**Alcune riflessioni sulla attuale cultura del CSM di Termoli.**

L’dea di scrivere un contributo per il seminario di oggi nasce dalla utilità che avvertiamo di concettualizzare l’**attualità** delle **culture locali** dei contesti della salute mentale. Cercheremo di proporre alcuni spunti di riflessione a partire dall’esperienza di lavoro nei servizi della salute mentale di Termoli.

Nella relazione introduttiva al seminario del 25 gennaio, Anna Di Ninni ha ricordato una ricerca-intervento sui modelli organizzativi dei Centro di Salute Mentale italiani commissionata nel 2006 alla cattedra di Psicologia Clinica dal Ministro della Salute. In una prima fase (2006-2007) furono raccolti e analizzati 833 questionari, provenienti da 67 CSM interpellati (circa il 10% dei CSM allora operanti in Italia), equamente distribuiti tra nord, centro e sud. In una seconda fase (2007-2009), 15 CSM sono stati coinvolti in alcuni incontri di discussione delle **linee di sviluppo ipotizzate a partire dai dati emersi**. Tra questi il CSM di Termoli.

Delle **linee di sviluppo del funzionamento organizzativo** ci interessa ricordare quelle su cui gli operatori hanno più ragionato per discutere i problemi di lavoro che mettevano in crisi il funzionamento del Servizio, durante l’intervento del 2008 ed altri, da me condotti negli anni successivi:

* il superamento dell’atteggiamento valoriale che propone una lettura della malattia mentale obsoleta rispetto alla situazione economica, politica, culturale italiana e la contemporanea rinuncia a imporre un reinserimento fondato sulla colpevolizzazione del sistema sociale e del contesto familiare;
* elaborazione della crisi anomica conseguente all’obsolescenza del prestigio sociale e della missione valoriale del recente passato attraverso l’individuazione di nuovi obiettivi per il servizio costruiti a partire dall’esplorazione delle attese del cliente (paziente, famiglia e contesto di vita e di lavoro del paziente stesso).
* potenziamento delle integrazioni orizzontali tra diversità professionali anche in risposta alla profonda crisi affiliativa caratterizzante la cultura dei CSM.
* elaborazione di nuove pratiche di verifica della funzionalità del servizio ancorate alla soddisfazione delle attese del contesto.

Prima di procedere ci interessa porre in rilievo un aspetto: l’oggetto dell’interesse del nostro lavoro è la **cultura**. Specificare in questa sede che l’oggetto dell’interesse del nostro lavoro sia la dimensione simbolico affettiva dei contesti collusivamente condivisa da chi al contesto appartiene - potrebbe sembrare ovvio; ci teniamo invece a sottolineare fin da subito questo orizzonte a cui rivolgere la discussione perché quando ci troviamo a parlare dei nostri problemi di lavoro ci accorgiamo della fatica che facciamo a non *fattizzare* il contesto (la committenza, il cliente, il mandato … dei Servizi in cui lavoriamo). Ci torneremo poiché riteniamo questo ancora oggi, o soprattutto oggi, un nodo rilevante e stretto del problematico sviluppo della professione psicologica nei contesti della salute mentale.

Veniamo ad oggi: quali culture riscontriamo nei Servizi del Molise?

1. La Recovery: l’assenza di una teoria dell’intervento

Gande spazio e rilevanza viene dato al modello teorico e clinico della Recovery. In rete tanta è la letteratura su questo tema ed evidente è l’enfasi con cui se ne parla: Recovery è (citiamo) il principio del 21 secolo delle politiche internazionali sulla salute mentale; la nuova frontiera; il nuovo paradigma; la nuova fase trasformativa della salute mentale.

In cosa consiste? Quale novità comporta? Non è facile rispondere, vediamone alcune definizioni dove confluiscono, ci sembra, culture diverse e a volte contraddittorie, intuibili già a partire dalla traduzione della parola che in inglese indica contemporaneamente: ripresa, recupero, guarigione.

* Con la Recovery **non si intende perseguire l’esito del ritorno alla condizione precedente** al problema [guarigione, secondo un modello medico], quanto più di un percorso che è volto alla attivazione di risorse che permettono al soggetto di vivere in maniera piena la sua vita (Coleman, 1999).
* Con Recovery si intende un processo di cambiamento attraverso cui l’individuo migliora la propria salute e **benessere**, vive in modo “self-directed” e si impegna a vivere al meglio delle proprie potenzialità (Fabrizio Starace, direttore del DSM di Modena, direttore della Rivista di Psichiatria (citazione tratta dal dal sito del DSM).
* La Recovery consiste nel promuovere la **cittadinanza** per le fasce più svantaggiate e vulnerabili della popolazione, innalzando la loro qualità di vita, favorendo la loro autonomia ed emancipazione anche dalla dipendenza dai servizi, in modo che il concreto **esercizio dei diritti** accresca complessivamente le loro possibilità e capacità di scelta e di azione (Dell’Acqua, 2014).
* La Recovery è la nuova fase trasformativa del concetto di Salute Mentale, la fase in cui gli utenti prendono la parola. È un concetto elaborato dal **movimento dei diritti** e per la vita indipendente dei disabili che guarda alla salute come **autodeterminazione** ed **inclusione sociale** (Mario Serrano, direttore del DSM ASL 6 di Livorno, citazione tratta dal sito del DSM).
* Recovery è un processo profondamente e autenticamente personale di cambiamento dei propri valori, sentimenti, obiettivi, capacità, ruoli. È **un modo di vivere** la propria vita con soddisfazione, speranza e iniziativa, malgrado la sofferenza e le limitazioni causate dalla malattia. E implica il recupero non solo di una condizione di maggior benessere, ma piuttosto di **un nuovo senso della propria esistenza**, che possa essere fatto evolvere al di là degli effetti catastrofici della malattia mentale (Anthony, 1993).
* Recovery è un nuovo paradigma applicativo della salute mentale. Nasce in Finlandia per il trattamento della schizofrenia soprattutto sulla scia del lavoro di Jakko Seikkula (Seikkula et al. 2011). Questo nuovo modello di intervento sta riscuotendo sempre maggiori consensi in campo internazionale anche per gli **studi di controllo che ne validano i risultati: 81% di remissione dei sintomi** (Giulio Corrivetti, direttore del DSM di Salerno, dal sito del dipartimento).

Quello che capiamo, e che appare interessante, è la critica al predominio tecnologico che ha caratterizzato la psichiatria degli anni ’90, la “decade del cervello”, come la definisce Antonio Maone (DSM ASL RM/A). Scrive l’autore trattando i processi di Recovery nella salute mentale: “La psicofarmacologia è in crisi. È chiaro che un massiccio esperimento è fallito. Gli psicofarmaci attuali non riescono a “curare” i disturbi mentali, nonostante le decadi di ricerca e i miliardi di dollari investiti. (…) l’’efficacia antipsicotica è più evidente nelle sindromi acute. La mancanza di motivazione e della capacità di vivere in modo indipendente rimangono delle sfide irrisolte anche con i farmaci di ultima generazione”.

Nell’eredità della psichiatria sociale - che valorizzava il contesto sociale come luogo dell’intervento terapuetico - confluisce la cultura dell’associazionismo, della difesa dei diritti che mira a “rimettere il paziente al centro” - per dirla con il modello della Recovery - ma che rischia (questo riscontriamo lavorando nei Servizi) di proporre, invariato, un modello di potere, a parti invertite.

Senza una interpretazione [psicoanalitica, la psicoanalisi della collusione] della relazione, si assiste alla riproposizione della cultura della sacrificalità dell’operatore tipica della fase ideologica dell’istituzione dei Servizi territoriali. Più che sviluppare risorse ci si sostituisce al paziente. Lamentandosi, ovviamente.

Leggendo la letteratura attuale su questo tema ci si imbatte in una pluralità di culture tra le quali quella medica, orientata alla remissione dei sintomi e attenta alla verifica basata sulle evidenze, non è assente. D’altronde, notavamo, il termine Recovery significa anche guarigione. Antonio Maone riflette sull’ambiguità della parla e propone una disambiguazione del concetto di guarigione. Non ci addentreremo, quello che ci sembra interessante notare è che dentro la polisemia del termine Recovery – oggi - trovino spazio modelli diversi. Quella alternativa alla “decade del cervello” sembra dissolversi. Alla farmacologia subentra il cognitivismo.

Quello che ci interessa sottolineare è però un altro aspetto: la dimensione ideologica dell’obiettivo che coincide con finalità socialmente desiderabili, scontatamente condivise, non verificabili (Riprendere le parole chiave delle definizioni di Recovery: benessere, un nuovo senso dell’esistenza ..). **Manca una teoria dell’intervento.**

Prendiamo ad esempio uno degli interventi privilegiati dalla Recovery: il Gruppo di Psicoanalisi Multifamiliare (GPM). La metodologia del GPM nasce dall’esperienza di J.G. Badaracco che lo mise a punto intorno agli anni ’60 quando divenne direttore dell’Ospedale Psichiatrico di Buienos Aires, dopo aver maturato la formazione psicoanalitica in Europa. In seguito alle proteste dei parenti per la dimissione di pazienti, Badaracco decise di invitare i familiari a partecipare agIi incontri di psicoterapia di gruppo con i pazienti per parlare delle difficoltà che stavano incontrando. Badaracco potè osservare le interazioni tra figli e genitori della stessa famiglia e di famiglie diverse e le interpretò come mancato sviluppo del processo di separazione-individuazione tra figlio psicotico e genitore. Iniziò ad occuparsi delle cosiddette interdipendenze patologiche e patogene al cui interno rimangono imprigionati figli e genitori.

Oggi i Gruppi Multifamiliari (senza più la P!, guarda caso) vengono proposti in molti servizi *Recovery oriented*, ma non sempre affidati ad operatori con una formazione né psicoanalitica né psicologica. Il nesso tra obiettivo e modello teorico dell’intervento è perso. L’espressione “Fare il gruppo” (non diversamente da “fare i colloqui”) ci dice della assenza di un rapporto tra uno strumento e un obiettivo, quindi di un metodo orientato da una teoria. In assenza, il criterio dell’intervento è il buon senso, dentro i valori di riferimento dei conduttori. È evidente il rischio che si agisca una cultura familista caratterizzata cioè dall’assenza di cose terze, di obiettivi, appunto, di limiti. Dove la relazione diviene il luogo dell’agito infinito delle emozioni che caratterizzano il modo di vivere il contesto da parte di pazienti e familiari ma anche operatori. [Può essere interessante ricordare che durante le interviste di pazienti e familiari, condotte per una ricerca sulla cultura organizzativa del Centro Diurno nessuno sapeva dire cosa fosse questo gruppo, perché lo frequentava, quali aspettative avesse, quali risultati otteneva].

1. Gli interventi *evidence based*: la falsità della cultura scientista

Veniamo ad un’altra attualità dello scenario dei Servizi del Molise. Il grande dibattito pubblico intorno ai temi della Salute Mentale che ne animava la nascita - con le importanti implicazioni politiche e ideologiche che lo caratterizzavano - si è spento. Negli anni Novanta si progettavano nuove formule di intervento, si discutevano – conflittualmente - insieme ad altre professioni, c’era spazio per la sperimentazione volta a trattare nuove domande oltre quelle “garantite” dalla chiusura degli ospedali psichiatrici. Oggi questo conflitto è scomparso. Assistiamo ad una nuova egemonia del modello medico alimentato dalle neuroscienze. Tale approccio sembra voler risolvere dubbi e incertezze – quindi riflessioni, discussioni, conflitto - sostituendoli con una tecnicalità legittimità dalle cosiddette evidenze. Nei Servizi per la salute mentale, con la Evidence Based Medicine, si compie una sovrapposizione artificiosa tra psichiatria e scienze biomediche. Tale accostamento è improprio - lo sappiamo - perché nella psichiatria non sussiste lo stesso rapporto tra eziologia-prognosi-terapia della medicina.