

**“Per una salute mentale
orientata allo sviluppo locale,
all’inclusione sociale e
lavorativa”
Raffaele Barone**

**Corso di Aggiornamento RES
“SALUTE MENTALE E RECOVERY: OLTRE LA
MALATTIA C'E' SPERANZA”
Fermo 4 Aprile 2014**

Mentalizzazione e socializzazione nel percorso terapeutico

Nella nostra prospettiva di cura, recuperare l'inclusione nella propria comunità di riferimento rappresenta il passaggio determinante verso la guarigione. Tale passaggio da un lato si fonda metodologicamente sulla *socializzazione* del disagio e degli accadimenti ad esso collegati; dall'altro è dato dallo sviluppo delle *competenze mentalistiche* (Fonagy) necessarie a costruire rappresentazioni intenzionali delle relazioni umane (metarappresentazioni) e poter intrecciare nuove – e riparare vecchie – reti sociali (primarie o secondarie che siano).

La mentalizzazione, nel processo terapeutico, consiste sia nella traduzione dei sintomi in un *medium* sociale, il linguaggio, che permetta la comunicazione del disagio ad essi collegato. Linguaggio dove i simboli non sono solo le parole ma anche gli atti e le azioni, dei pazienti .

L'individuo nei gruppi naturali

- ▶ Soltanto studiando e trattando l'individuo nei gruppi naturali, *in primis* nella famiglia e nei gruppi spontanei, è possibile scoprire che le difficoltà psichiche di ciascun paziente sono soltanto un aspetto di un problema gruppale-comunitario più complesso che si ramifica orizzontalmente, tra le condizioni materiali del mondo circostante, e verticalmente, dall'eredità del passato allo sviluppo durante la vita (Foulkes)

Campo mentale terapeutico.

- ▶ Siffatto campo totale è un campo mentale composto da una gruppaltà di individui, variamente interconnessi ed interagenti in una matrice comunicativa che qualora si strutturi come gruppo di lavoro clinico sul disagio del paziente può trasformarsi in un *campo mentale terapeutico*.
- ▶ “La malattia mentale esprime in sostanza una difficoltà di integrazione nella comunità, un disturbo della comunicazione. (...) Diventare consci, verbalizzare e comunicare, sono parti integranti del processo terapeutico. È estremamente probabile che descrivano lo stesso processo” (Foulkes, Anthony)



La prospettiva della guarigione

- ▶ La prospettiva della guarigione si sviluppa a nostro avviso attraverso il riconoscimento di alcuni elementi come la **centralità della persona**; il potenziale terapeutico dei dispositivi di **narrazione autobiografica** che permettono ai pazienti di sviluppare la contrattazione sulle rappresentazioni di sé e del mondo; la **valorizzazione delle risorse emotive, relazionali, intellettive, lavorative e politiche degli individui** in questione; la capacità di resistere alle avversità della vita (**resilienza**); la **territorializzazione delle cure**; e gli studi longitudinali di esito circa l'**efficacia delle psicoterapie e dei trattamenti fondati sull'inclusione sociale**.
- ▶ In ogni caso, la guarigione è re-istituire una relazione innovativa ed insatura tra sé stessi, la propria vita, il proprio ambiente, ed in definitiva la propria storia.

La patologia mentale ed il disagio psico-socio-economico

- ▶ **La povertà e la privazione** hanno una grande prevalenza all'interno dei disturbi mentali e del comportamento, incluso l'abuso di sostanze. La più alta prevalenza di disturbi mentali tra la popolazione povera, può essere spiegata sia ipotizzando una maggiore predisposizione dei poveri alle patologie psicologiche, date le precarie condizioni di vita e il maggiore numero di eventi stressanti ai quali sono esposti; sia constatando che chi soffre di una grave malattia psichica è più esposto a vivere in una condizione di miseria.
- ▶ “Innumerevoli ricerche hanno mostrato che il problema mentale è **biopsicosociale**, che le variabili macro e microeconomiche pesano sulle politiche di salute mentale e che le culture locali sono variabili importanti di un progetto di salute rispettoso dei diritti umani” (Barone, Bellia, 2000a).
- ▶ Povertà e **violenza** producono infatti sia problemi psichiatrici che problemi sociali

Disagio psicologico e sociale generate da situazioni di vita difficili

- ▶ L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS 2001; 2005) e la Banca Mondiale stimano che le malattie mentali rappresentino ormai circa il 13% del carico totale della mortalità e disabilità generato da tutte le malattie della popolazione del pianeta. Ma questi dati riguardano soltanto le patologie mentali riconosciute dalle classificazioni internazionali (prime fra tutte il *Diagnostic Statistic Manual* - DSM - dell'American Psychiatric Association e l'*International Classification of Disorders* - ICD - dell'Organizzazione Mondiale della Sanità) e non tengono conto delle numerose condizioni di disagio psicologico e sociale generate da situazioni di vita difficili (come la povertà, l'emigrazione forzata, la violenza, l'abbandono nell'infanzia e nell'adolescenza) e/o dall'emarginazione sociale (dovuta a malattia, handicap, status sociale, condizioni politiche) che può colpire singoli individui, famiglie o gruppi più ampi fino ad intere comunità (Barone, Bellia, Bruschetta, 2010a). Condizioni psico-sociali, queste, da sempre considerate "associate" alla patologia mentale dalle classificazioni nosografiche riconosciute dalla comunità scientifica internazionale (sistema DSM e sistema ICD).

Cosa si intende per grave patologia mentale

- ▶ L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) (2001) definisce “grave patologia mentale” ciascuna condizione psicopatologica che può portare al suicidio o alla morte per incidente dovuto alla inabilità che ne deriva o ad una tragica riduzione della qualità e dell'aspettativa di vita del paziente. La letteratura internazionale, in linea con le direttive dell'OMS, inquadra nosograficamente come “grave patologia mentale” i disturbi psicotici, i disturbi dell'umore e le dipendenze patologiche. Sono queste, ad esempio, le prime tre patologie che in Europa “pesano” in assoluto più di tutte le altre (comprese le malattie non psichiatriche, quelle infettive come l'HIV o cronico-degenerative come le patologie cardiovascolari) sulla perdita di anni di vita a causa di incidenti dovuti all'inabilità (YLL) nella fascia d'età tra i 15 ed i 44 anni.

Verso una Salute Mentale di Comunità

- ▶ **L'Uomo post-moderno**, orfano delle strutture interconnettive tra i vari contesti sociali, appare esposto a incertezze ed ambiguità (Cianconi, 2011)
- ▶ Se abbiamo ben presente che da un lato il senso di fiducia e di sicurezza di ciascun essere umano è direttamente influenzato da quello di **appartenenza condivisa a storie, luoghi, gruppi o contesti significativi**, e dall'altro la globalizzazione tende a ridurre il grado di integrazione della società locale a causa dell'alterazione dei legami tra cittadini e territorio, appare allora sempre più necessario **sviluppare *pratiche di intervento psico-socio-economico*** che, al di là delle istituzioni o delle organizzazioni formali (enti locali, scuole, imprese, ecc.), sostengano quell'informale opera di tessitura relazionale che le persone attivano spontaneamente, incrociando le proprie appartenenze sociali: dai **legami familiari ai contatti privati, sino all'economia civile e all'associazionismo culturale**.

Sviluppo locale orientato alla salute mentale

- ▶ I programmi terapeutici organizzati dai dispositivi di intervento comunitario rappresentano il punto di intersezione tra le prassi di salute mentale e la metodologia del *community development*. E sono fondati sull'inserimento dei soggetti svantaggiati, ed in particolare dei pazienti psichiatrici, nel mercato del lavoro, ma soprattutto sulla loro partecipazione al lavoro extradomestico e retribuito.

Progettare, connettere e governare reti di cura

- ▶ Riconosciuta la natura bio-psico-sociale delle malattie psichiatriche appare ai nostri occhi imprescindibile che ciascun buon programma di salute mentale dovrà profilarsi come integrazione concertata dei vari livelli presenti nella polis (amministrativi, economici, culturali, sanitari, ecc.); coinvolgere numerosi attori del tessuto sociale locale nella ricerca di soluzioni idonee per il proprio territorio; restituire potere ai pazienti e alle loro famiglie nel percorso verso la guarigione; e assegnare alle agenzie e agli operatori deputati alla cura psichica il seguente mandato: **progettare, connettere e governare reti di cura**, perseguendo la co-evoluzione tra le agenzie socio-sanitarie che si occupano di salute mentale da un lato e le istituzioni culturali ed economiche dall'altro.

Sviluppo di comunità

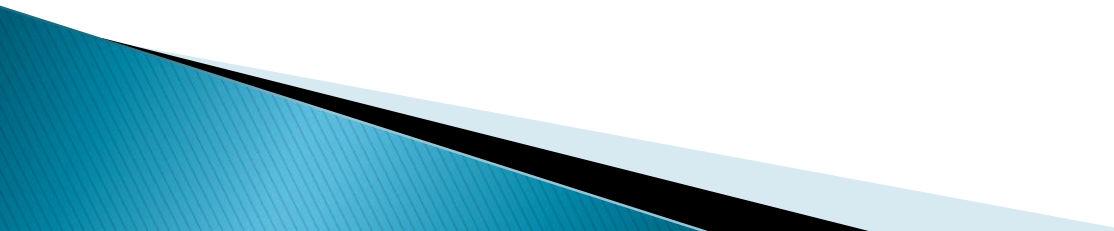
- ▶ Lo *Sviluppo di Comunità*, può essere gruppoanaliticamente inteso come *Sviluppo Sociale di Comunità Locale*, e cioè come l'insieme di processi psico-socio-economici che sostengono la maturazione e la diffusione di sempre più ampi ambiti di cittadinanza per i membri di un determinato contesto territoriale, attraverso il costante e graduale miglioramento non solo delle condizioni di vita materiale e di benessere personale, ma anche e soprattutto delle condizioni della vita sociale e di salute mentale di comunità – di volta in volta definite come “coesione sociale”, “legame sociale”, “sostegno sociale”, “partecipazione comunitaria”, “appartenenza territoriale”, “attaccamento ai luoghi”, “capitale sociale”

Pensiamo i Dipartimenti di Salute Mentale come delle agenzie di sviluppo culturale ed economico della nostra società

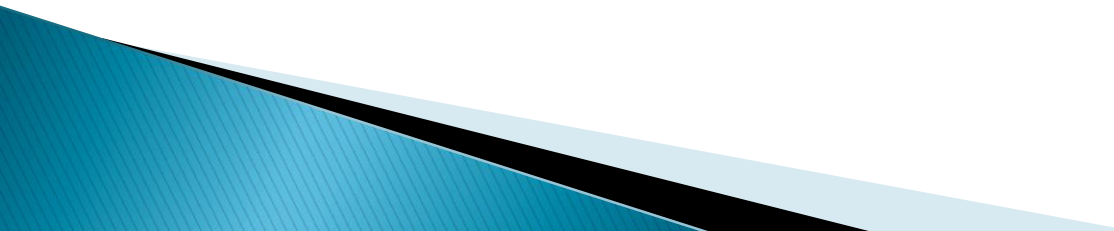
I DSM potrebbero ritrovarsi nelle migliori condizioni politiche, istituzionali e professionali, per dare senso ai cambiamenti epocali in atto ed alle ripercussioni di questi cambiamenti nelle nostre comunità di vita. Ciò rende necessaria però una costante opera di ridefinizione e rinegoziazione collettiva e comunitaria nella *mission* di ciascun singolo servizio, di ogni singolo Dipartimento così come del Servizio Sanitario Nazionale del suo complesso.

Questa opera di co-costruzione collettiva è da portare avanti attraverso politiche di concertazione sociale
sia sui diritti alla cura, alla casa, al lavoro e più in generale alla partecipazione sociale,
sia sul ruolo che la salute mentale deve avere nell'economia civile delle nostre comunità,
ma soprattutto sul posto che deve occupare in queste comunità chi soffre di grave patologia mentale.

Servizi frammentati e alla ricerca di una nuova “Mission”

- ▶ Difficoltà dei servizi di ri-pensarsi e praticare salute mentale comunitaria.
 - ▶ Difficoltà di incidere sull’allocazione di risorse economiche parassitarie e speculative.
 - ▶ Assenza di ricerca finalizzata al miglioramento dei servizi
 - ▶ La formazione nei servizi difficilmente coinvolge operatori, utenti e familiari.
- 

Dalla crisi un possibile cambiamento

- ▶ Il movimento del "recovery"
 - ▶ La nascita di associazioni di utenti
 - ▶ Le pratiche d'inclusione sociale e lavorative
 - ▶ Lo sviluppo di modalità operative fondate sui gruppi (psicoanalisi multifamiliari, gruppi di mutuo-aiuto, gruppi in SPDC, psicoterapia di gruppo nelle varie forme).
 - ▶ La diffusione di gruppi appartamenti o alloggi sostenuti.
 - ▶ Ruolo crescente della cooperazione sociale e dell'associazionismo.
- 

Non è tempo per rifugiarsi nell'impotenza (Miguel Benasayag)

- ▶ Gli operatori sociali, sovrastati dalla crisi, esasperano da una parte un approccio tecnico ai problemi, dall'altra un approccio tragico. Ora il primo porta a un fallace senso di onnipotenza in un tempo in cui il loro mandato è una delega a «risolvere» problemi che con i loro strumenti non possono essere affrontati. Il secondo, nel prendere atto del dramma dell'esistenza umana in questo momento sociale ed economico, induce spesso senso di impotenza e inutilità. Eppure solo una ricombinazione in positivo dei due approcci può dare senso e consistenza a piccoli movimenti locali di emancipazione in una prospettiva di «riterritorializzazione» della vita (Benasayag)

Salute mentale di comunità, gruppi e partecipazione

- ▶ Sicuramente abbiamo capito che i servizi di salute mentale fortemente orientati alla salute mentale di comunità e ampiamente collegati alle dinamiche socio-economiche dei territori facilitano l'accesso al lavoro delle persone con grave patologia mentale. I servizi che utilizzano i gruppi come modalità di cura e partecipazione favoriscono l'uscita dall'isolamento dei singoli pazienti e delle famiglie, promuovendo inclusione lavorativa e processi di guarigione.

La voce degli utenti nei processi decisionali

- ▶ Storicamente, alle persone con problemi di salute mentale è mancata una voce. Né loro né i loro familiari sono stati coinvolti nei processi decisionali dei servizi di salute mentale, mentre, ancor oggi, continuano a essere a rischio di esclusione sociale e di discriminazione in tutte le sfaccettature della vita sociale, economica e politica. Sostenere l'empowerment degli utenti vuol dire elevare il loro livello di scelta, di influenza e di controllo sugli eventi della propria vita. La chiave per l'empowerment è infatti la rimozione delle barriere formali o informali e la trasformazione dei rapporti di potere tra individui, comunità e servizi.

Le borse-lavoro e i tirocini formativi.

- ▶ Questa tipologia di intervento risponde sia allo sviluppo di beni tangibili come migliorare la propria condizione socio-economica, sia a quelli di tipo intangibile come lo sviluppo di varie *capabilities*: riconoscere ed accettare i propri limiti, confrontarsi con le difficoltà imprevedibili, relazionarsi con gli altri, rendersi autonomi, rapportarsi con il mondo del lavoro, costruire relazioni sul lavoro, credere maggiormente in se stessi e nelle proprie capacità. Il limite è che, seppure favoriscono l'inclusione sociale, questi progetti sono spesso a tempo limitato, rientrando quindi fra le tipologie della formazione senza porsi mai in un rapporto di causa-effetto con il vero obiettivo finale di un programma di inclusione socio-lavorativa, che rimane sempre quello di un contratto di lavoro sul mercato competitivo, negoziato tra il soggetto e l'impresa.

Il Sostegno all'Impiego "Individual Placement & Support" (IPS-SE)

- ▶ Il Sostegno all'Impiego realizzato attraverso la metodologia dell'IPS si fonda sull'inversione dei tempi dell'inserimento lavorativo. Invece di formarsi al meglio per trovare poi un buon posto di lavoro, è importante trovare prima una occasione di lavoro e subito formarsi per svolgerla al meglio. Il metodo IPS motiva l'utente, non lo connota come paziente ma come persona, con delle preferenze, dei desideri e delle ambizioni, e lo mette in grado di raggiungere posizioni che ne sanciscono l'inclusione sociale, con innegabili benefici per la sua salute mentale, la famiglia e la società.

Le cooperative sociali di tipo B

Molte regioni d'Italia hanno approvato norme per la promozione e lo sviluppo delle cooperative sociali determinando un rinnovato interesse per queste nuove modalità di occupazione, per lo sviluppo di nuove professioni e di nuove modalità di fare impresa nel territorio. Che si tratti di cooperative produttrici di servizi alla persona o finalizzate all'inserimento lavorativo di persone svantaggiate, le cooperative crescono: in numero, in addetti e cercano soluzioni più avanzate d'efficienza tramite il ricorso a modelli organizzativi complessi, di tipo consociativo e consortile.

Il Microcredito gruppale e comunitario

- ▶ “Le persone, da sole, tendono a essere imprevedibili e irresolute; con l’appoggio e lo stimolo del gruppo il loro comportamento acquista stabilità e diventa di conseguenza più affidabile. La pressione, più o meno discreta, esercitata dal gruppo serve a mantenere i suoi membri in linea con gli obiettivi generali del programma di credito. La competizione che si instaura tra i gruppi e all’interno del singolo gruppo incita ognuno a fare del suo meglio”(Yunus).

Le Fattorie Sociali

- ▶ La funzione terapeutica dell'inserimento lavorativo in una fattoria sociale è garantita da una doppia tipologia di fattori. Le persone con disabilità possono trarre grandi benefici sul piano fisico e psichico dal contatto diretto con la natura, con i suoi cicli e con gli esseri viventi (animali e piante) di cui ci si prende cura, ed anche dal coinvolgimento attivo nei lavori tipici di una azienda agricola, che come tutti gli altri lavori, presuppongono lo sviluppo del senso di responsabilità, della capacità di investire sul compito e della disponibilità a partecipare ad una organizzazione lavorativa più ampia, nel quale inserire il proprio compito.

L'Auto-mutuo-aiuto dei pazienti, l'associazionismo e la cooperazione per l'inclusione socio-lavorativa

- ▶ L'Auto-mutuo-aiuto, attraverso la sua progettualità ed il suo agire concreto e quotidiano, promuove percorsi non facili a partire dalla consapevolezza che la malattia può essere emarginata per lasciare spazio alle potenzialità che vengono espresse e che richiedono maggiore attenzione.
- ▶ Questa incapacità, è determinata dal pregiudizio e dalla discriminazione ancora presente nella società e dallo stigma da cui il malato mentale deve evidentemente ancora liberarsi. Molto spesso ci appare chiaro come la nostra lungimiranza superi quella della società che non capisce il disagio mentale, né tanto meno la possibilità di un "percorso" che seriamente riabiliti e consenta di recuperare la propria esistenza. (Bertelloni M. Grazia)

L'Associazione degli utenti

- ▶ L'Associazione non ha scopo di lucro ed ha invece lo scopo di promuovere attività socio-culturali di diffusione, di socializzazione e forme di azione ed iniziativa politica. L'Associazione è un insieme di persone con disagio mentale che, a partire da una condizione di svantaggio, attraverso l'unione e la collaborazione, sviluppa confronto, scambio di esperienze, partecipazioni dirette a tavoli di concertazione con le Istituzioni, ponendosi con un ruolo di portavoce dei diritti di persone con disagio mentale. Infatti, avendo esperito essi stessi il disagio, apportano punti di vista a volte esclusivi su come intervenire nei confronti delle persone svantaggiate, costruendo inoltre una rete di solidarietà e, infine, di progettazione.

La Recovery, i principi e la prassi dell'IPS

- ▶ L'IPS trae origine dal lavoro di Wehman e Moon (1988) e **considera il lavoro come un pilastro della recovery dalla grave patologia mentale**. I più importanti principi metodologici della *recovery* risultano infatti particolarmente utili alla comprensione dello spirito del Metodo IPS, se letti nell'ottica della inclusione lavorativa.
- ▶ **Olismo**: Il lavoro realizza un bisogno umano come quelli di salute, di spiritualità, di relazioni e di "casa".
- ▶ **Responsabilità**: Le persone partecipano attivamente ai dispositivi centrati sull'obiettivo di trovare lavoro e mantenerlo.
- ▶ **Orientamento alla persona**: I trattamenti ed i servizi sono basati gli obiettivi di ciascun individuo.
- ▶ **Focus sui punti di forza**: I Servizi si devono adeguare alle risorse, alle abilità, alle competenze ed alle preferenze dei clienti.
- ▶ **Non-linearità**: Le transizioni scolastiche e lavorative vanno supportate come parti dello stesso sviluppo professionale.
- ▶ **Rispetto**: Un lavoro competitivo sviluppa sicurezza e stima di sé.
- ▶ **Supporto tra pari**: È importante condividere tra pari le storie di lavoro, di scuola e di recovery.
- ▶ **Empowerment**: Le persone hanno il diritto di scegliere il loro modo di essere sostenute e di partecipare alle decisioni lavorative.
- ▶ **Auto-determinazione**: Le persone devono poter prendere le loro decisioni sulla tipologia di lavoro che preferiscono e sulle modalità di collaborazione con gli operatori.
- ▶ **Speranza**: Il lavoro promuove la speranza e la motivazione verso un futuro migliore.

Gli otto principi alla base dell'IPS (Becker & Drake)

- ▶ **Obiettivo lavoro competitivo.** Gli specialisti IPS aiutano i clienti a ottenere occupazione competitiva nel mercato del lavoro.
- ▶ **Sostegno integrato con il trattamento della patologia mentale.** I servizi IPS sono strettamente integrati con il lavoro dei servizi di salute mentale. Gli specialisti IPS sono membri di team multidisciplinari che si incontrano regolarmente per esaminare l'evoluzione della situazione dei clienti.
- ▶ **Zero exclusion.** L'ingresso in un programma IPS è una libera scelta del cliente. Ogni persona con grave malattia mentale che voglia lavorare è idoneo per l'IPS, indipendentemente dalla diagnosi psichiatrica, dai sintomi, dalla storia lavorativa, o da altri problemi come abuso di sostanze o disturbi cognitivi.
- ▶ **Attenzione alle preferenze del cliente.** I servizi si basano su le preferenze e le scelte dei clienti, non sulle valutazioni e sui giudizi dei professionisti.

Gli otto principi alla base dell'IPS (Becker & Drake)

- ▶ ***Consulenza sulle opportunità economiche.*** Gli specialisti IPS aiutano i clienti ad accedere a e mantenere i benefici sociali ed economici, come sicurezza sociale, assistenza medica, altre indennità economiche e pensionistiche. La paura di perdere i *benefit* è una delle ragioni principali che spingono i clienti a decidere di non cercare lavoro.
- ▶ ***Rapida ricerca del lavoro.*** Gli specialisti IPS aiutano i clienti a cercare lavoro direttamente, piuttosto che offrire una scelta tra l'ampia gamma di attività pre-lavorative di valutazione e formazione o di esperienze lavorative "protette".
- ▶ ***Lavoro sistematico di sviluppo professionale.*** Gli specialisti IPS sviluppano relazioni con i datori di lavoro del territorio in cui operano con due finalità ben distinte.
- ▶ ***Sostegno a tempo illimitato.*** I tempi della durata del sostegno sono individualizzati e basati sulle richieste e sulle necessità del cliente.

L'empowerment degli utenti della salute mentale

- ▶ **Essere inclusi nella società in cui si vive è vitale per l'empowerment materiale, psicosociale e politico che sta alla base del benessere sociale e di una salute sostenibile**
- ▶ un compito sociale che incoraggia tutte le comunità, i datori di lavoro, i sindacati, le scuole e le università, le organizzazioni di volontariato, a rispettare la salute e il benessere degli individui e delle popolazioni.
- ▶ **A livello individuale, l'empowerment è un elemento importante dello sviluppo umano**
- ▶ comprende quattro dimensioni:
 - ▶ 1. **fiducia in sé**
 - ▶ 2. **partecipazione alle decisioni**
 - ▶ 3. **dignità e rispetto**
 - ▶ 4. **appartenenza e partecipazione a una comunità più ampia.**

Stigma, discriminazione ed auto-stigmatizzazione

- ▶ Il concetto di stigma è la chiave per comprendere le esperienze di esclusione sociale delle persone con problemi di salute mentale. Lo stigma si riferisce in generale a qualsiasi tratto caratteristico o disturbo che etichetta una persona come “diverso dalle persone normali” con conseguente non accettazione se non addirittura sanzioni da parte della comunità.
- ▶ . Le principali esperienze relative allo stigma sono l’essere biasimati dagli altri così come, spesso in conseguenza di ciò, l’aver vergogna di sé stessi.
- ▶ Un’altra reazione comune è che le persone con malattie mentali che prevedono il rifiuto e la discriminazione si impongono una forma di auto-stigma. Questa reazione è spesso collegata a sentimenti di vergogna derivanti, in parte dalla percezione di una colpa personale e morale per mancanza o debolezza, ed in parte da una vera e propria discriminazione da parte degli altri. (Documento dall’esclusione all’inclusione *Mental Health Europe*)

Bibliografia e Sito internet

- ▶ Barone R., Bellia V., Bruschetta S. (2010), **Psicoterapia di Comunità**. FrancoAngeli, Milano.
- ▶ Barone R., Bruschetta S., Giunta S. (2010), **Gruppoanalisi e Comunità Terapeutica**. FrancoAngeli, Milano.
- ▶ Barone R., Bruschetta S. D'Alema M. (2013)
L'inclusione sociale e lavorativa in salute mentale. FrancoAngeli, Milano.
Barone R. Bruschetta S, Frasca A.
Gruppoanalisi e sostegno all'abitare. Domiciliarità e residenzialità nella cura comunitaria della grave patologia mentale FrancoAngeli
SITO : raffaelebarone.it