione di progresso nell'allontanarsi dagli approcci paternalistici
- Necessario garantire l'"incuria comunitaria"