

Psicoterapia e salute mentale

SI TENDE A PRESUPPORRE, IMPLICITAMENTE, CHE LA PSICOTERAPIA, ACCANTO AGLI PSICOFARMACI, POSSA OGGI "CURARE" QUEL GRUPPO DI MALATI DI MENTE, ATTUALMENTE IN CARICO AI SERVIZI PUBBLICI, CHE PRIMA VENIVANO "CURATI" CON LA PERMANENZA IN MANICOMIO.

Stefania Vaccari

dirigente psicologo, Az. Sanitaria di Firenze, didatta F.S.I.G. (Federazione Scuola Istituti Gestalt)

Si sta molto parlando di psicoterapia nei servizi pubblici di salute mentale. Nel dibattito in corso, implicitamente, è come si presupponesse che la psicoterapia, accanto agli psicofarmaci, è ora, ciò che può curare quel gruppo di "malati di mente", attualmente in carico ai servizi pubblici, che prima venivano curati in/con la permanenza in manicomio.

A nostro avviso, questo non è immediatamente deducibile poiché la psicoterapia nasce con alcuni presupposti, il servizio psichiatrico pubblico con altri.

Con il presente lavoro si intende analizzare il significato e la possibilità di psicoterapia nei servizi pubblici di salute mentale. Saranno specificate le caratteristiche strutturali della psicoterapia e del servizio psichiatrico pubblico e verrà approfondito un possibile significato della così detta cura nelle due istanze.

"CARATTERISTICHE" DELLA PSICOTERAPIA

Le "caratteristiche" strutturali della psicoterapia sono:

- il tenere presente come punto di partenza il livello di regressione e la domanda del paziente;
- la possibilità di arrivare a una modificazione sostanziale del comportamento conseguente a una modificazione delle rappresentazioni interne;
- l'auspicio di giungere ad una autonomia sempre maggiore da parte del paziente;
- il fatto che gioca come nucleo sostanziale il rapporto psicologico terapeuta-paziente;
- l'usare come strumenti spiegazioni,

collegamenti, interpretazioni, ridefinizioni ed affetti;

- la produzione di frustrazione con interesse;
- la necessità di mantenere un setting ben preciso per dare un senso ai fatti che accadono all'interno della seduta;
- una precisa attenzione al tempo nel senso che viene posta la massima attenzione al rischio di cronicizzazione della malattia o del disturbo.

Lo specifico della relazione terapeutica, è quello di essere una relazione empatica (una mente che "prende" un'altra mente) da parte del terapeuta che accoglie la richiesta di terapia del paziente e anche quello di stabilire una relazione narcisistica non perché resti tale, ma per aiutare il paziente a superarla.

Nella relazione terapeutica:

- la domanda del paziente deve essere compresa anche sul versante psichico e non solo fisico come è invece specifico della terapia medica;
- la domanda di terapia implica oltre che una richiesta di cura anche un aiuto per la ferita narcisistica del paziente;
- per essere terapeutico uno psicoterapeuta deve possedere: una teoria ben precisa, codificata, verificabile, una prassi che ne sia logica e coerente conseguenza e la capacità di dare il desiderio di cura;
- il terapeuta deve aver superato problematiche di identificazione con il paziente ed aver raggiunto una sua precisa identità.

In primo piano, è il fatto che, tale relazione avviene in maniera duale e senza alcuna committenza esterna che la intersechi.

Il paziente, nel momento in cui si rivolge ad uno psicoterapeuta, impli-

citamente giudica insoddisfacente la sua vita e desidera star meglio, magari, anche adeguandosi alle necessità e aspettative del contesto dentro cui si "rapporta".

Spesso, il paziente, pur non avendo inizialmente chiara qual siano l'impostazione culturale e le teorie psicologiche di riferimento del proprio psicoterapeuta, sceglie quel curante con un minimo di cognizione di causa perché spesso vede, prima di accedere proprio a quello psicoterapeuta, come è "cambiato e/o è migliorato" qualcuno che conosce.

Tendenzialmente i circuiti attraverso cui un qualsiasi paziente arriva ad un qualsiasi terapeuta sono privati anche nel senso che passano attraverso persone di fiducia; questo comporta un certo grado di potere contrattuale del paziente nei confronti del terapeuta: egli, seppur non con precisione, è in grado di valutare quello che lo psicoterapeuta può e sa fare.

L'obiettivo da raggiungere è comune: psicoterapeuta e paziente lavorano per integrare parti interne conflittuali, entrambi valutano problematico l'adeguamento della persona sofferente al contesto di riferimento, tale contesto può essere accettato o criticato, ma se il paziente lo critica è disposto a spendere del proprio per modificarlo.

Nel contesto della "relazione terapeutica privata e duale" quindi, il contratto terapeutico è sufficientemente chiaro e l'obiettivo su cui psicoterapeuta e paziente lavorano è il medesimo.

SERVIZIO PSICHIATRICO PUBBLICO ATTUALE

I nuovi servizi psichiatrici sono nati dalla crisi dei precedenti: vi è stata una messa in discussione sia delle teorie scientifiche sul concetto di malattia mentale, sia una critica delle istituzioni e azioni terapeutiche che tali teorie prevedevano.

"La scienza ci ha detto dunque, da un lato, che il malato di mente era da ritenersi, il risultato di una alterazione biologica non ben identificata, di fronte alla quale non c'era altro da fare che accettarne supinamente la diversità rispetto alla norma: da qui l'azione esclusivamente custodialistica delle istituzioni psichiatriche come diretta espressione dell'impotenza di una disciplina che di fronte alla malattia mentale, si è limitata a definirla catalogarla, gestirla in qualche modo (...). D'altro lato, le stesse teorie psicodinamiche, che pure hanno tentato di trovare un senso del sintomo attraverso l'indagine dell'inconscio, hanno mantenuto il carattere oggettivo del paziente

(...). Nella dimensione istituzionale, la reciprocità non esiste, né la sua assenza viene in qualche modo mascherata (...). Ed è qui che si evidenzia come non sia tanto in gioco la malattia mentale quanto la mancanza di valore contrattuale di un malato" (...). A questo livello ... "il problema non è più quello della malattia in sé, quanto quello del rapporto che con essa si stabilisce ... l'oggettivazione non è la condizione del malato ma risiede all'interno del rapporto tra malato e terapeuta. Quindi all'interno del rapporto tra malato e società che ne delega al medico la cura e la tutela (...). Se il malato è l'unica realtà cui ci si deve riferire si devono affrontare le due facce di cui tale realtà è appunto costituita: quella del suo essere malato, come problematica psicopatologica (dialettica non ideologica) e quella del suo essere escluso, uno stigmatizzato sociale ... la malattia ... la stigmatizzazione ..."²

Tali riferimenti vengono riportati qui, non per riproporre una ulteriore datata analisi antiistituzionale, ma per ribadire che gli operatori che operano nell'attuale servizio psichiatrico, devono comunque sottostare al precedente ambiguo mandato di cura e custodia.

Il dibattito è stato condotto soprattutto circa la funzione di custodia del servizio pubblico: si è cercato di intervenire per produrre un servizio che non determinasse esclusione.

L'obiettivo prioritario è stato quello di interessare una rete di servizi che permettessero al paziente al di là dello specifico disagio psichico di rimanere nell'ambito di vita. Egli può essere sì custodito in maniera coatta, ma tale gestione non va protratta oltre la durata della crisi.

L'organizzazione dei servizi, almeno in parte, ha cercato di tutelare il malato psichico nel suo essere un potenziale escluso.

La mancanza di una istituzione chiusa che contenesse il disagio psichico, è stata vissuta da alcune istanze socio politiche come abbandono del paziente; cioè come non competenza dei nuovi servizi psichiatrici ad espletare il mandato di custodia.

In un certo senso la nuova organizzazione psichiatrica ha cercato di dare risposta al primo obiettivo che si era data: evitare la ghettizzazione e l'esclusione. La sofferenza psichica è rimasta e in quanto non occultata, ma sotto gli occhi di tutti, raccoglie "la pietà" dei cittadini che a modo loro si schierano dalla parte del disagio denunciando la non competenza dei nuovi servizi psichiatrici ad affrontare la sofferenza psichica.

Al momento attuale, il disagio mentale è, in quanto tale, a sua volta "escluso" dalla rete sociale proprio perché esso non permette al paziente di partecipare della vita culturale e sociale comune.

In tal senso, sia che i tecnici del dipartimento di salute mentale accettino o meno il mandato sociale di cura e custodia: il paziente in quanto sofferente (al di là delle cause del disagio psichico) va ancora custodito. Per i servizi che bene o male garantiscono la custodia, il problema si pone per la prima volta, circa la cura vera e propria.

È comunque da tenere presente che il servizio psichiatrico pubblico, politicamente esiste, per custodire sì il paziente, ma anche la società dalla sofferenza o comunque dal fastidio che gli può derivare dalla vista dei disagiati psichici.

Questo aspetto viene specificato non perché si consideri corretto internare i malati di mente, ma per sottolineare che l'assetto sociale esige, per poter funzionare, alcune regole e che "la chiusura in manicomio del disagio psichico permetteva alcune variabili di questo funzionamento; è presumibile che al nuovo servizio psichiatrico i cittadini richiedano la medesima tutela dalla collettività.

Le istituzioni psichiatriche devono dare risposte sia ai sani che ai disagiati di mente; fino ad ora questo è stato fatto con una enorme contraddizione privilegiando la tranquillità dei sani con l'esclusione dei malati. Ciò è stato possibile perché la psichiatria postulando come causa del comportamento anormale solamente la "malattia individuale" non metteva in discussione la sopportabilità dei sani e l'assetto sociale, familiare ecc.

ANCORA SULLA PSICOTERAPIA: FUNZIONALITÀ E RELAZIONE

Ogni psicoterapia può essere vista come compresa tra due poli: uno rappresentato da un ipotetico funzionamento positivo da raggiungere (es. l'uomo previsto da una teoria a cui uno psicoterapeuta si rapporta per condurre una certa prassi) e uno rappresentato da un certo tipo di relazione che lo psicoterapeuta instaura per portare un dato paziente a tale funzionalità (la prassi).

I due poli dunque, su cui procede una psicoterapia, sono funzionalità e relazione. Il problema della funzionalità è legato a un possibile concetto o progetto di uomo. Si può ipotizzare un "sistema uomo ottimale con un preciso funzionamento che può rompersi creando una difficoltà funzionale del sistema".

Le varie scuole di psicoterapia hanno ipotesi ed idee diverse circa il "buon funzionamento"; gli psicoterapeuti conducono il proprio lavoro sulla possibilità di ri-condurre il paziente "al funzionamento ottimale" previsto dalla teoria di riferimento.

Attualmente il confronto tra le varie scuole di psicoterapia sta avvenendo a livello di prassi, cioè un confronto tra forme (le diverse prassi, il tipo di rapporto). In realtà perché ci fosse un salto di qualità il confronto dovrebbe avvenire a livello di contenuto; cioè un confronto tra le diverse culture psicologiche che sottendono le diverse pratiche.

Sarebbe cioè necessario un confronto su qual è la funzionalità auspicabile e una valutazione dei termini di paragone dei "funzionamenti".

Per ora è arduo e temerario costruire una teorizzazione ipotetica di funzionamento ottimale, per poterlo realizzare bisognerebbe come uomini potersi astrarre dal sistema uomo nel momento in cui lo si teorizza. Nella fase iniziale il cambiamento da compiere riguarda il metodo di ricerca in psicoterapia.³

La possibilità di avere una teorizzazione ipotetica di "funzionamento ottimale" ha tre possibili risvolti pratici:

- quando un individuo ha dei problemi il curante ha presente il sistema sano di riferimento;
- si imposta l'organizzazione sociale tenendo presente le necessità psichiche ed affettive delle persone umane;
- si impostano i programmi di prevenzione su parametri di benessere decodificati.

È necessario comunque introdurre nell'ipotesi concettuale "sistema uomo ottimale" la variabile evoluzione naturale, accettando quindi, di perdere il controllo della "conoscenza a priori" di tale sistema; infatti, la "variabile evoluzione" permette una riorganizzazione continua di risorse esperienziali e quindi di funzionalità possibile.

LA PSICOTERAPIA NEL SERVIZIO PUBBLICO DI SALUTE MENTALE

Nei paragrafi precedenti è stato sottolineato come psicoterapia e servizio psichiatrico pubblico abbiano reciprocamente caratteristiche peculiari.

Note

1 I contenuti riportati sono stati estratti dalle relazioni presentate al seminario: "La relazione terapeutica e l'attività psicoterapeutica nel Dipartimento di Salute Mentale" promossa dal centro di formazione permanente dell'ex Usl 10/E Firenze.

2 Franco Basaglia (a cura di), *L'Istituzione Negata*, Einaudi, Torino, 1968.

3 L'approccio psicoterapeutico è in qualche modo svincolato dall'obiettivo di conoscenza assoluta che la ricerca normalmente intesa ha o meglio non è possibile per il principio di indeterminazione di Heisenberg conoscere precisamente e misurare processi mobili.

La psicoterapia presuppone una esplicita domanda del paziente, nel servizio pubblico in genere si opera per committenza a più livelli:

- nel servizio pubblico si opera in prima istanza su mandato dello Stato che da indicazioni programmatiche ben precise;
- a volte poi non è direttamente il paziente a chiedere un intervento ma i familiari, o altre istanze sociali.

Quindi, mentre nell'ambito psicoterapeutico vi è un contratto ben preciso, fatto in maniera privata, questo, nell'ambito operativo del servizio pubblico, non sempre succede. Non sempre cioè succede che un utente chieda autonomamente un intervento su di sé su quello specifico problema personale con una disponibilità ad una eventuale modificazione per adeguarsi ad uno specifico contesto esterno.

Questo significa che strutturalmente la psicoterapia si articola tra: domanda diretta, modificazione individuale, non intervento diretto del terapeuta sul contesto.

A volte può comunque succedere che, al di là delle precedenti precisazioni, venga qualcuno al servizio pubblico e chieda di intraprendere una psicoterapia in senso classico.

A questo livello il contratto "privato" tra psicoterapeuta e paziente, all'interno del servizio pubblico, è soggetto a precise variabili.

I vari tipi di psicoterapia nel servizio pubblico non possono essere considerata uguali a quella fatti privatamente con l'unica eccezione della gratuità, infatti vengono subito modificate alcune variabili:

- l'impossibilità a conservare per obblighi di servizio la stessa ora (anche se ciò può essere considerato sostitutivo del pagamento);
- la segretezza professionale;
- l'infermiere all'ingresso che può indurre modificazioni circa il setting.

Vi è poi un secondo ordine di problemi riferito alle fantasie del paziente e del terapeuta rispetto alla istituzione che contiene il rapporto terapeutico; esse possono, per quanto riguarda il paziente scatenare ulteriori resistenze alla cura e inoltre la presenza di altri pazienti possono determinare gelosie. Per quanto riguarda il terapeuta, ci possono essere prese in carico eccessive, disimpegni, prolungamenti impropri; poi eventuali conflittualità con i colleghi possono incidere nelle decisioni di presa in carico o nell'indurre fallimenti.

Il terzo ordine di problemi, è riferibile allo specifico del trattamento in quanto rimandano alla presenza del terzo livello fantasmatico come principio

regolatore esterno alla coppia, che mette in primo piano problematiche edipiche.

Va poi fatta una distinzione tra le psicoterapie che vengono fatte come unico trattamento, da quelle che rappresentano uno fra i tanti interventi predisposti a favore del paziente come nel caso dei psicotici. Si pone per questo secondo gruppo di casi il problema della circolarità delle informazioni tra seduta individuale e gruppo curante del servizio.

Vi è anche il problema della doppia identità di psicoterapeuta e psichiatra che un curante può avere nei confronti di un paziente, in questi casi vi sono differenze intrinseche ai ruoli:

- differenze di presa in carico;
- differenze nella gestione del tempo; nella psicoterapia la dimensione del tempo sarà riferita unicamente alla relazione rispetto alla situazione di separazione e perdita, mentre per il resto il terapeuta non potrà che metterla tra parentesi;
- per quanto riguarda il "fare" lo psichiatra è chiamato ad intervenire sul piano di realtà a favore del paziente; lo psicoterapeuta per poter curare deve astenersi nella maniera più completa da ogni azione.

A questo livello (scelta individuale di una psicoterapia all'interno del servizio pubblico) si apre a nostro avviso un ulteriore problema: quale psicoterapia sceglie un servizio pubblico da espletare al suo interno?

La prassi psicoterapeutica prevede una precisa scuola di riferimento teorico che ha un preciso "progetto di uomo". La scelta quindi del tipo di psicoterapia diventa un problema "morale".

Chiaramente qualsiasi scelta conoscitiva e curativa da promuovere è una scelta morale, nel senso che va ad incidere sulla qualità di vita della persona, ma nel caso della psicoterapia questo è ancora più accentuato perché l'intervento si fa proprio sullo specifico umano.

Anche per una qualsiasi malattia fisica la scelta dell'approccio curativo è una scelta morale, perché ad esempio, un approccio permette la guarigione ed un altro no, ma l'ambito è il corpo e questo in qualche modo è oggettivato dal soggetto stesso; ma la scelta è molto più complessa e problematica quando si va ad incidere in quello che rende l'uomo soggettivo cioè la coscienza che rende capace di viversi soggetto.

Vi è nella psicoterapia "la gestione dello spirituale" che non può essere oggettivato senza il consenso dell'utente (la psichiatria l'ha fatto ma definendo il paziente incapace di intendere e di volere perché affetto da malattia).

La cura psicoterapeutica promuove la "coscienza della soggettività", quindi tale cura non può iniziare in assenza di coscienza e soggettività.

Per quanto riguarda poi la funzionalità, il problema è qual è la funzionalità da promuovere e la valutazione di rispetto a che cosa si funziona.

Quindi, nel servizio pubblico di salute mentale, la contraddizione non è solo tra come concertare la conduzione di psicoterapie corrette (con tutto ciò che questo presuppone) con il mandato istituzionale di cura/controllo; ma anche scegliere il progetto di funzionalità umana da promuovere visto che ogni approccio psicoterapeutico ha un preciso schema teorico di riferimento con cui considerare l'uomo e la sua funzionalità. Si pone l'attenzione sul problema etico di tale scelta dal momento che si sta parlando di funzionalità psichica e che intervenire su questo, significa anche incidere sulle possibilità di scelta e di libero arbitrio.

Questo non vuol dire non fare psicoterapia nei servizi pubblici di salute mentale; caso mai in questa fase in cui manca una conoscenza approfondita, globale e comparata dei vari approcci è importante non privilegiarne nessuno.

Sarebbe auspicabile che i vari servizi accogliessero e permettessero al proprio interno più approcci e riuscissero a praticare, al di là di dinamiche ed interessi di potere, l'approccio più adatto a quello specifico paziente.

Già questa possibilità di approcci molteplici andrebbero a costituire un servizio in cui verrebbero permesse più culture (una cultura della complessità) e questo diventerebbe "una variabile curante" senz'altro positiva: è molto probabile che un servizio "accogliente" verso tutte le culture dei suoi operatori sia un servizio "accogliente" verso l'utenza.

Questa accoglienza verso il tutto è probabile porterà ad un ulteriore spazio di ricerca e verifica con una possibilità di approfondimento enorme.

La problematica si colora di altri toni quando non è il paziente designato a chiedere direttamente un intervento. Di solito sono quei pazienti che non sono critici verso i propri comportamenti giudicati dal contesto esterno negativi e sono terzi (il vicinato, i familiari, o altre istanze sociali) che chiedono aiuto perché il paziente designato cambi e si adegui alle regole del vivere gruppale.

In questo caso di nuovo il servizio pubblico è spaccato tra la funzione di cura e custodia. Come si pongono i nuovi servizi psichiatrici di fronte a quei pazienti che proprio per "la loro malat-

tia" non possono scegliere di fare una psicoterapia classica? (per ora accanto agli psicofarmaci i pochi strumenti di cura tangibili che siano a disposizione).

La psicoterapia ha come postulato per poter essere condotta la diretta richiesta di cura del paziente; come si può fare con il paziente un contratto personale come è previsto nella psicoterapia, su di un progetto che non è il suo?

Allo stesso tempo non si può definire il paziente incapace di intendere e di volere, sedarlo con dosi massicce di psicofarmaci e chiudere il problema. A questo livello il problema è aperto e necessita di analisi a più livelli.

Le richieste di aiuto che arrivano al servizio pubblico sono spesso incompatibili con la possibilità di psicoterapia. I farmaci sono utilissimi per sedare una situazione di crisi ma non permettono di utilizzare la sofferenza psichica sentita (infatti la sedano) per rielaborare lo stato di vita e modificare la situazione. Quindi seppure utilissimi per certi aspetti del problema, non intaccano minimamente la possibilità di soluzione.

Del resto sono richieste di aiuto in parte legittime anche quelle che fa una famiglia o un suo componente perché non riesce più a sopportare i comportamenti o lo star male di uno psicotico. Il servizio pubblico dovrebbe in teoria rispondere anche a tali richieste, esso esiste per tutelare sia i "sani" che i "malati". Poiché si è per lungo tempo privilegiata la tranquillità dei sani con l'esclusione dei malati il problema ora, nell'ottica di una soluzione diversificata, si pone su un versante assolutamente diverso.

Si apre il problema di chi curare, da che parte stare, se operare per committenza o per domanda diretta. Mentre nel vecchio sistema psichiatrico il "malato" per la sua malattia veniva internato e quindi si aveva a che fare con lui e la "sua malattia", (anche nella psicoterapia si ha a che fare soltanto con la domanda del singolo) ora che il malato è lasciato nel contesto, emerge sempre più che la possibilità di benessere deriva da una serie di incastri di vivibilità reciproca tra paziente contesto. Nei servizi pubblici quindi il problema della psicoterapia si pone solo per alcuni e con le precisazioni sopra esposte. Il nuovo problema da affrontare è inventare una serie di atti terapeutici che non siano riferibili solo al singolo, ma alla famiglia, al contesto sociale, amicale, lavorativo, ecc., affinché sia possibile un incastro vivibile per tutti.

A volte si dovrà promuovere l'adeguamento del paziente al contesto affin-

ché ne sia accettato ed accolto. Altre volte si dovrà intervenire su i due poli della contraddizione, paziente-contesto con l'auspicio di produrre un "incontro" il meno peggio possibile. Soprattutto è necessario promuovere la "formazione" di comunità competenti.

L'attuale servizio psichiatrico è chiamato Dipartimento di salute mentale, indicando il suo ruolo di "strumento di promozione di salute mentale". È forse il momento di incominciare ad astrarre e sintetizzare le "variabili terapeutiche" da consegnare al contesto, qualunque esso sia, affinché si incominci ad intravedere la possibilità di "costruire" stati di salute mentale diffusa.

Quando si parla di prevenzione per produrre salute mentale diffusa non si allude certamente a trattamenti psicoterapeutici praticati su larga scala; forse più specificatamente si allude a "competenze comunitarie sufficientemente contenenti" per ciascuno dei suoi membri.

Specificatamente per quando è il contesto sociale a chiedere un intervento, vanno precisati alcuni aspetti.

L'organizzazione esterna ha una sua funzionalità che, seppur pesante e difficile da sostenere per alcuni, è il risultato di una selezione di comportamenti, forse il meno negativi possibile, atti a mantenere in efficienza una comunità. I comportamenti sociali servono a mantenere una collettività "in funzione", collettività che poi dovrebbe rispondere ai singoli bisogni individuali. È quindi necessario mettere a punto una serie di strumenti affinché il contesto sia organizzato in modo da essere "sufficientemente buono", tanto da permettere a ciascuno di essere positivamente inserito nella sua famiglia, collettività, ecc. (viene lasciato non specificato il perché dell'inadeguatezza dei comportamenti).

Emerge sempre più che in molte situazioni il problema non si pone come problema del singolo che autonomamente chiede aiuto, ma come un intricatissimo sistema di domande e committenze in cui qualcuno chiede aiuto per qualcun altro.

CONCLUSIONI

La psicoterapia e i farmaci non possono essere gli unici strumenti di cura a disposizione degli operatori del servizio di salute mentale. Spesso tali servizi vengono investiti di richieste la cui possibilità di risposta esulano da interventi individuali.

Non esiste un malato di mente a sé che va in crisi indipendentemente dai vari contesti con cui entra in contatto. Questo a volte può succedere e quin-

di senz'altro la possibilità di intervento individuale va considerata e approfondita. Più spesso il malato mentale viene considerato tale e potenzialmente escluso dopo vari passaggi: problema individuale, situazione familiare difficile, difficoltà ed espulsione nel contesto lavorativo e sociale.

Ci si può chiedere se l'intervento nei suddetti stadi in maniera simultanea, riduce in maniera esponenziale il rischio di crisi.

Quali le componenti curanti necessarie al servizio psichiatrico, al sociale, alla famiglia per bloccare al di là della problematica individuale il rischio di crisi?

Come un assetto globale curante "può diminuire la problematica individuale"?

Quali le componenti, da quali rapporti psicoterapeutici astrarle?

Il nuovo lavoro da compiere è forse astrarre le variabili curanti all'interno della psicoterapia e osservare quali di queste variabili possono essere assunte dal Dipartimento di salute mentale nella sua globalità per essere curante. Inoltre, tenendo presente che non è l'utente ma altri che si rivolgono al servizio per chiedere l'intervento, o, che comunque a volte il contesto espelle il paziente designato producendo un aggravamento della crisi, è necessario stabilire quali sono i "comportamenti curanti" da consegnare all'assetto sociale in genere affinché sia competente ad accogliere il comportamento "incomprensibile" e non contribuisca con l'esclusione a produrre ulteriori difficoltà. A questo livello è necessario definire il ruolo del terzo settore e la sua collaborazione con il Dipartimento di salute mentale. Sono forse questi i nuovi contenuti da elaborare per chi opera nei servizi di salute mentale; solo un'apertura e comunicazione globale permetteranno l'elaborazione di nuovi progetti curativi.

Bibliografia

D. Bolelli, "Riflessioni sulle psicoterapie ad orientamento psicanalitico nel servizio psichiatrico pubblico", *Prospettive Psicanalitiche nel lavoro istituzionale*, volume 9, numero 2 maggio-agosto, 1991, pag.197-204.

G. Jervis, *Manuale critico di psichiatria*, Feltrinelli, Milano, 1976

Piano Sanitario Nazionale, *Progetto obiettivo salute mentale 1998-2000*

S. Vaccari, "L'Unità operativa di psicologia", *Salute e Territorio*, n. 120, maggio-giugno 2000