Per un avanzamento scientifico e programmatico dei servizi di salute mentale e della cultura della "cura"

Author:
C.A. Barnà affiliation: Psicoanalista Didatta SPI

Redigo con piacere questo contributo per la “Nuova Rassegna Di Studi Psichiatrici“.
Esso vuole essere innanzitutto un saluto, un plauso ed un auspicio per questa nuova impresa di Paolo Martini e Beppe Corlito con la preziosa partecipazione di Andrea Fagiolini.
Una nuova rivista, di natura telematica, erede di una gloriosa tradizione editoriale della psichiatria senese. Sono nuovi la veste editoriale, l’organica collaborazione con l’Università e la volontà dichiarata di compiere “un cammino comune nel campo della salute mentale di comunità, attraverso un approccio e strutture integrate per consentire una continuità dell’assistenza, della sperimentazione e della ricerca clinica applicata” (Corlito, Fagiolini, Martini 2010).
Tutto ciò alla ricerca di quel “confronto culturale e scientifico documentato, necessario per fare il salto di qualità successivo alla costruzione dei nuovi Servizi di Salute Mentale” (Corlito, Fagiolini, Martini 2010). Questo numero è quindi particolarmente significativo in quanto è dedicato appunto ad una riflessione sui “servizi”.
Con questa sintetica espressione, un po’ gergale, intendiamo da sempre la continua preoccupazione e la cura per i servizi territoriali di salute mentale, un po’ come quando si dice: “ i figli! ”.
Preoccupazione antica e cura in quanto, nella nostra concezione, essi rappresentano l’articolazione più significativa per l’accoglimento e la cura del disagio mentale presente nella società, ma anche un’occasione, in parte mancata o sempre insufficiente o continuamente interrotta, per il necessario avanzamento strutturale, tecnico e culturale di questo ambito dello stato sociale.

E’ una storia antica che vorrei riferire brevemente allo scopo di inquadrare storicamente il discorso odierno assieme al sentimento che rivivo nello scrivere queste brevi note.
Sono gli anni settanta, appena usciti dall’Università: il sessantotto ha tumultuosamente aggiornato idee, valori, aspettative, progetti e utopie già coltivati negli anni dell’adolescenza e della prima maturità (AA. VV. 1968).
Intrapresa la specializzazione in psichiatria, ci arruoliamo nell’avanguardia che sta partecipando al cambiamento attraverso la de-istituzionalizzazione dell’O.P. (Barnà 1974). Aderiamo alla brigata di Arezzo, guidata da Agostino Pirella: abnegazione, partecipazione, condivisione e confronto duro.
Una stagione esistenziale formidabile, una formazione dura e preziosa, un confronto accanito che produce le prime, timide, differenziazioni e qualche crepa relazionale.
Io ero tra quelli che volevano andare in analisi, ammesso che fosse una scelta culturale oltre che un’impellente esigenza personale; eravamo un piccolissimo manipolo, per il resto identici agli altri, quella “particolarità” però creava qualche ombra sulla fede anche di “compagni” così dediti.
Su e giù da Roma per le mie sedute; ad ogni ritorno la discreta disapprovazione di questo mio “revisionismo”.

Mi trovai così ad aspettare con segreta curiosità e speranza il ritorno di Paolo Martini dalla Svizzera dove si diceva effettuasse un internato presso la Policlinique di Losanna, diretta allora da Pierre Bernard Schneider, e un training psicoanalitico.
E Paolo giunse, superò in qualche modo le diffidenze iniziali del gruppo e cominciò a lavorare con gli altri: stessa adesione fanatica, piuttosto superegoica, al lavoro, però qualcosa, a pelle, ci rese amici.
Lavorammo insieme all’”Osservazione Donne” e insieme aprimmo il primo servizio territoriale, quello di Arezzo Città. Lo facemmo accompagnati dal sospetto e dalla diffidenza del nucleo “leninista” che temeva la “fuga in avanti” della “territorializzazione” senza risoluzione del “nodo manicomiale” (Bartolomei, Lombardo 1977).

E’ stato invece all’interno del lavoro territoriale di Arezzo che, proseguendo la mia formazione analitica, ho potuto concepire e fare quell’esperienza quotidiana che conduceva in sostanza verso la “terza psichiatria” di cui recentemente ha scritto Stefano Bolognini (2011, 2011).
In realtà una psichiatria, “terza” rispetto allo sterile conflitto tra organicismo e socio-genesi, che cercava una comprensione più approfondita e dialettica del disagio, delle risorse per fronteggiarlo e del modello d’intervento più congruo con gli avanzamenti della ricerca.
Quella impostata ad Arezzo, in quegli anni, è stata una psichiatria che ha fondato, nella pratica quotidiana, quello che oggi con orgoglio viene denominato “modello toscano di salute mentale” (Martini 2006, 2007).
Ne riprenderei le caratteristiche principali saccheggiando le puntuali descrizioni che di esso hanno dato Corlito e Martini.

“Il modello toscano dei servizi per la salute mentale si qualifica da molti anni per l’applicazione integrale della legge di riforma psichiatrica non solo perché ha prodotto alcune delle ‘esperienze avanzate’, che produssero la fase di rinnovamento culturale e sociale approdata poi a quella legge, ma anche perché faticosamente ha cercato di strutturare, nel corso degli ultimi venticinque anni, la rete dei servizi sulla centralità del territorio in alternativa all’istituzionalizzazione psichiatrica” (Corlito 2011).
Così, mentre su scala nazionale si profila il rischio della riaffermazione di pratiche istituzionali totalizzanti, il modello toscano della salute mentale dichiara con il Piano Sanitario Regionale di volersi qualificare come un approccio di salute pubblica, omogeneo con le indicazioni dell’OMS (Benigni, Ciappi, germano, Martini 2008, Germano, Pellicanò, Caneschi 1992).
Per conseguenza i servizi della salute mentale vogliono essere servizi di comunità, aperti e permeabili a tutte le esigenze grandi e piccole delle comunità, con una decisa riduzione dell’ospedalizzazione psichiatrica, attraverso specifici programmi di prevenzione e di promozione dei trattamenti anche dei cittadini non consenzienti.
La cultura che si è sviluppata in questo itinerario è una cultura complessa, integrata, pluri-interdisciplinare, ecosistemica (Martini, 1993; Corlito, 2007).
Essa è determinata dal fatto che l’intento di servire un’utenza portatrice di bisogni complessi ha prodotto un’attenzione particolare alla relazione terapeutica e ad un approccio globale alla persona sofferente nel suo ambiente di vita e nell’ambito della rete delle sue relazioni. Al fine quindi di essere centrati e costruiti sui bisogni

dell'utente, i servizi hanno perseguito e perseguono l'obiettivo di essere psicoterapeutici, cioè "fondati sulla relazione terapeutica nelle sue molteplici articolazioni" (Martini, 2007).

Ma torniamo alla vecchia storia che così continua: dopo alcuni anni di duro e proficuo lavoro insieme ero venuto via da Arezzo ed ero rientrato a Roma per completare la mia formazione e spendervi l'esperienza e le competenze acquisite.

Giungiamo così ai primi anni ottanta, quando, da una visita occasionale agli amici di Arezzo, nacque ancora una volta in combutta con Paolo e questa volta anche con Beppe che si era frattanto aggiunto, l'idea di una supervisione di gruppo agli operatori del servizio di Arezzo.
Di nuovo il rientro di un vecchio compagno che era andato altrove ad acquisire nuovi strumenti; in questo caso la conduzione dei gruppi di supervisione all'ombra del pensiero di Bion di cui avevo fatto esperienza con Tagliacozzo e Corrao.

Lavorammo per parecchi mesi, forse due anni, con un grosso entusiasmo reciproco tanto che da quell'esperienza nacque il progetto, realizzato negli anni successivi, di un corso regionale di aggiornamento che coinvolse molti altri supervisori, di formazione anche diversa dalla mia, e molti operatori di tutta la Toscana. Anzi di una parte della Toscana, gravitando l'altra parte su una esperienza analoga che si teneva a Firenze.

Da quell'esperienza comunque ormai lontana, della metà degli anni ottanta, ha avuto origine la mia avventura di supervisore di molti servizi. Un lungo viaggio che mi ha portato a contatto con tante realtà differenti e mi ha aiutato a precisare le caratteristiche e le funzioni possibili della supervisione di gruppo.
Un'esperienza e riflessioni che recentemente ho provato a restituire attraverso un libro scritto con Corlito e con i colleghi di Grosseto (Barnà, Corlito, 2011).

Il mio auspicio di sempre è, in sostanza, che gli operatori dei servizi e delle strutture intermedie possano fruire validamente di un contatto significativo con la cultura psicoanalitica, con il vertice interpretativo proprio della psicoanalisi, con l'assetto emozionale specifico dell'ascolto psicoanalitico, con la metodica ricostruzione storico narrativa della vita del paziente e della psicogenesi del suo disagio, oltre che con un metodo di discussione e di elaborazione che favorisca la crescita individuale e collettiva degli operatori e del gruppo di lavoro, con il riconoscimento reciproco delle motivazioni, delle risonanze e delle difficoltà vissute nel coinvolgimento con i pazienti.

Ed ancora che si realizzi la possibilità di elaborare insieme linee di intervento, progetti terapeutici, singole gestioni e soprattutto di poter esaminare ed esorcizzare insieme i fattori di usura che si verificano nel lavoro psichiatrico, disponendo di un ambito sistematico e competente di analisi e di confronto riguardo a tali fattori usuranti: mi riferisco soprattutto ai fantasmi difficili da comunicare che si tenta, con fatica e malamente, di elaborare in termini individuali.
E' così che io concepisco la sistematica supervisione in gruppo con un consulente psicoanalista, dei servizi deputati alla cura e alla riabilitazione dei pazienti psichiatrici.
La mia esperienza testimonia della felicità e della grande utilità di questo assetto gruppale di supervisione, che è cosa diversa dalle supervisioni interne o dalle riunioni cliniche, e che, a mio parere dovrebbe diventare uno strumento stabile di lavoro, di formazione e di aggiornamento per tutti gli operatori della salute mentale.

Un'esperienza che mi conduce inoltre, ancora una volta, a rinnovare la proposta dell'istituzione nei servizi di salute mentale di una valida e articolata opzione psicoterapeutica, tale da affiancare ed integrare significativamente l'approccio farmacologico prevalente.

L'aumento delle richieste di cura, a fronte di una continua riduzione delle risorse disponibili, impone agli amministratori, e ai tecnici della salute, una scelta oculata dei trattamenti da rendere disponibili, che tenga conto delle prove di efficacia anche a riguardo dei costi (Fava, Masserini 1997, 2002. Gabbard et al. 1997. Tansella 1997. Ranci Ortigosa 2000).
Uno studio americano, pubblicato sull'American Journal of Psychiatry, ha analizzato i lavori sull'esito della psicoterapia pubblicati dall''84 al '94. Due risultati in particolare meritano di essere ricordati. Il primo è che solo 35 dei 686 lavori selezionati riportavano misure di esito che avevano qualche implicazione relativa ai costi. Il secondo, che i risultati di questo piccolo sottogruppo di studi dimostravano che la psicoterapia tende a ridurre i costi dei trattamenti di molti disturbi mentali gravi, apparendo quindi come una sorta d'investimento in grado di avere un impatto positivo sulla performance lavorativa e di ridurre durata e frequenza delle costose ospedalizzazioni (Gabbard et al. 1997). Non effettuo, a proposito, alcun distinguo tra i diversi approcci esistenti, né intendo privilegiarne alcuno. Penso infatti, che sia soprattutto necessaria la riaffermazione in sé del rapporto psicoterapeutico e della costituzione di una in tutte le figure professionali coinvolte nella cura e nell'assistenza al disagio psichico (Barnà 1988, 1990. Galli 1986, 1990. Giusti, Montanari, Montanella 1995. Martini, Corlito 1988).
Promuovere la qualità dei servizi in questo senso comporta più in generale un sostegno culturale e scientifico del ruolo centrale che la psicoterapia sta assumendo quale risposta moderna al disagio ed alla sofferenza dell'individuo.
Molte fasce della popolazione, che non sono in grado di sostenere i costi di una terapia privata, ricevono dai servizi sanitari solo dei trattamenti di urgenza ed emergenza, mentre è precluso loro l'accesso alla psicoterapia. Ciò crea una situazione paradossale: a fronte del fatto che il disagio è più presente nelle fasce più povere della popolazione, proprio queste vengono escluse da un trattamento che rimane disponibile privatamente solo per le fasce agiate.In conclusione ritengo che in tutta questa materia siano necessarie nuove scelte e che esse debbano scaturire da un esame critico della realtà della psichiatria nel nostro paese, soprattutto del suo sviluppo in questi ultimi anni, caratterizzati dall'avvio della legge di Riforma e dalla cosiddetta "aziendalizzazione" delle strutture sanitarie (Olivetti Manoukian 1988).
E' necessario inoltre che il dibattito sulle scelte operative si svolga all'interno di un confronto fra esperienze e necessità rintracciate dalla pratica territoriale di questi anni; ma è anche necessario un adeguamento del dibattito politico e amministrativo a proposito dell'impiego delle risorse relative alla sicurezza sociale in relazione agli avanzamenti della ricerca scientifica.Negli anni '80 la Carta di Ottawa ha definito la promozione della salute come "un processo finalizzato a mettere le persone in grado di controllare e migliorare la loro salute"; quindi come "un'azione multidisciplinare", di cui ha delineato le implicazioni politiche e sociali, identificandone le attività essenziali. Ha così tracciato cinque azioni fondamentali tra cui quelle di: "orientare i servizi sanitari" e di "costruire una politica pubblica per la salute" (WHO 1986, 1988, 1995). Ebbene la promozione della salute mentale è da considerarsi un ambito particolare della promozione della salute, più complesso di altri in quanto di definizione ed individuazione meno immediata. Il costrutto "salute mentale" appare infatti controverso: numerose teorie hanno tentato di definirlo, ma è evidente, rispetto all'ambito della salute fisica, la maggior difficoltà ad effettuare una precisa demarcazione fra normalità e patologia (Dalgard et al.,1991). La dimensione fortemente soggettiva della salute mentale, la forte correlazione fra il contesto familiare, sociale ed economico e lo stato di salute, pur nell'impossibilità di specificarne i rapporti con una relazione lineare, contribuiscono a creare questa complessità (Lynch et al. 1997, Thornicroft e Tansella 2000).
E' quindi necessario un avanzamento epistemologico, culturale e tecnico degli studi sul disagio psichico, sulle strutture profonde della formazione dell'individuo e della personalità, assieme alla comprensione dello specifico umano e operativo della relazione tra curante e curato, ma anche tra utente e gruppo dei curanti, gruppo dei

curanti e istituzione, istituzione e società (WHO 1986, 1988).Si tratta di un grosso sforzo di adeguamento teorico-tecnico da parte di tutte le componenti dei servizi. Ciò che renderebbe fruibile per tutta l'utenza una modalità adeguata di ascolto, un complessivo atteggiamento psicoterapeutico e arricchirebbe significativamente l'attuale dialettica culturale ed economica tra pubblico e privato rendendola più articolata. (Arkowitz 1992. Carere 1999, 2002, 2006).
L'indicazione prevalente è quindi quella di una ricerca e una sperimentazione pluralistica che connotino una nuova fase della riforma dell'assistenza in un rapporto non più avverso alle tecniche, ma favorevole nei confronti di quelle conoscenze e di quelle competenze che permettano una gestione più consapevole e più moderna del disagio in una società avanzata; in relazione quindi alle contraddizioni specifiche del nostro modello di sviluppo (Norcross & Goldfield 1992. Safran, Greemberg & Rice 1992).

Per rispondere ai processi di trasformazione in corso, ci vogliono quindi contenuti culturali, scientifici e tecnici adeguati. La risposta in questa direzione rimane anche quella di una strutturazione dei servizi secondo un indirizzo psicodinamico, relazionale ed efficacemente psicoterapeutico.
E' necessaria per questo la costituzione di momenti ed ambiti formativi specializzati in primo luogo ad assicurare questa evoluzione culturale e tecnica di tutto il personale ancor prima della strutturazione degli ambiti terapeutici specifichi che impieghino cioè un sottogruppo specializzato di tecnici formati alla psicoterapia.

Il riconoscimento di condizioni propedeutiche, la loro costituzione all'interno della mentalità e del funzionamento di tutto il servizio, la strutturazione di una modalità di elaborazione e di verifica degli interventi, la salvaguardia della continuità terapeutica rappresentano i valori preponderanti per la costituzione di un "primo livello" a cui si pone la questione della strutturazione psicoterapeutica (Barnà 1988, 1995. Bolelli 2001). Ho altrove definito questo primo livello come "quello complessivo degli operatori che accedono ad un'alternativa culturale e tecnica, di concezione e di impostazione del loro lavoro, adatta a superare la cultura medica, sostanzialmente organicista, della malattia mentale.
Assumendo invece l'orientamento etiopatogenetico odierno che si esprime a favore di un sistema aperto plurifattoriale in cui, cioè, l'interazione e la transazione di molteplici fattori influenzano i livelli di salute e di malattia" (Barnà 1988, Martini, Corlito 1988). Si tratta quindi di costituire, in termini consequenziali, un clima, un metodo e un protocollo di funzionamento che garantiscano l'organizzazione delle attività del servizio all'interno di una reale integrazione pluri-professionale e una partecipazione reale di tutti alla gestione del servizio. Ciò alla ricerca di un funzionamento capace di superare anche i limiti teorici e di indirizzo presenti nella stessa legge di riforma, e di proporre quindi livelli più adeguati di interpretazione e di gestione del disturbo mentale.

Affinché il servizio mantenga una propria identità è inoltre necessaria una programmazione che contempli il suo pieno inserimento nelle strutture del territorio, ma anche la strutturazione autonoma di momenti interni di riflessione e di identificazione del proprio specifico teorico e tecnico e di aggiornamento ideologico e modellistico.
Bisogna cioè, come prima qualifica psicoterapeutica del servizio, attivare e rendere ben funzionante un lavoro gruppale capace di elevare, nel collettivo e nei singoli operatori, la consapevolezza delle ansie, dei fantasmi e delle dinamiche messi in moto dall'incontro e dalla presa in carico del paziente e del suo disturbo, ma anche di quelli presenti nel gruppo familiare, nella comunità sociale più prossima, ma anche nel servizio e nella rete dei rapporti all'interno del servizio (Elliot J. 1955. Menzies Lith I. 1959). Un livello soprattutto capace di fornire strumenti di analisi e di elaborazione delle ansie che derivano agli operatori dal contatto e dal coinvolgimento con le manifestazioni della sofferenza mentale. Così che sia possibile strutturare una più adeguata comprensione delle proiezioni che regolarmente l'istituzione e il singolo operatore si trovano ad accogliere, mescolate con i bisogni reali e le urgenze. Come anche una comprensione della qualità patologica delle difese che si mettono in moto e che si basano su massicce negazioni, scissioni e proiezioni che dalla situazione focale tendono a riverberarsi nel clima e nel funzionamento del servizio, così come nei rapporti tra gli operatori; quando non costituiscono spine psicopatologiche in grado di introdurre scompensi, più o meno circoscritti, nella motivazione degli operatori, se non addirittura nella loro salute mentale. Organizzare delle attività specifiche per la gestione di questo livello significa ancora, di nuovo, avviare una "strutturazione psicoterapeutica del servizio" (Barnà 1988).
Fatto salvo questo primo livello di necessaria strutturazione psicodinamica dell'intero servizio, è possibile impostare il problema successivo. Quello, cioè, della programmazione e della erogazione di trattamenti psicoterapeutici da parte del servizio, nelle situazioni in cui se ne individui una precisa necessità e possibilità.
In termini pratici si tratta in sostanza di individuare un gruppo di operatori che siano collocati nel servizio in modo da conservare, da un lato, omogeneità con l'orientamento e la pratica collettiva, ma capaci, allo stesso tempo, di erogare una prestazione specializzata attraverso un rapporto di profondo coinvolgimento personale, fatto di procedure, di regole di funzionamento e di comunicazione particolari che necessità perciò di una disposizione adeguata oltre che di competenza specifica (Barnà 1988, 1990, 1995, 2007. Ponsi 2006).
Mi riferisco alla necessità di una cornice teorica, metodologica e psicologica che sia in grado di contenere il rapporto terapeutico e di farlo svolgere con adeguate garanzie. Alcune di queste garanzie sono costitutive ed irrinunciabili sia in termini etici che in termini scientifici. Esse vanno al di là delle regole deontologiche di responsabilità in cui tutti gli operatori sanitari si riconoscono. Sono garanzie tecniche necessarie affinché il trattamento si svolga in un ambito controllabile, del quale poter interpretare l'andamento con lo scopo di ottenere infine la sua migliore risoluzione. E' inoltre necessario che i tempi di una psicoterapia erogata da un servizio pubblico contemperino i bisogni dell'utente con i criteri di economicità del servizio a riguardo delle risorse e dell'uso delle sue forze operative. Io non credo che il setting adeguato all'utenza del servizio e alle suddette esigenze di programmazione ed impiego virtuoso delle risorse, possa essere semplicemente ed imitativamente mutuato dalla pratica privata libero-professionale. Ritengo piuttosto che esso si debba strutturare in modo specifico, con un'organizzazione adeguata, con una sua cornice di riferimento, in un'utile continuità con il servizio, attraverso la condivisione dei luoghi e dei criteri di verifica, ma in una giusta separatezza ed autonomia tecnica.
Dopo la risoluzione di queste problematiche, con un'adeguata elaborazione riguardo alle opzioni tecniche, è necessario pensare alla formazione degli operatori, al funzionamento del gruppo dei terapeuti, al confronto tra le opzioni tecniche e i vari modelli di riferimento e all'eventuale integrazione tra essi ed infine alla funzione sistematica della supervisione e dell'aggiornamento.

Ritengo che per molti aspetti, ci troviamo, ancora una volta in un momento nel quale è importante ampliare la comprensione della sofferenza mentale nelle forme emergenti nelle quali giunge alla nostra osservazione, e, contestualmente, rivedere e aggiornare la teoria della tecnica e del processo terapeutico (Jones 2000. OMS 2001).
Un aspetto nuovo quindi e molto incoraggiante in questo senso è dunque rappresentato dal fatto che le neuroscienze stanno progressivamente chiarendo i meccanismi a monte del funzionamento mentale e che, sempre più frequentemente e più chiaramente, tali ricerche concordano con le teorie psicodinamiche nell'affermare che le rappresentazioni interne delle relazioni interpersonali che gli esseri umani vivono nell'ambiente esterno hanno la fondamentale funzione intrapsichica di "regolatori biologici" che controllano i processi fisiologici (Schore 1994). Ciò fa esprimere alcuni autori a favore di una "nuova cornice intellettuale per la psichiatria" che integri le conoscenze sul funzionamento della mente umana (Kandel 1998, 2005). Questi studi considerano la psicoterapia come una forma di apprendimento nel contesto della

relazione terapeutica che attiene quindi alla biologia dell'apprendimento (Etkin, Pittenger, Polan et al., 2005) e tendono a concordare sul fatto che gli interventi psicoterapici modulano l'attività di specifiche aree cerebrali e checiò è alla base del miglioramento clinico (Frewen, Dozonius, Lanius, 2008). I risultati più noti sugli equivalenti neurobiologici del cambiamento indotto dal processo psicoterapico si riferiscono soprattutto alle psicoterapie di tipo cognitivo-comportamentale (Roffman, Marci, Glick et al., 2005). Anche se alcuni studi relativi alla psicoterapia psicodinamica hanno evidenziato ad es. una normalizzazione della ricaptazione della serotonina a livello della regione pre-frontale mediale e del talamo in soggetti con disturbo borderline di personalità, nella cui patogenesi era presente una elevata frequenza di episodi traumatici (Viinamaki, Kuikka, Tiihonene et al., 1998).
Alcune ricerche recenti sembrano inoltre dimostrare che il trattamento psicoterapico della depressione non solo è di potenza pari al trattamento farmacologico, ma ha effetti di prevenzione della ricaduta maggiormente durevoli nel tempo. Ciò darebbe alla psicoterapia una convenienza anche economica (Layard 2006; London school of economics and political science 2006;Valenstein 2006).

L'angoscia che caratterizza i nostri pazienti è oggi più indefinita e generalizzata. Si tratta di soggetti scarsamente identificati, con una frequente assenza di significato, un'incerta e precaria concezione del futuro e un profondo senso di smarrimento e di solitudine.
Curare, in questa congiuntura, vuol dire sempre di più, fornire ad essi una significativa esperienza relazionale controllata e profonda, finalizzata alla loro evoluzione affettiva ed identitaria, capace al contempo di porgere nella stessa modalità relazionale modelli e stimolazioni che promuovono lo sviluppo di capacità autonome e financo di creatività.

Da questo punto di vista sarebbe auspicabile una formazione psicodinamica, individuale o di gruppo, di tutte le figure professionali coinvolte nel lavoro dei servizi per la salute mentale. Ma soprattutto appare necessario concepire nel funzionamento quotidiano del servizio, nella identificazione, verifica ed elaborazione dei problemi, delle gestioni, degli interventi, quel laboratorio psicodinamico di gruppo che, nell'esperienza di molti, è il contesto adatto a gestire le ansie collettive e i vissuti che si attivano in relazione alle situazioni prese in carico.

Vorrei aggiungere a chiusura del mio intervento alcune riflessioni che riguardano più da vicino la mia identità di psicoanalista aperto alle problematiche del pubblico. Tutti quanti sappiamo quanto complesso e alterno, anche se ricco e proficuo, sia stato il dialogo della psicoanalisi con le altre discipline soprattutto per il tenace pregiudizio a proposito della sua collocazione epistemologica. Sappiamo che lo stesso Freud, che pure avrebbe voluto dimostrare, per rinsaldarlo, il profondo legame della sua ricerca con la biologia e la neurofisiologia, dovette rinunciarci rinviando il suo "progetto" a tempi migliori (Barnà 2008). Oggi sono passati tanti anni da allora. Le nostre osservazioni cliniche hanno proceduto e la modellistica relativa alla mente e al rapporto terapeutico si sono arricchite. Ha proceduto la ricerca neurologica e le teorie sulla mente formulate dai neuroscienziati, così come ha proceduto la riflessione dei filosofi della scienza e quella relativa all'epistemologia (Merciai, Cannella 2009). Sarebbe perciò auspicabile tentare un nuovo accordo o, almeno, delle convergenze significative, tra i vari ambiti. Un accordo che ci aiuti a formulare indicazioni utili per le nuove forme del disagio: indicazioni d'igiene mentale, d'igiene nelle relazioni tra le persone e sul trattamento del disagio mentale.
Riprendendo quindi un invito dello stesso Freud a "trovare un punto di contatto con la biologia" (Freud 1913) accennerò ad alcune riflessioni provenienti da un ambito interdisciplinare, di confronto e di verifica relativo all'uso e alla rilevanza dell'approccio psicoterapeutico nella cura del disagio mentale e ad alcuni studi e ricerche che ne comprovano l'efficacia e l'opportunità. Negli scritti di validi ricercatori troviamo infatti, sempre più frequentemente, accenni e formulazioni incoraggianti rispetto alla speranza di un reciproco riconoscimento convergente. Molti studi hanno già offerto in realtà prove suggestive relative al fatto che la psicoterapia può comportare modificazioni del funzionamento cerebrale (Baxter e al. 1992, Schwartz e al. 1996, Vinamaki e al. 1998). Gli studi di neuroimaging (FMRI e PET) hanno infatti dimostrato che sia la terapia cognitiva che la psicoterapia dinamica hanno evidenti effetti sul sistema nervoso centrale (Janiri et al. 2009). Daniel Siegel, a sua volta, contesta "l'impressione che nella ricerca neuro-scientifica un certo 'determinismo biologico' stia contribuendo ad una perdita della mente a favore del cervello, e afferma, che i dati più recenti emersi dalla ricerca neuro-biologica vanno esattamente nella direzione opposta" (Siegel 1997, 2010). Aggiunge inoltre: "Spesso le attività di coloro che lavorano nelle singole discipline procedono in maniera del tutto indipendente; tuttavia, se passiamo in rassegna i dati emersi nel corso degli ultimi anni, appare evidente che esistono in realtà molti punti di convergenza fra queste diverse aree di ricerca" (Siegel, 1997, 2007, 2010). La ricerca e le comprensioni relative al "cervello emotivo" sono state foriere d'altre significative convergenze tra la ricerca neuroscientifica e gli assunti psicoanalitici sul funzionamento mentale e sul ruolo, in esso, della vita affettiva (Le Doux 1996). Sono state comprensioni che hanno ridimensionato le pretese egemoniche della ricerca cognitiva o comunque il tentativo di comprendere la mente attraverso un paradigma funzionalista che al massimo può rendere ragione degli aspetti computazionali della mente. E' proprio Le Doux a scrivere: "La separazione artificiosa della cognizione dalle emozioni è stata molto utile agli albori delle scienze cognitive e ha permesso di affrontare la mente da una nuova prospettiva, ma oggi è giunto il momento di riportare la cognizione nel suo contesto mentale e di riunire nella mente emozione e cognizione" (Le Doux, 1996, 42). Oggi possiamo affermare assieme a lui che le emozioni: "Siano delle funzioni biologiche del sistema nervoso" (Le Doux, 1996, 14). Edelman ci ricorda quindi come: "Uno dei processi fondamentali del cervello… è la capacità di effettuare categorizzazioni percettive, di 'decifrare' il mondo" (Edelman, 1992, 2004, 2006). Il mondo che con la sua complessità fa dire, a sua volta, ad Alberto Oliverio che "nonostante il progresso delle neuroscienze non si può rinunciare ad altri livelli di descrizione, da quello neurobiologico a quello psicologico" (Oliverio, 2005, 43). In tal senso il contributo degli psicoanalisti è molto fitto e grande è il loro interesse per la ricerca interdisciplinare e per il dialogo. Oggi soprattutto quello con le neuroscienze e con la ricerca cognitiva.
Io mi fermerei qui avendo già abusato della vostra pazienza e attenzione. Spero che le mie riflessioni siano riuscite a chiarire il mio punto di vista e soprattutto che abbiano fatto procedere, se pure di poco, in ognuno di voi la convinzione di quell' avanzamento scientifico e pragmatico che io ritengo opportuno e improcrastinabile per i nostri servizi e, più in generale, per la cultura della "cura" nella nostra società.

Riferimenti

- 1. AA. VV. (1968) La medicina contestata. Editori Riuniti, Roma.
- 2. Arkowitz, H. (1992) Integrative Theories of therapy. In D. Freedheim et al. (Eds) History of Psychoterapy: A century of change (pp. 261-304). Washington D.C.: APA Press. Balint M. ed E. (1961) Tecniche psicoterapiche in medicina. Einaudi, Torino, 1971.
- 3. Barnà C.A. (1974) Colonia donne: lungodegenza e potere, in: Fogli di Informazione, 1974, 14, pp. 176-185.Barnà C.A. (1988) Livelli e problemi di strutturazione

psicoterapica del servizio pubblico di Salute Mentale. In: la psicoterapia nel servizio di salute mentale (a cura di Martini P., Corlito G.). ETS Editrice, Pisa.

- 4. Barnà C.A. (1990) "La formazione degli operatori" in Benvenuto S & Nicolau O., a cura di, La bottega dell'anima. FrancoAngeli, Milano.
- 5. Barnà C. A. (1990) La relazione analitica e il suo 'oggetto'. Rivista di psicoanalisi, XXXVI, 3.
- 6. Barnà C.A. (1995) Esperienze di supervisione nei servizi, in Marinelli, Sbardela (a cura), Fattori terapeutici nei gruppi enelle istituzioni, Quaderni di Koinos, n. 3.
- 7. Barnà C. A. (2007) Transfert e assetto analitico. In Attualità del transfert a cura di A. Nicolò, FrancoAngeli, Milano.
- 8. Barnà C.A. (2009) Neuroscienze e psicoanalisi a confronto. In: Moccia G. Solano L. (a cura di) Psicoanalisi e neuroscienze. FrancoAngeli, Roma.
- 9. Barnà C.A., Corlito G. (2011) (a cura di) Emergenze Borderline. FrancoAngeli, Roma.
- 10. Bartolomei G., Lombardo G.P. (1997) (a cura di) Nuova psichiatria, storia e metodo. Carecas, Roma.
- 11. Baxter LR Jr, Schwartz JM, Bergman KS et al. (1992) Claudate glucose metabolic rate changes with booth drug and behavior therapy for obsessive-compulsive disorder. Arch Gen Psychiatry 1992 : 49 (9): 681-689.
- 12. Benigni B., Ciappi F., Germano G., Martini P. (1980) *Il nuovo servizio psichiatrico*, NIS, Roma.
- 13. Bolelli D. (2001) Le psicoterapie psicoanalitiche nelle istituzioni. Angeli, Milano
- 14. Bolognini S. (2011) Attualità del contributo della psicoanalisi all'interno dei servizi psichiatrici e di salute mentale. Nuova Rassegna di Studi Psichiatrici. Vol. 3.
- 15. Bolognini S. (2011) Presentazione, in Emergenze Borderline a cura di barnà C.A. e Corlito G. FrancoAngeli, Milano.
- 16. Carere Comes T. (1999) Il campo della psicoterapia: un modello a quattro vertici, *Psychomedial* modelli e tecniche.
- 17. Carere Comes T. (2002) La logica della relazione psicoterapeutica. *Psicoterapia e scienze umane,* a. 36, n. 3.
- 18. Carere Comes T. (2006) Intervista. *Il ruolo terapeutico*, fasc. 102
- 19. Carta di Ottawa (1986).
- 20. Corlito G., Fagiolini A., Martini P. (2010) Editoriale. Nuova Rassegna di Studi Psichiatrici. Vol. 1.
- 21. Corlito G, (2007) *Salute mentale e area vasta sud est, Pegaso*, N. 0, 23-25.
- 22. Corlito G. (2007) Per una salute mentale di comunità : Quattro priorità per cui lavorare, Psichiatria di comunità, 3, 139-145.
- 23. Dalgard, O.,S., Sorensen, T., Biork, S., (1991) Community psychiatry and health promotion research, in: De Pieri, P., Favaretti, C., Pilati, G., Tamang, E., Sbrogiò. L., (1998), *Le reti di setting per la promozione della salute, Educazione sanitaria e proozione della salute, 21, 3*
- 24. Edelman M.G. (1992) Sulla materia della mente. Adelphi, Milano, 1995.
- 25. Edelman M.G. (2004) Più grande del cielo. Einaudi, Torino.
- 26. Edelman G.M. (2006) Seconda natura. Raffaello Cortina, Milano, 2007.
- 27. Elliot J. (1955) "Sistemi sociali come difesa contro i persecutori e l'angoscia depressiva" in Klein M, Heimann P, Money Kyrle R. (a cura) "Nuove vie della psicoanalisi". Il Saggiatore, Milano, 1966.
- 28. Etkin, A., Pittinger, C., Polan, H.J., Kandel, E.R. (2005) "Toward a neurobiology of psychotherapy: Basic sciente and clinical applications". In *Journal of Neuropschiatry and Clinical neuroscience*, 17 (2), pp. 145-158.Fava E., Masserini C., (1997) *Il Contributo della ricerca valutativa alla clinica*. Angeli, Milano.Fava E., Masserini C. (2002) *Efficacia delle psicoterapie nel servizio pubblico*. Angeli, Milano.
- 29. Freud, S. (1913) *L'interesse per la psicoanalisi*. Tr. It. Opere, vol. 7. Boringhieri, Torino, 1966, pp. 265.Frewen, P.A., Dozonius, D.J., Lanius, R.A. (2008) "Neuroimaging studies of psychological interventions for mood and anxiety disorders: empirical and methodological rewiew. In *Clinical Psychology Rewiew*, 28 (2), pp. 228-246.
- 30. Gabbard G.O., Lazar S.G., Hornberger J. and Spiegel D., (1997) The economic impact of psychotherapy: a rewiew. Am. J. Psychiatry 154: 147-155.Galli P.F. (1985) *Le psicoterapie nei sevizi psichiatrici*, W. Festini Cucco e M. Gasseau (a cura), Angeli, Milano.
- 31. Galli P.F. (1986) "Psicoterapia formazione e specialismo" in Minguzzi G.F., (a cura di), *Il divano e la panca. Psicoterapia tra privato e pubblico*. Angeli, Milano.Galli P.F. (1990) "Psicoterapia i italia: ieri e oggi" in Benvenuto S. & Nicolau O., a cura di, *La bottega dell'anima*, Angeli, Milano.
- 32. Germano G., Pellicanò C., Caneschi A. (1992) (a cura di) Argomenti di psichiatria. NIS, Roma.Gill M. (1989) Psicoanalisi e psicoterapia: una revisione. In Del Corno F. & Lang M., a cura di, *Psicologia Clinica. Vol. 4: Trattamenti in setting individuale*. Angeli, Milano, pp.128-157.
- 33. Giusti E., Montanari C., Montanarella G. (1995) *Manuale di psicoterapia integrata. Verso un eclettismo clinico metodologico*. Angeli, Milano.
- 34. Janiri L., Guglielmo R., Brischi A. (2009) Psicoterapia e neuroscienze: l'integrazione possibile. *Modelli per la mente*, 2009.
- 35. Jones E. E. (2000) *L'azione terapeutica. Una guida alla terapia psicoanalitica*. Cortina, Mlano.Kaes R. (1976), *L'apparato pluripsichico*. Armando, Roma, 1983.
- 36. Kandell E., R., (1999) Biology and the future of psyhoanalysis. A new intellectual framework for psychiatry revisited, *Am J Psychiatry*, 156, 4: 50-24.
- 37. Kandell E., R., (2005) *Psichiatria, psicoanalisi e nuova biologia della mente*, Cortina, Milano.
- 38. Layard R. (2006), "The case for psychological treatment centres", *British medical journal*, 332: 1030-1032.
- 39. LeDoux (1996) *Il cervello emotivo*. Baldini e Castoldi, Milano, 1998.
- 40. Lynch, J.W., kaplan, G.A., (1997) Whiter studies on the socioeconomic foundation of population health, *Am J of Public Health*, 87. 1409-1411.
- 41. London school of economics and political science (2006), *The depression report. A new deal for depression and anxiety disorders*, http.//www.lse.ac.uk.
- 42. Martini P. (1993) Aspetti culturali dei nuovi servizi di salute mentale per la comunità, in La cultura dei servizi, a cura di A. Brignone, Pisa, ETS.
- 43. Martini P, (2004) Le nuove sfide nel campo della salute mentale, Seminario Regione Toscana, "Il sistema informativo sulla salute mentale: cultura della valutazione e del miglioramento continuo della qualità", Prato, 10 Dicembre 2004
- 44. Martini P., (2006) L'esperienza del Dipartimento Salute Mentale di Arezzo,in Il modello toscano per la Salute Mentale, Siena 26 maggio 2006, Atti del Congresso, 61-80.
- 45. Martini P, (2007) L'esperienza del Dipartimento Salute Mentale di Arezzo, in Le buone pratiche in salute mentale – La Fondazione Mario Lugli 2000 – 2005, Roma, Biblink editori, 2007, 51-71.
- 46. Martini P., Corlito G. (a cura) 1988. La psicoterapia nel servizio di salute mentale. ETS, Pisa.
- 47. Menzies Lith I. (1959) Le funzioni dei sistemi sociali come difesa contro l'ansia: un rapporto su uno studio del servizio infiermeristico di un ospedale generale. *Human relations* 13: 95-121

- 48. Merciai S.A., Cannella B. (2009) *La psicoanalisi nelle terre di confine*. Cortina, Milano.
- 49. Norcross, J.C. & Goldfield, M.R. (Eds) (1992) *Handbook of pychoterapy integration*. N.Y. Basic Books.
- 50. Olivetti Manoukian F. (1988) *Stato dei servizi*, il Mulino, Bologna.
- 51. Oliviero A. (2009) La vita nascosta del cervello. Giunti, Firenze, Milano.
- 52. OMS (2001) World Health Report.
- 53. Ponsi M. (2006) Il cammino della psicoanalisi verso il metodo scientifico. Tradimento o traguado, in Dazzi N. et al. (a cura) *La ricerca in psicoterapia*, Cortina, Milano.
- 54. Ranci Ortigosa M. (2000)(a cura) *"La valutazione di qualità dei sistemi sanitari*". Angeli, Milano.
- 55. Roffmann, J., Marci, C.D., Glick, D.M., Dougherty, D.D., Rauch, S.L. (2005) "Neuroimaging and the functional neuroanatonomy of psychotherapy". In *Psycho-Logical Medicine*, 35 (10), pp. 1385-1398.
- 56. Roth A., Fonagy P. (1996) "*Psicoterapie e prove di efficacia*", Il Pensiero Scientifico Editore, Milano, 1997.
- 57. Safran, J.D. Greenberg, L.S. & Rice, L.N.(1992) Integrating psychterapy researche and practice: Modeling the change process. Psychoterapy, 25, 1-17.
- 58. Schore A. (1994) Affect regulation and the origin of Self, lawrence Erlbaum Associates, Hillsdale, NY.
- 59. Schwartz JM. Stoessel PW, Baxter LR et al. (1993) *Systematic changes in cerebral glucose metabolic rate after succesful behavior modification treatment of obsessive-compulsive disorder*. Arch Gen Psychiaty 1996:63 (2): 109-3.
- 60. Siegel D. J. (1999) La mente relazionale. Raffaello Cortina, Milano, 2002.
- 61. Siegel D. J. (2007) Mindfulness e cervello. Raffaello Cortina, Milano, 2009.
- 62. Siegel D. J. (2010) Mindsight. Raffaello Cortina, Milano, 2011. Tansella M. (1997) "Valutare l'esito delle psicoterapie: il dibattito continua", in: A. Roth A. e Fonagy P., *"Psicoterapie e prove di efficacia*", Il Pensiero Scientifico, Roma.
- 63. Thornicroft G., Tansella M, (2000) *Manuale per la riforma dei servizi di salute mentale*, Il Pensiero Scientifico, Roma.
- 64. Valenstein M. (2006), Keeping our eyes on Star*d", American jornal of psychiatry, 163: 1484-1486.
- 65. WHO, (1986), *The Ottawa Charter for Health Promotion. International Conference on Health Promotion Ð the move towards a new public health*, Gradiar Public Health Association, Ottawa.
- 66. WHO (1988) *Health Promotion Glossary*, Oxford Univ. Press.
- 67. WHO (1995) European Working Group on Health Promotion Evaluation; *Reccomandation n. 4.*
- 68. Viinamaki, H., Kuikka, J., Tiihonne, J. e al. (1998). "Change in monoamine transporter density related to clinical recovery: a case – control study". In *Nordic Jounal of Psychiatry*, 52, pp. 39-44.

I dati riportati negli articoli tengono conto delle disposizioni normative di cui al Codice sulla Privacy e dei provvedimenti del Garante consequenziali al trattamento dei dati per scopi scientifici, di ricerca e divulgativi.

[0] commenti | comments