

*од практиката за практиката*

**ДЕИНСТИТУЦИОНАЛИЗАЦИЈА НА  
ПСИХИЈАТРИСКИТЕ ПАЦИЕНТИ ПРЕКУ  
ПСИХО-СОЦИЈАЛНА РЕХАБИЛИТАЦИЈА**

*Амелија ФАРНЕСЕ<sup>1</sup>,  
Вивијана ЛАНГЕР<sup>2</sup>*

дипломиран психолог,  
Универзитет „Сапиенца“ во Рим<sup>1</sup>,  
Универзитет „Сапиенца“ во Рим<sup>2</sup>,  
Оддел за клиничка психологија на  
факултетот за психологија

Примено: 15. 12. 2009  
Прифатено: 29. 01. 2010  
UDK: 364.622-53:616.89

**Резиме**

Започнувајќи од внимателни историски истражувања на деинституционализацијата на психијатриските болници во Европа, презентираниот труд своето внимание го фокусира на италијанската територија, подетално на законот бр. 180 од 1978 година, од психијатриската реформа, кој доведе до затворање на менталните институции, како и создавање на нови, комплетно заменски институции, Одделот за ментално здравје, кој има за цел да се грижи за психијатриските пациенти во нивниот животен контекст. Терапијата веќе не е организирана како „решение-оздравување“ туку подобро, како комплексен ентитет – дневен и елементарен – на индиректни и мултидисциплинарни стратегии насочени кон социјално рехабилитирање на пациентите заболени од психички растројства. Во тој однос, институционалните структури за надворешните пациенти, полустанбените структури и станбените структури со преземањето на одговорноста за пациентот за време на психолошките и фармаколошките терапии,

Адреса за кореспонденција:

*Амелија ФАРНЕСЕ*  
улица Рим, бр. 352,  
Помиглиано Д'Арко  
(Наполи), 80038, Италија  
email: ameliafarnese@libero.it

*from practice to practice*

**THE DE-INSTITUTIONALIZATION OF  
PSYCHIATRIC PATIENTS THROUGH  
PSYCO- SOCIAL REHABILITATION**

*Amelia FARNESE<sup>1</sup>,  
Viviana LANGHER<sup>2</sup>*

graduate in Psychology  
at Rome University “Sapienza”<sup>1</sup>,  
professor at the at “Sapienza” University<sup>2</sup>,  
Department of Clinical Psychology  
at Faculty of Psychology

Received: 15. 12. 2009  
Accepted: 29. 01. 2010  
Best practice article

**Abstract**

Beginning with the careful historical examination of the de-institutionalization of psychiatric hospitals in Europe, this work focuses its attention on the Italian territory and Law 180 of 1978 on psychiatric reform, which has led to the closure of mental institutions and the creation of replacement institutions such as the Mental Health Departments that are present throughout the Italian territory for every certain number of inhabitants. Mental Health Departments have the goal of caring for psychiatric patients within their context of life. Therapy is not organized anymore as a “solution-cure,” but rather as a complex entity – while also daily and elementary – of indirect and multidisciplinary strategies geared toward socially rehabilitating the patient affected by psychic disturbances. In this regard, out-patient institutional structures, semi-residential structures, and residential structures with the objectives of being responsible for the patient during his or her psychological and pharmacological therapies, insertion in a protected work field,

Corresponding Address:

*Amelia FARNESE*  
Roma street, n. 352,  
Pomigliano D'Arco  
(Napoli), 80038, Italy  
e-mail: ameliafarnese@libero.it

се вклучуваат во полето на заштитната работа и помагањето на семејствата на пациентите. Трудот детално ќе ги опише активностите на надворешните пациенти и полустанбените активности воспоставени од Одделот за ментално здравје во италијански град со над еден милион жители. Во некои случаи ќе бидат предложени алтернативни претпоставки за интервенција, во корелација со оние кои веќе постојат.

**Клучни зборови:** *деинституционализација, Оддел за ментално здравје, психо-социјална рехабилитација.*

### **Деинституционализацијата во Европа и во остатокот од светот**

Гофман беше првиот кој зборуваше за „потполни институции“. Според овој автор „потполната институција може да се дефинира како место на сместување и работа, каде голем број на индивидуи се одделени од пошироката јавност за одреден временски период и заедно водат затворена, формално водена етапа на живот“ (1). Зелената книга на Европската заедница тврди дека „Во процесот на реформирање на менталното здравје, неколку европски земји се отргнаа од традиционалниот модел на грижа во големите психијатриски болници“ (2). Врз основа на бавниот но прогресивен пренос на пациентите од големите, централизиран и изолирани психијатриски болници, кој се случува во западните европски земји, применети се различни мерки. Во изминатите 15–20 години, истиот процес го привлече вниманието на Централна и Источна Европа (3). Во склоп на оваа заедничка тенденција, постојат фундаментални разлики во однос на времето на појавување (4). На пример, во Грција деинституционализацијата започнала во 1980 г.. Во 1984 започна уривањето и прогресивното отпуштање на пациентите од големата психијатриска државна болница „Лерос државна болница“. Во 2000, започна програмата „Psychargos“, чија цел е затворање на останатите 9 психијатриски болници до 2015 година. Од друга страна, во Латвија, процесот започна во 1990 г. по обновувањето на независноста на државата, преку развој

and in helping the patients' families. In particular, this article will describe the outpatient activities and semi-residential activities put into action by a mental health department in an Italian city with the population of over a million people. In some cases, alternative hypotheses for intervention will be proposed in lieu of those already existent.

**Key words:** *De-institutionalization, Department of Mental Health, Rehabilitation Psycho-social*

### **The de-institutionalization in Europe and in the rest of the world**

Goffman was the first to talk about "total institutions." According to this author, "A total institution may be defined as a place of residence and work where a large number of like-situated individuals cut off from the wider society for an appreciable period of time together lead an enclosed formally administered round of life" (1). The Green Book of the European Community states that (2), "Within the process of reforming mental health, several European countries shift away from the traditional model of care in large psychiatric hospitals," (2). Therefore, the slow but progressive discharge of the patients from the large, centralized and isolated psychiatric hospitals is happening in Western European countries, though different measures are being used. In the last 15 to 20 years, such process has also caught the attention of Central and Eastern Europe (3). Within this common tendency, however, exist fundamental differences in the modalities used and when this change occurred. (4). For example, in Greece de-institutionalization began in the 1980s. In 1984 began the progressive discharge of patients from the large psychiatric state hospital "Leros State Hospital" as well as its demolition. In 2000, the program "Psychargos" began, its goal being the closure of the 9 remaining psychiatric hospitals by the year 2015. In Latvia, on the other hand, the process began in the 1990s, after the restoration of Latvian independence, through the development of out-

на сервиси за надворешни пациенти низ целата држава и во општите болници. Отпуштањето на пациентите од големите психијатриски болници исто така беше под влијание на оскудноста на социјалните сервиси. Во Шкотска процесот веќе беше започнат во 1940 г. Во 1949 г., започна првиот експеримент „Политика на отворени врати“, во болницата во Динглетон, Мелроус. Отпуштањето на психијатриските пациенти го следеше генералниот тренд на источноевропските земји, поради што не беше радикален процес како тој што настапи во Италија. Поточно, тоа е бавен процес придружен од значителен развој на општествените сервиси. Сите реформи од 60-те години во Европа предлагаа постепена елиминација на институционализацијата, преку создавање на сервисни центри, пренос на терапевтските интервенции во социјален контекст на лицата, превенција, рехабилитација и др (5-7). Како и да е, психијатриските ограничувања продолжија да постојат во многу европски земји и во САД (8). Хетерогеноста која се забележува во различните европски земји беше резултат на фактот дека деинституционализацијата е комплексен процес, под влијание на политичко-економски и социо-културни фактори, политички избори во однос на здравството и достапноста на ресурсите. Во Централна и Источна Европа, феноменот на деинституционализација е помалку видлив и покрај појавата на свеста за потребата од модифицирање на актуелните државни реформи. Во Македонија, Ристо Петров ги претстави центрите за поддршка на инвалидните лица. Во Македонија, луѓето со ментално нарушување или се затворени во централизирани болници или се оставени во доверба на нивните семејства. Од друга страна, центрите за поддршка имаа за цел да се грижат и да ги заштитуваат пациентите, како и да овозможат специјални третмани, можности за инклузија во заштитена работна средина, социјализација и реинтеграција во нивните семејства и во околината. Центрите исто така служат за спроведување на поддршка на родителите на овие пациенти, да ги организираат нивните дневни животи и да им даваат на нивните семејства улоги и задолженија (9).

patient services all over the country and within general hospitals. The discharge of the patients from the large psychiatric hospitals was also affected by the scarcity of social services. In Scotland, the process began in the late 1940s. In 1949, the first experiment was performed in an "open door policy" at the hospital in Dingleton, Melrose. The discharge of the psychiatric patients follows the general trend of the Western European countries and therefore is not a radical process as it occurred in Italy. Rather, it is a slower process that is accompanied by a significant development of community services. All of the 1960s psychiatric reforms in Europe proposed the gradual elimination of institutionalization through the creation of service centers, the transfer of the therapeutic intervention into the social context of persons, prevention and rehabilitation, etc. (5-7). However, psychiatric confinement continues to exist in many European countries and in the USA (8). The heterogeneity that is found in different European countries is due to the fact that the de-institutionalization is a complex process influenced by politico-economic and socio-cultural factors, political choices regarding health, and availability of resources. In Central and Eastern Europe, the phenomenon of de-institutionalization is less visible despite the beginning awareness of the need to modify the actual state of reform. In Macedonia, Risto Petrov introduced centers for the assistance of persons with disabilities. Mentally disturbed people in Macedonia are currently either closed-off in centralized hospitals or entrusted exclusively to their families. On the other hand, assistance centers provide cure and protection to patients as part of their mission, as well as specialized treatments, the possibility of inclusion in a protective work environment, socialization and re-integration into their family and environments around them. The centers also are to provide support to parents of these patients, organize their daily lives, and perform their family's roles and duties (9).

## Од деинституционализација до институции на локални сервиси

Под деинституционализација ние подразбираме процес кој делумно се состои од отпуштање на пациентите од големите психијатриски болници во алтернативните општествени сервиси, кои овозможуваат неопходна медицинска и психо-социјална помош. Имајќи ја предвид среќната слика на вработеност од Ласло и Стангелини во психијатријата во општината (1993) (10-11), метаморфозата на психијатрискиот систем означуваше „катастрофална промена од комплетни институции, во кои сите субјекти беа хомогено експонирани, кон една која одговара само на индивидуални потреби и која ги рефлектира овие потреби“. Во Италија деинституционализацијата започна во раните 70-ти години и доведе до законот 180 во 1978 г., кој ги поништи менталните азили (12). Реформата промовираше интерактивен однос помеѓу луѓето со ментално заболување и нивната потенцијална околина, особено со нивните семејства. Тој исто така води до прифатливост на психотичките растројства. Не се работи само за квантитативна промена која се однесува на пократко време на затворање, туку за квалитативна промена. Всушност, одделите за ментално здравје вообичаено се помали, попристапни и поинтегрирани во нормалниот округ на социо-здравствените сервиси, на начин на кој никогаш не беа душевните болници. Како резултат на тоа се промени односот помеѓу луѓето и сервисите, притисокот од пациентите и нивните семејства врз сервисите не само што се зголеми туку се забележаа и понапредни барања. Тие не очекуваа само општествените сервиси да ги земат членовите на семејствата под нивна одговорност туку и да ги лекуваат и рехабилитираат (13,14). Мултидисциплинарниот персонал од психолози, психијатари и социјални работници не се справуваат само со лекување на пациентите со психолошка и фармаколошка терапија, туку исто така во соработка со други институционални структури, обезбедуваат социјална рехабилитација и воведување на пациентот во заштитена работна средина. Понатаму, Одделите за ментално здравје предвидуваат постое-

## From de-institutionalization to the institution of local services

By de-institutionalization, we refer to the process that consists partly of the discharge of patients from the large psychiatric hospitals to the alternative community services that provide the necessary medical and psycho-social assistance. Reconsidering the happy image employed by Laszlo and Stanghellini in *Psychiatry in the Community* (1993) (10-11), the metamorphosis of the psychiatric system signifies: “A catastrophic change from a total institution in which all subjects were homogenously exposed towards one that responds only upon an individual's needs, that reflects upon these needs.” In Italy, de-institutionalization began in the early 1970s and led to Law 180 of 1978 which abolished mental asylums (12). The reform promoted an interactive relationship between people with mental disease and their potential environment, especially within their families. It also led to an open-mindedness regarding psychotic disturbances. It is not simply about a quantitative change that pertains to shorter confinement time, but qualitative change as well. In fact, the Mental Health Departments across the Italian territory are usually smaller, more accessible and more integrated in the normal circuit of the socio-health services in such a way that mental asylums never were. As a result, the relationship between the people and the services has changed, so that pressure exerted by the patients and their families on these structures are not only greater, but it can be observed that their demands have also become more evolved. They do not simply expect that community services take the custody of their family member in need, but are also expected to work on curing and rehabilitation (13-14). Multidisciplinary staff of psychologists, psychiatrists, and social workers deal not only with curing the patient through psychological and pharmacological therapy, but also deal with promoting the patient's social rehabilitation and insertion in a protected work environment, in collaboration with other institutional structures. Furthermore, these Mental Health Departments predict the existence of semi-residential structures in which

ње на полусместувачки структури во кои субјектите ќе може да спроведуваат терапевтски/рехабилитациони активности во текот на денот. Исто така од одделот се предвидени и сместувачки структури, кои ќе спроведуваат рехабилитација 24 часови во текот на денот. Одделите за ментално здравје исто така обезбедуваат директни интервенции во семејствата на психијатриските пациенти. Во контекстот на семејствата, социјалната околина за индивидуите е поважна и во согласност со многу студии, детерминирани се долготрајни резултати на сериозни ментални растројства (15). Многу документи предлагаат дека семејните интеракции имаат значителна корелација со прогресијата на психопатологијата и со прогнозата на психијатриските растројства (16-19).

## Оддел за Ментално Здравје

### Претпоставка

Во делот што следува ќе биде даден детален опис на активностите на надворешните и сместувачките пациенти, овозможени од Одделот за ментално здравје во склад со здравствената реформа, а се во корист на психијатриските пациенти и нивните семејства. Подетално, ќе биде презентираан опис на мултидисциплинарни активности, поткрепени со клинички примероци, спроведени од Оддел за ментално здравје во италијански град со над еден милион жители.

### Активности на надворешните пациенти при Одделот за ментално здравје

Активностите на надворешните пациенти од Одделот за ментално здравје, се спроведуваат во структура наречена Центар за ментално здравје. Услуги кои се обезбедени на ниво на надворешни пациенти се: прифаќање на барања и примарна евалуација на пациентот; овозможување на терапевтски интервенции на услуга на пациентот и неговото семејство; психолошки и психотерапевтски третман; психијатриски третман; домашна интервенција; ургентни интервенции во соработка со болничкиот ургентен оддел. Центарот за ментално здравје е насочен кон препознавање на проблемите на луѓето, групите

the subject could carry out therapeutic/rehabilitative activities during the day. Residential structures that take in patients for 24 hours in order to carry out rehabilitation are also decided on by the departments. The Mental Health Departments also provide direct interventions to the families of psychiatric patients. In a family context, the social environment of the individuals is more important and, according to many studies, determine the long-term outcomes of grave mental disturbances (15). Much literature suggests that family interactions have a significant correlation with the progression of psychopathology and with the prognosis of the psychiatric disturbance, respectively. (16-19).

## The Mental Health Department

### Premise

In what follows, detailed descriptions are outlined about out-patient and residential activities in favor of psychiatric patients and their families as performed by Mental Health Departments across Italy after the health reform. Particularly, a description of multidisciplinary activities carried out by a specific Mental Health Department in an Italian city with over a million inhabitants will be presented and supported by clinical examples.

### Out-patient activities of the Mental Health Department

Out-patient activities of the Mental Health Department are carried out by a structure called the Daytime Center. Services guaranteed on an out-patient level are: acceptance of requests and primary evaluation of the patient; therapeutic interventions to the patient's favor and to his or her family's; psychological and psychotherapeutic treatment; psychiatric treatment; home interventions; and emergency interventions in collaboration with the hospital emergency department. The Daytime Center is geared toward recognizing the problems of people or of groups, the contexts in which they belong, while carefully listening to and not

пите, контекстот на кој припаѓаат, барањата на клиентите внимателно се слушаат и никогаш не се земаат за сигурни. За психијатриските пациенти кои прв пат доаѓаат во сервисот, се спроведуваат две или три средби (во зависност од пациентот) со психологот или психијатарот, кои работат во структурата. Овие прелиминарни средби се наменети за собирање на податоци за историјата на пациентот, за да обезбедат примарна евалуација на случајот и на крај да дојдат до работна дијагноза. На крајот од средбите клиничарот ќе го дискутира случајот на состанок на кој ќе бидат присутни сите стручни лица од здравствената сервисна структура: психолози, психијатари, социјални работници, психијатриски координатори и медицински сестри. Во текот на состаноците, различни стручни лица ќе одлучат која интервенција е најсоодветна за пациентот. Главната цел е да се обезбедат и психолошка и социјална рехабилитација, со посредство на мултидисциплинарни интервенции овозможени од низа на стручни лица. Покрај тоа што интервенциите се фокусирани врз психијатриските пациенти, исто така креирани се активности за семејствата на пациентите. Средбите со семејствата се со цел за нивно вклучување во процесот на терапијата и обезбедување на поддршка, како што и се преведува деинституционализацијата, како поголема одговорност во делот на семејството. Уште поважно, луѓето околу пациентот стануваат извор од кој се црпат трансформативните промени (20). Всушност, континуирани средби на групите со семејствата на психијатриските пациенти, се спроведуваат во Центарот за ментално здравје во италијански град со над еден милион жители. Такви средби се случуваат два пати месечно, секој четврток во 17:00, со траење од 2 часа, во собите на надворешните пациенти во Одделот за ментално здравје. Членови во групите се семејствата, најчесто родителите на пациентите и двајца психолози. Честопати психолозите влегуваат како опсерватори. Групата составена од семејства не е затворена група и во секој момент спроведувачот или друг вработен во Одделот за ментално здравје може да одлучи да претстави нови членови.

taking for granted the requests of clients. For a psychiatric patient who enters the service for the first time, two or three meetings (depending on the patient) with a psychologist or a psychiatrist working in the Center are provided. These preliminary encounters are aimed at collecting data on the patient's history to provide a primary evaluation of the case in order to eventually come to a working diagnosis. At the end of the meetings, the clinician will discuss the case in meetings where all the professionals of the health service structure are present: psychologists, psychiatrists, social workers, psychiatric coordinators, and nurses. In the course of the meetings the different professionals will decide on the intervention most suitable for the patient. The main goal is to provide both a psychological and social rehabilitation by multidisciplinary interventions put together by a range of professionals. Besides the interventions focusing on psychiatric patients, activities are also created for the patient's families. Meetings with the families are aimed at involving them in the process of therapy as well as providing support, as de-institutionalization translates to a heavier responsibility on the part of the families. More importantly, the people near the patient become the source from which to draw transformative change. (20). In particular, a continuous meeting of a groups with families of psychiatric patients are carried out in a Mental Health Department in an Italian city with over a million inhabitants. Such meetings take place twice a month, every Thursday at 5 pm for 2 hours, in a room at the out-patient clinic of the said Mental Health Department. Participants of the groups are families, mostly parents, of the patients, two psychologists, and often psychology interns are present as observers. The group composed of families is not a closed group and at any moment the conductors or the other operators employed by the Department may decide to introduce new members.

**Примерок на семејна група**

01/02/2008 време: 17:00

Пет од осумте семејства кои учествуваат беа присутни во групата. Покрај семејствата и двајцата психолози спроведувачи, присутни беа и двајца стажисти како опсерватори. Првата која зборуваше беше мајката на B<sup>1</sup>. Жената го започна својот говор со сладок и тивок глас, кажувајќи приказна за нешто што се случило во изминатите денови. Таа и B. требале да се состанат и да отидат во бројни јавни канцеларии за да завршат некои обврски. B. на состанокот отишол во работната облека (портокалова униформа), а мајката го советува дека тоа е несоодветен начин да се претстави себеси во тој контекст и тогаш обраќајќи се на останатите членови на семејствата кажа: „тој тоа го направи со цел да ме посрамоти“. Таа исто така инсистираше на тоа додека кажуваше други приказни во кои би ја поставил во компромитирачка ситуација. Нејзините приказни започнаа од адолесценцијата на B. Таа кажа: „B. се однесуваше чудно“. На пример кога ќе дојдат гости кај нас тој се прави за да ме посрамоти. За време на оброците цитира чудни стихови, им фрла јадење на гостите, во некои случаи дури и си ја соблекуваше облеката. Во текот на изминатите години, неговите провокации станаа прикриени, како облекување на соодветен начин, но јас сè уште ги забележував. Потоа жената продолжи кажувајќи дека следниот ден по нивниот прв состанок, тие повторно се сретнале за да про-

**Example of a family group**

01/02/2008 time: 17:00

Five of the eight participating families were present in the group. Apart from the families and the two conducting psychologists, two interns were also present as observers. The first one to speak was the mother of B<sup>1</sup>. The woman began her speech with a sweet and calm voice, telling the story of something that happened days before. She and B met to run some errands at a number of public offices. B went to the appointment still dressed in his work clothes (an orange uniform) and the mother called him out on it, insisting that it was an inappropriate way to present himself in that context. Then, turning to the other members of the family said, "He does it on purpose to embarrass me." She also insisted on this while telling other stories in which B put her in a compromising position. Her stories began from B's adolescence. She said, "B behaved strangely. For example, when guests came over to our home, he did everything to embarrass me. During meals he recited strange verses, threw food at the guests, in some cases he even took his clothes off. During the following years, his provocations became more covert, like dressing himself in an odd way, but I still noticed them." The woman continued, saying that the day following their first appointment

<sup>1</sup> Моментално B. е стар 40 години, третиран во Центарот за ментално здравје од неговата 18 година, како резултат на дијагноза шизофренија, со медицинска и психолошка терапија. Земајќи ги предвид анамнестичките податоци, собрани во клиничкото досие, испаѓа дека B. бил мирно и срамежливо дете, со неколку пријатели. За време на адолесценцијата со предност на неговата физичка сила, почнал да го малтретира неговиот одделенски раководител, проследено со лошо однесување дома. Првиот прием во Сервисот за дијагноза и третман биле кога имал 18 години. Од тогаш се до 30 години тој бил затворен 3 пати. Од 30-тата година почнал да го посетува Дневниот згрижувачки центар, бил вклучен во рехабилитативна програма и добил работа во предградието на Рим, каде и сега работи. Тој е горд на својата работа и е позитивно интегриран со другите пациенти од Дневниот центар.

<sup>1</sup> Currently B is 40 years old, treated through medical and psychological therapy at the Mental Health Department since he was 18, due to a diagnosis of schizophrenia. Considering the anamnestic data collected in his clinical record, it comes out that B was a quiet and shy child, with few friends. During his adolescence he began taking advantage of his physical strength, annoying his classmates, and this along with having bad behaviour at home. The first confinement at the Department for diagnosis and treatment happened when B was 18. Since then, until the age of 30, B was confined three more times. At age 30 he began to attend the Daytime Center and was included in a rehabilitation program. He got a job at the underground in Rome which he still holds. He seems to be proud of his job and also seems to be positively integrated with the other patients at the Daytime Center.

должат со турнејата. Овој пат Б. дошол со работната маица, но работните панталони ги заменил со фармерки. Мајката побеснето и силно го навредувала синот, вербално го нападнала и си заминала. Мајката на Б., вртејќи се кон еден од двата психолога, со насолзени очи, кажа: „Јас бев исплашена, јас бев повторно исплашена“. Мајката на Б. кажа дека почнувајќи од неговата адолесценција таа морала да поминува низ понижување и исто така со својата ќерка биле жртви на неговото насилство. Во таа насока, психологот на кој претходно мајката се обрати, интервенираше, инсистирачки истакнувајќи го фактот дека оваа епизода нема никаква врска со претходната, за која жената зборуваше, овој пат беше поврзано со дискусијата помеѓу мајката и синот, а агесијата на Б., земајќи ги предвид и поранешните епизоди, не може да се нарече со тоа име и веројатно е реакција на критиките од страна на мајката, за кои Б. смета дека не се коректни во однос на него. Всушност, Б. беше еден од неколкуте пациенти на Дневниот центар, кој беше способен да најде и да задржи вистинска работа, за која беше многу горд. Можеби, фактот што тој се појавил во неговата работна униформа, продолжува психологот, може да се интерпретира како порака насочена кон мајката, сакајќи да ја покаже својата промена и напредок. Додека пак правејќи ја истата работа следниот ден, задржувајќи ја портокаловата маица и замена на работните панталони со фармерки, може да се интерпретира како негов обид за правење на компромис, помеѓу себе и мајка му. Тоа нема никаква поврзаност со неговото насилство од минатото. Мајката на Б. се насмевна, нишкајќи ја главата со согласување. Помина еден час од почнувањето на сесијата и еден од психолозите ја замоли жената да продолжи со својата приказна следната сесија. Откако се поздравија средбата заврши.

Во случајот на мајката на Б. срамот е исход, кој е директно поврзан со „криење на болеста“ од надворешниот свет. За мајката на Б., фактот што тој се однесува на необичен начин пред гостите и се облекува ексцентрично, претставува покажување на неговото

*they had to meet again to continue their tour of the offices. This time B was dressed in his uniform shirt, but changed from his work pants to a pair of jeans. The mother was infuriated and hurled insults at her son, assaulting him verbally then walking away. B's mother, turning to one of the two psychologists with eyes filled with tears said, "I was scared, I was scared again." B's mother said that from B's adolescence onwards, besides being humiliated, she and her daughter were also victims of B's violence. At this point, the psychologist whom the woman had previously turned to talk to intervened by underlining insistently the fact that this episode had nothing to do with the aforementioned episodes and that this time it was about a discussion between mother and son. B's aggression, considering that even in the earlier episodes it couldn't really have been called such, was probably a reaction to a criticism made by the mother that probably seemed unfair to him. In fact, B was one of the few patients of the Daytime Center who was able to find and keep a real job, of which he was very proud. Perhaps, continued the psychologist, the fact that he showed up in his work uniform could be interpreted as a message directed towards the mother regarding his change, of his progress. Besides doing the same thing the next day, putting on jeans instead of work pants while still wearing the orange work shirt could be interpreted as his effort to make a compromise and meet his mother halfway. It had nothing to do with his excessive violence in the past. B's mother smiled, nodding her head in agreement. An hour passed since the beginning of the session and one of the psychologists asked the woman to continue her story the next session. Afterward, they told each other goodbye and the meeting was over.*

In the case of B's mother, shame seemed to be an issue strictly related to "hiding the sickness"



растројство пред светот и тоа за неа беше неприфатливо. Заболувањето треба да биде скриено, прикриено со „цивилно облекување“. Стигмата е често присутна во претставувањето на заболувањето на детето од страна на родителите. Здравствената реформа, после законскиот акт 180, води до затворање на менталните азили и интеграција на ментално болните во околината, овозможувајќи различни перспективи без разлика на менталната болест. Сега семејствата се субјекти кои ги поднесуваат двете, објективните (директни и индиректни вредности на заболувањето, економски трошоци, потребата за често менување на куката, часови на загубена работа, особено за жените, потребата за одрекување од работата или напредувањето во кариерата, времето поминато во помагање, пролонгираната зависност на детето, вредноста на цивилниот и казнениот процес) и субјективните последици (подоцнежнo индивидуално страдање и жалење за нивниот посакуван и прекрасен син, кој е многу различен од реалниот, анксиозност, фрустрација поради неможност за планирање на иднината, вина, срам и др. За многу години, одбранбената стратегија против менталната болест, надвлада над неговата одбрана (21). Од таа причина, со текот на времето, се развиле мерки за зачувување на дневниот мир на „нормални“ луѓе од нападот на „темните сили“. Психијатриските болници се развија во текот на Доцната англиска ера, со цел да обезбедат адекватна и специфична грижа за луѓето разболени со ментално заболување, се трансформирале во инструмент за контрола и исклучување. Легислативните иновации инаугурирани од психијатриските и здравствените реформи од 1978 г. во Италија, доведоа до значителни институционални промени, кои ќе направат релевантни социјални импликации. Потребата за лекување на менталното заболување се врати на тоа што беше во периодот пред неколку векови, во кои одбраната и старателството на лудилото беше посакувана стратегија. Како и да е, тоа не значеше дека истерувачките тенденции кон лудилото мора да го прекинат и дека мора да го запрат експериментирањето на социјалното влијание на стравот од различното и патењето кое се раѓа од фантазиите и стравовите

from the external world. To B's mother, the fact that he behaved in an odd way in front of the guests or dressed in an "eccentric" manner meant that her son's disturbance was being revealed to the world and this was unacceptable to her. The disease had to be hidden, disguised with "civil clothing." Stigma is often present in the parent's representation of their child's disease. After the enactment of Law 180, the health reform led to the abolishment of mental asylums and to the integration of the mentally ill to the local community, allowing for different perspectives regarding mental illness. Now families are subject to burdens both objective (direct and indirect cost of the disease, economic expenses, the need to frequently change houses, the hours of work lost, the need to renounce to work or to the advancement in career especially for women, the time allocated in assistance, the prolonged dependence of the child, and the costs of civil and penal processes) and subjective (the individual suffering for the "mourning" of a desired and wonderful son who is very different from the real one, the anxiety, the frustration, the impossibility of planning a future, the guilt, the shame, etc.). For many years, using a defensive strategy against the mentally ill prevailed, rather than using a strategy of defense on their behalf (21). For this reason, throughout time, measures of restraint aimed at keeping the daily peace of "normal" people from the attack of the "dark force" of mental illness has been developed. Psychiatric hospitals, emerging during the Late Enlightenment era with the goal of guaranteeing an adequate and specific cure for people affected by mental illness, were transformed into an instrument of control and exclusion. The legislative innovations inaugurated by the psychiatric and health reform of the late 1970s in Italy led to a substantial institutional change, producing relevant social implications such as taking removing the focus from fear and necessitation of confinement as it was in the past centuries and moving the focus towards therapy. Another theme emerging from this group meeting was a

за справување со болеста на менталниот пациент. Друга тема која произлезе од овој групен состанок, е разочарувањето во потребата за соочување со реалноста, која не кореспондира со очекувањата за нивното дете. Мајката на Б. би сакала нормално дете и за неа не било доволно тоа што Б. работел, туку таа исто така би сакала да е убаво облечен, послушен, да се смее и да биде учтив. Во клиничката пракса спроведувачите лесно може да се разидуваат со родителите, бидејќи тие не се задоволни со напредокот и секогаш бараат повеќе да интервенираат со цел да ги нормализираат, регулираат, да го коригираат однесувањето и мислите на пациентите кои се очигледно нарушени. Бадаракко (22) кажал: „Ние систематично сведочиме дека вистинските болни теми кои предизвикуваат интензивно психичко страдање остануваат потиснати во поделената несвесност, покрити или маскирани со силни одбранбени механизми, кои одржуваат „лажно јас“, кое е многу себе-уништувачко со почит кон потенцијалните разумни компоненти. Истиот автор продолжува, „во овие случаи терапевтската функција се состои од создавање на поднебје со потребна психолошка безбедност, така што секој пациент или секоја група наоѓа момент за изразување на неговата приказна“. Во таа смисла, проблемот е евидентирање, споделување и засилување на здравствените потенцијали на пациентот, со зборови на Барбадоко, тоа со секој изминат ден поминува незабележано од родителите, кои го игнорираат, не го гледаат или го омаловажуваат, бидејќи се заслепени од нивната болка, гнев, нивното страдање и од манифестацијата на патологијата. Истото тоа спроведувачот сакаше да го направи со мајката на Б., обидувајќи се да го осветли напредокот и постигнувањата на пациентот кој многу жртвувал. (Б. беше еден од неколкуте пациенти на Дневниот центар кој беше способен да најде и да задржи реална работа). Исто така психологот се обиде да ја потенцира одлучувачката улога на односите, а не на однесувањето на единствена личност (агресијата на Б. веројатно беше реакција на критиките направени од мајката, кои му изгледале неправилно на него).

parent's disappointment in the face of a reality that does not correspond with the expectations regarding his or her child. B's mother would have wanted a normal child. To her it was not enough that B worked, she also wanted him to be well-dressed, obedient, smiling, and polite. In clinical practice, conductors can easily collude with the parents because they are not content with the child's progress but are always ready to ask more. Intervening in order to normalize, regularize, correct behaviors and thoughts of the patients that are apparently distorted. Badaracco (22) said: "We systematically witnessed that the really painful themes that caused intense psychic suffering remain submerged in a split unconscious, covered or masked by powerful and defense mechanisms that maintain a 'false self' that is very self-destructive with respect to the potential saner components." The same author continues, "(...) in these cases the therapeutic function consists of the creation of a climate of psychological security needed so that each patient or each group finds the 'moment' for expressing his story." At this point, the problem is to put into evidence, share, and strengthen that "healthy potential" of the patient, in Badaracco's words, that with each passing day goes unnoticed by the parents who ignore it, do not see or undervalue it, because they are blinded by their pain, their rage, their suffering and by the manifestations of the pathology. And this was what the conductor of the meeting seemed to do with B's mother, in trying to highlight the patient's progress and accomplishments, which took a lot of sacrifice (B was one of the few patients at the Daytime Center who was able to find and maintain a real job). Also, the psychologist tried to underline the determining role of relationships and not just a single person in the behavior (B's aggression was probably a reaction to a criticism made by the mother that probably seemed unjust to him).

## Полусместувачки активности

Одделот за ментално здравје креирал и полусместувачки структури, наречени дневни центри, наменети за помагање на психијатриските пациенти. Дневните центри ги прифаќаат пациентите во текот на денот и изведуваат индивидуализирани проекти од терапевтски или рехабилитативен тип. Тие исто така претставуваат соодветна помош на семејствата на психијатриските пациенти, кои пак по затворањето на душевните болници, се здобија со зголемена одговорност во грижата за пациентот. Пациентот е поканет во дневниот центар од терапевтскиот персонал одговорен за нив, во надворешната клиника на Менталниот здравствен центар. Дневниот центар е полусместувачка психијатриска структура, која прифаќа пациенти со потреба од здравствена грижа во текот на денот, која пак е терапевтска и рехабилитативна со средна и долготрајна програма. Настојува да го спречи и контролира болничкото затворање на ментално растроените пациенти, да промовира индивидуализирани, рехабилитативни и ресоцијализирачки програми, како и тие кои се интегрирани во хомогени групи на пациенти, да ја поддржат интеграцијата во училиште, на работа, со различни нивоа на заштита. Нивните договори со пациентите со психопатологија е многу различен, вклучувајќи исцрпна рехабилитација. Подетално, ние известуваме за дневен центар во густо населен италијански град. Во склоп на дневниот центар се вклучени активности од информатика, градинарство, уметност, фотографија и музика. Различни активности се распределени во текот на неделата со точно одреден ден и саати. Се почитува барањето на пациентот. Некои лаборатории имаат и терапевтски и функционални цели, кои се обидуваат да го вметнат пациентот во работната сила, благодарение на контактот на структурите со секторските соработници. Всушност во февруари 1999 г., италијанскиот парламент донесе реформа во законот за задолжително вработување „наменет за попречените“. Членот 2 од законот ги дефинира целните вработувања како серии на технички инструменти и поддршка кои овозможуваат адекватна проценка на инвалидни-

## Semi-residential Activities

The Mental Health Department created the semi-residential structure called the Daytime Center in order to help psychiatric patients. The Daytime Center accepts patients during the day and carries out individualized projects of the therapeutic and/or rehabilitative type. It also represents valid assistance to the families of psychiatric patients who, after the abolition of mental hospitals, experienced an increased responsibility in the care of the patient. The patient is invited to the Daytime Center by the therapy staff in charge of them in the outpatient clinic of the Mental Health Center. The Daytime Center is a semi-residential psychiatric structure that hosts patients that need health care during the day that is both therapeutic and rehabilitative, in both moderate and long-term programs. It aims to prevent and control the hospitalization of mentally disturbed patients, to promote individualized rehabilitative and re-socializing programs as well as those integrated in homogenous groups of patients, to support integration in school, and work with different levels of protection. It deals with patients with a very differentiated psychopathology necessitating a particular type of rehabilitation. Specifically, we refer to a Daytime Center of a populous Italian city. Within the said Daytime Center, activities include informatics, gardening, art, photography, and music. The different activities are distributed throughout the week with fixed days and hours. The adherence of patients is optional. Such laboratories have both therapeutic and functional goals that try to insert the patient into the workforce, thanks to the structure's contact with the sectors cooperatives. As a matter of fact, in February of 1999, the Italian parliament approved a reform law regarding the obligatory employment "aimed at the disabled." Article 2 of the law defines targeted employment as "the series of technical instruments and support that allow the adequate evaluation of disabled people in their capacity to work and to assign them to the

те лица за нивниот капацитет за работа и ги поставуваат на соодветни места, преку анализи на работното место, видот на поддршка, позитивно дејство и решение на проблемите поврзани со околината, инструментите и интерперсоналните односи на секојдневно-то работно место (23). Различни и прилагодени инструменти се применуваат за клиничката состојба на пациентот, во неговата персонална историја и во неговиот животен проект. Таквите инструменти може да бидат поделени во три категории: опсервирачки инструменти кои му дозволуваат на операторот да експериментира со пациентот на работното место, со едноставна цел: „опсервирај за да разбереш“. Постојат инструменти кои се креирани од искуствата на професионалниот тренинг и најчесто се нарекуваат „друштвен стадиум“ или „партнерство“, додека кога започнуваат од социо-здравствени-те сервиси, вообичаено се дефинираат како „ситуационен тренинг“. Исто така постојат инструменти кои ја олеснуваат работата. Целта им е на ментално болните пациенти да им овозможат стабилна работа. Вообичаено, инструментите се наменети за луѓе кои го искусиле тренингот и се во состојба да бидат продуктивни во краток временски период. Најчесто применуван инструмент во овој сектор е „спонзорирана работа“. Најпосле, инструментите кои ја олеснуваат социјалната помош склучена со луѓето, и покрај високата придобивка од вклучувањето во работата, тие не се способни да достигнат ниво на продуктивност која ќе им овозможи потполно вработување. Вклучувањето во работата со социо-помагачките инструменти е начин за постигнување на стабилност на работната сила, што не е само цел на окупацијата, туку исто така и на себе-реализацијата преку работа. Овие инструменти се применуваат од дневниот центар во нивната психијатриска рехабилитациона програма (23).

### ***Уметничка лабораторија***

Секој вторник и петок од 10:00 часот наутро до 12:30 се одржува курсот за уметност. Во оваа иницијатива се вклучени 15 пациенти од дневниот центар. Лабораторијата се состои од креативно обновување на предмети,

appropriate place, through analyses of the workplace, types of support, positive actions and solutions to problems related to the environment, the instruments and the interpersonal relationships at the everyday workplace" (23). Diversified and calibrated instruments are utilized for the clinical conditions of the subject, in his personal history and in his life project. Such instruments can be divided into three categories: observational instruments that allow the operator to experiment with the patient in the workplace with simple the goal of "observing to understand." There are instruments that are created from the experiences of professional training, and are usually called "company stage" or "internship," while when they begin from socio-health services they are normally defined as "situational training." There are also instruments that facilitate work. The aim is to allow patients who are mentally ill to have a stable job. Usually, instruments are aimed at people who have already undergone training and are in a condition to be productive within a short period of time. The instrument that is most frequently used in this sector is "sponsored work." Lastly, instruments that facilitate socio-assistance deal mostly with people, despite highly benefitting from work insertion, are not able to reach a level of production that leads to their full employment. The work insertion with social assistance instruments is therefore a way of achieving stability in the workforce that does not simply aim for occupation but also self-realization through work. These instruments are used by the Daytime Center in their psychiatric rehabilitation program (23).

### ***Laboratory of art creation***

Every Tuesday and Thursday from 10 am to 12 pm, an art course is held. Around 15 patients from the Daytime Center are a part of this initiative. The laboratory consists of creative restoration of objects and small furniture, and in

мал мебел и креацијата на композициите, типично за италијанските прослави, како што се Божиќ, Велигден и Св. Валентин. Потоа креациите се продаваат во повремено организирани маркети од центарот, во јавни или приватни структури, кои придонесуваат за иницијативата. Лабораторијата за уметничка преработка е типичен пример на инструмент за социјална помош, со целна психијатриска рехабилитација.

### ***Градинарска лабораторија***

Секој понеделник и среда од 09:30 часот наутро до 11:00 часот, се одржува курс за градинарство со шест учесници. Лабораторијата се наоѓа во градина во близина на дневниот центар и се состои од учење на учесниците на основните елементи на градинарството. Секоја година, најдобрите учесници се земаат во кооперативи, под локална управа. Во некои случаи, учесниците учествуваат во Работни програми, организирани од Управата на Рим, која нуди работа на победниците на натпреварот, како градинари во јавните паркови на градот.

Клиентите на дневниот центар, по изведување на нивните активности, по конзумирањето на ручекот во кафетеријата во центарот и по земањето на лекаствата сите заедно се сретнуваат во собата за релаксација, соба со три огромни кревети. Таму се одржуваат средбите на клиентите на дневниот центар. Спроведувачот на групата е психолог и раководител на дневниот центар, но исто така може да помагаат и други интерни психијатриски координатори, медицински сестри и психолози. Средбите на групите даваат можност за дискутирање и опсервирање на однесувањето на членовите на групата. Пациентот преку групата, има чувство на припадност и важност. Тој може да открие дека не е сам и дека може да научи многу за себе.

### ***Заклучок***

Се до појавата на психијатриската реформа од 1978 година, италијанската психијатрија, како и остатокот од светот, беше опфатена со стогодишната парадигма на менталните азили. Во однос на парадигмата за ментал-

the creation of compositions typical of the major Italian holidays such as Christmas, Easter, and Valentine's Day. The creations are then sold in flea markets organized periodically by the Center at public and/or private structures and contributions go to the initiative. The laboratory of the art of recovery is a typical example of an instrument of social assistance aiming toward psychiatric rehabilitation.

### ***Laboratory of gardening***

Every Monday and Wednesday from 9:30 to 11 am, courses on gardening are given with six participants. The laboratory is in the garden near the Daytime Center and consists of teaching the basic elements of gardening. Every year the best participants are taken into the cooperative in charge of urban beautification projects. In some cases, the participants take part in a Labor Program organized by the Municipality of Rome that offers work to the winners of the contest as gardeners of public parks in the city.

The clients of the Daytime Center, after having carried out their activities, after having eaten lunch at the cafeteria of the center, and after having taken their medications, meet all together at the relaxation room, a room with three huge couches. There, meetings for clients of the Daytime Center take place. The conductor of the group is the psychologist and head of the Daytime Center, and other psychiatric coordinators, nurses, and psychology interns can also assist. The group meetings offer the possibility to discuss and observe the behavior of other members of the group. The patient, through the group, feels a sense of belonging and importance. He or she may discover that he or she is not alone and may learn many things about him or herself.

### ***Conclusion***

Until the advent of the Psychiatric Reform of 1978, Italian psychiatry, as in the rest of the world, was dominated by the secular mental asylum paradigm. The paradigm of the mental asylum, which brings to mind Thomas Kuhn's

ните азили треба да се потсетиме на работата на Томас Кун, во која тој дава мултидимензионална дефиниција на парадигмата. Со децении тоа претставуваше единствен модел на психијатриска помош, единствен метод за употреба. Постојат многу причини за тоа: културни, технички и социјални. Поточно, кризата на менталните азили како модел на психијатриска помош и идејата дека потполната институционализација е добра за сите ситуации, започнала многу порано отколку појавата на така нареченото Базаглија право. Прогресивното прифаќање на динамичката визија на менталните случувања, радикалните промени во општеството во однос на светта за нивните права во модерна и демократска држава, појавата на психо-фармацевтски продукти кои радикално го променија еволутивното сценарио, како и клиничката презентација на растројствата, се сите кофактори за затворањето на менталните азили и конструкцијата на нов модел на помош, кој локалната територија ја гледа како центар за психијатриски операции (24). Треба да се забележи дека ако многу од повеќето радикални позиции манифестирани во минатото од така нареченото анти-психијатриско движење сега се рудиментирани, тоа што движењето го остава е иновативниот концепт на помош кој е сфатен и организиран како мрежни сервиси. Ова не е простор за дискутирање на модалитетите на праксата на некои нови перспективи или на неизбежните разлики во квалитетот на обезбедените сервиси. Тоа што треба да биде потенцирано е промената од психијатријата која ги посочува менталните болници како единствена солидаријација на психијатријата, во која болниот се смета за лице со комплексни проблеми и комплексни одговори (25). Од овие претпоставки изнесени во член од правото во 1978 година, концептот и праксата на мрежата на сервиси се родени, во кои елементот на хоспитализација станува еден од незадолжителните чекори за соочување со проблемот на решавање на психијатриското растројство; со прогресивна ревизија на благосостојбата, која ги обединува јавните и приватните во еден систем, кој нуди специфични сервиси, се подобро организирани и распределени во

work in which he provided a multi-dimensional definition to the term paradigm. For decades, he represented the only model shared by psychiatric assistance, the only method to use. There are many reasons for this: cultural, technical, and social. Certainly, the crisis of the mental asylum model of psychiatric assistance and the idea of a total institution that is good for all situations began much earlier than the advent of the so-called Basaglia Law. The progressive acceptance of a dynamic view of mental illness combined with the change in laws regarding disabled people's rights and how psycho-pharmaceutical products are used have contributed to the abolition of mental asylums and the construction of a new model of assistance that views the local territory as a center for psychiatric operations. (24). It should be noted that, if many of the more radical positions expressed in the past by the so-called anti-psychiatry movement are now obsolete, what the movement did leave is the innovative concept of assistance that is read and organized as a network of services. This is not the place to discuss modalities of practice of such a new perspective or of the inevitable disparities in the quality of services provided. What should be highlighted is the change from a psychiatry that regarded the mental hospital as the only solution to a psychiatry of difference, in which the sick are regarded as persons with complex problems and complex responses (25). From these premises addressed by the article on the 1978 Law, the concept and practice of a network of services is born, in which the element of hospitalization becomes one of the non-obligatory steps with which to face the

согласност со потребите на пациентот отколку ригидните модели (26). Во полето на медицината, ниту една специјалност нема таква комплексна организација како сервисите. Како резултат на природната мултимодалност на проблемите на нашите пациенти, мрежата на психијатријата стана единство на различни помагачки структури, кои одат од заштита од болничко затворање (клинички универзитети и психијатриски сервиси на дијагноза и лекување) до локална надворешна организација, поминувајќи преку мноштво на интермедијарни структури, од дневни болници до јавни и приватни терапевтски организации, заедно со социјални сервиси од локалните власти, кои се вклучени во грижата за пациентот, зголемувањето на светот на социјално волонтирање, кое често се бара за да се справи со комплексни помошни проблеми. Локалниот сервис е социјално променлива структура која ја поддржува конкретната трансформација на социјалното ниво на институциите, во администрацијата и општеството.

#### *Литература / References*

- Goffman E, Asylums. Le istituzioni totali: i meccanismi dell'esclusione e della violenza. Milano: Edizioni di comunita; 2001. p. 415-17.
- Libro Verde. Migliorare la salute mentale della popolazione. Verso una strategia sulla salute mentale per l'Unione europea. Bruxelles: 14.10.2005. COM(2005) 484 definitivo.
- Thornicrof G, Tansella M. Manuale per la riforma dei servizi di salute mentale. Roma: Il Pensiero Scientifico; 2000.
- De Martis D, Rampazi M, Sommi M, Vender S. La riforma psichiatrica: il linguaggio dei quotidiani. Milano: Franco Angeli; 1987.
- Del Pistoia L. Alla ricerca di un'immagine della follia. *Psichiatria Oggi*; XVI, n. 1, 2003.
- Damasio A. L'errore di Cartesio. Milano: Adelphi; 1995.
- Famiglie FL. Dinamiche interpersonali e processi psicosociali. Roma: NIS; 1997.
- Desjarlais R, Eisenberg L, Good B, Kleinmann A. *La Salute Mentale nel Mondo*. Bologna: Il Mulino; 1998.
- Ajdinski Lj, Petrov R. The contents of the work in daily centers that have productive activity for moderate and severely mentally retarded persons in function of the rehabilitation. *Journal of Special Education and Rehabilitation* 1998; 2(4):95-103.
- Laszlo P, Stanghellini G. La vulnerabilità e il suo impatto sui servizi. In Asioli F, Ballerini A, Berti G. Ceroni (Eds.), *Psichiatria di comunita*. Torino: Bollati Boringhieri; 1993; p 168.
- Castel R. *La gestion des risques* Paris: Ed. de Minuti; 1981.
- Basaglia F. La distruzione dell'Ospedale psichiatrico come luogo di istituzionalizzazione, in *Ann.Neurol. Psichiat.* LIX n.1,72, 1965.
- Pepper B, Ryglewicz H. (a cura di), *The Young Adult Chronic Patient*. New Directions for Mental Health Service. San Francisco: Jossey-Bass; 1982.
- Cirillo S, Selvini M, Sorrentino AM. *La terapia familiare nei servizi psichiatrici*. Milano: Raffaello Cortina editore; 2002.

15. Buzzoni A, Rosicarelli ML, Picardi A, Mudu P, Roncone R, Morosini P. A controlled clinical trial of a group intervention for relatives of patients with schizophrenia. Trieste; 2001.
16. Mc Farlane WR. Multifamily Groups in the Treatment of Severe Psychiatric Disorders. New York: Guilford Press; 2002.
17. Minuchin S. Famiglie e terapia della famiglia. Roma: Astrolabio; 1976.
18. Morachiello P, Howard. I lazzaretti da Marsiglia a Venezia. Cit. da Cosmacini G. Storia della medicina e della sanità in Italia. Roma-Bari: Laterza e Figli Spa; 1987.
19. Bortolotti B, Tonelli G, Rulli R, Giacobbe A, Merini A. Valutazione del Carico Familiare: Istituto di Psichiatria P. Ottonello, Univ. degli Studi di Bologna, C.S.M. Borgo-Reno, Az U.S.L. di Bologna; 1998.
20. Cirillo S, Selvini M, Sorrentino AM. La terapia familiare nei servizi psichiatrici. Milano: Raffaello Cortina; 2002.
21. Cazzullo CL. Attacco allo stigma. Atti del convegno La restituzione della differenza. Gallarate; 27 ottobre 1998.
22. Badaracco JEG. Psicanalisi Multifamiliare. Torino: Bollati Boringhieri; 2004, 47-9.
23. DPR 10 novembre 1999: progetto-obiettivo Tutela della salute mentale 1998-2000.
24. Cosmacini G. Storia della medicina e della sanità in Italia. Roma-Bari: Laterza e Figli Spa; 1987.
25. Carli R. Sanità ed Azienda: Riflessioni sull'organizzazione sanitaria. Prospettive psicoanalitiche nel lavoro istituzionale. *16*, 3, 326-347, 1998.
26. Carli R, Guerra G, Lancia F, Paniccia RM. L'intervento psicosociale nei Servizi di Igiene Mentale: Un'esperienza. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 75 – 95, 1984.