**Seminario su:**

**PSICOLOGIA, PSICOTERAPIA, SANITA’ PUBBLICA**

***Integrazione tra saperi nella formazione alla prevenzione***

**Bari, 30/01/2016**

1. **INTRODUZIONE**

 Per un gruppo di terapeuti relazionali e familiari in formazione, è davvero importante acquisire e fissare con chiarezza la consapevolezza del proprio essere agenti di Sanità pubblica. Qualcuno l’ha già sperimentato, quando nel lavoro clinico ha dovuto varcare le porte della Scuola Change per andare incontro ad insegnanti, medici, neuropsichiatri infantili, educatori e a chiunque si configurasse come attore importante nel sistema significativo delle persone in terapia e nel sistema organizzativo dei curanti. Ma oltre il lavoro strettamente clinico, è necessario che lo psicoterapeuta sia pienamente consapevole di vivere dentro un contesto sanitario in cui è portatore di competenze importanti, da scambiare con quelle di altre professionalità e con le persone che incontra nel suo cammino professionale.

A tutto questo lo psicoterapeuta relazionale e sistemico è naturalmente portato, poiché il concetto cardine del suo approccio è quello di **contesto**, che lo spinge costantemente a considerare il circostante, ciò che costruisce e dà senso ai problemi che è chiamato ad affrontare. Abbiamo una marcia in più, rispetto ad altri approcci, che possiamo azionare non solo per aiutare meglio i nostri pazienti ma anche per indicare percorsi di prevenzione dei problemi che incontriamo.

La psicoterapia attenta e riflessiva che proviamo a praticare è anche, infatti, un *laboratorio sul funzionamento della mente*, nel quale è possibile cercare e individuare, come al microscopio, l’origine del “malfunzionamento” della persona, cioè le ragioni profonde dei comportamenti che in vario modo la danneggiano.

La psicoterapia, in quest’ottica, può dunque portare un contributo interessante alle politiche di *prevenzione dei comportamenti che generano sofferenza*, poiché può aiutare a comprendere e definire ciò che è rilevante nella loro genesi e, di conseguenza, ciò che è possibile e utile fare per prevenirli. Essa infatti può portare un contributo alla comprensione non solo e non tanto di *come* le cose accadano, quanto piuttosto del *perché* accadono certe cose.

 Le cose di cui la psicoterapia si occupa, ossia il suo ambito di studio e di intervento, è appunto quello – cruciale per la sanità pubblica – degli stati e dei comportamenti dannosi per sé e/o per gli altri, che le persone pongono in essere spesso in modo del tutto volontario (o apparentemente tale): dai comportamenti antisociali ai disturbi mentali propriamente detti, dalle dipendenze patologiche alla delinquenza, dalla violenza nelle mura domestiche ai fenomeni di razzismo, ecc.; e che sono implicati nell’insorgenza di disturbi dall’altissimo costo sociale (spese per interventi sanitari, di polizia, di sistema penitenziario, di riduzione della produttività, ecc.) ed umano: infelicità personale che, in quanto tale, e in modo quasi automatico, si ripercuote sulle persone vicine, a partire da quelle che sono (o dovrebbero essere) le più care.

**IL CAPITALE SOCIALE**

Il concetto di *capitale sociale* è oggi oggetto di un interessante dibattito nell’ambito preventivo, e considera essenzialmente due dimensioni: una strutturale, relativa *all’intensità e densità delle relazioni fra gli individui*, ed una cognitiva, con riferimento alla *condivisione delle norme sociali* che riguardano i diversi contesti di vita. Il *capitale sociale* è costituito da quell’insieme di aspetti della vita sociale – reti relazionali, norme condivise, fiducia reciproca – che consente ai membri di una comunità di agire assieme in modo più efficace nel raggiungimento di obiettivi comuni.

In sei interventi realizzati in comunità medio-piccole per prevenire le morti cardiache, Lomas ha dimostrato come gli individui (e il loro stato di salute) non possano essere compresi solo cercando dentro i loro corpi e i loro cervelli, ma che occorra anche guardare dentro le loro comunità, le loro interazioni sociali, i loro luoghi di lavoro, le loro famiglie e anche le traiettorie delle loro vite; dimostrando quanto interventi comunitari di modifica dei fattori di rischio individuali siano depotenziati dalla mancata attenzione al capitale sociale.

Numerosi studi segnalano, in effetti, un alto capitale sociale come fattore di protezione della salute dei membri di una comunità; e ciò potrebbe da una parte comprovare, per così dire *ex juvantibus*, quanto l’approccio opposto, identificabile nell’individualismo, possa costituire un rischio per la salute; e dall’altra suggerire l’opportunità di promuovere interventi per aumentare il sostegno sociale e la coesione sociale – utili anche a favorire l’accesso degli individui ai programmi di prevenzione mirati sui tradizionali fattori di rischio.

Da oltre trent’anni, numerosi ricercatori sottolineano le influenze del sistema sociale, nella famiglia e nella comunità, ma le discipline che attualmente dominano il mondo della politica sanitaria, economia e scienza biomedica, rimangono però ancor oggi sostanzialmente chiuse nel presupposto fondamentale che l’individuo sia l’unità di misura delle analisi e degli interventi di Sanità pubblica. Occorrerebbe dunque inserire tra di esse un forte approccio epidemiologico – oltre che concentrato sulle tecnicalità e gli approfondimenti statistici – anche allargato alle scienze sociali, dalla sociologia, all’antropologia, alla psicologia di comunità, che sappia considerare le influenze del contesto comunitario di vita come elemento determinante del comportamento individuale.

Una Sanità pubblica sensibile a tali argomenti si potrebbe concentrare dunque sul miglioramento della distribuzione del reddito, sulla valorizzazione della qualità e quantità del tempo libero, sulla facilitazione delle interazioni sociali, sulla pianificazione di spazi pubblici di integrazione, ecc.; ossia, in altre parole, su tutti i cambiamenti nella struttura fisica e sociale delle comunità utili a promuovere e incrementare il capitale sociale locale.

1. **EDUCAZIONE “PROFONDA” ALLA SALUTE**

Larga parte dell’approccio moderno di Sanità pubblica è fondato sulla relazione comunicativa; dalla educazione alla salute per la prevenzione dei comportamenti a rischio, alla promozione dei determinanti positivi di salute.

È ben noto però come *l’informazione* sui danni, anche quando certissimi, connessi a comportamenti nocivi, non sia sufficiente a determinare l’abbandono di quei comportamenti.

Allo stesso modo, *l’appello “etico”* a un comportamento corretto e rispettoso delle leggi, ai principi della convivenza e del rispetto per il prossimo – insomma ad essere virtuosi nel proprio interesse – rischia di cadere nel vuoto con chi è in qualche modo “candidato” a far danni a sé o agli altri: non c’è educazione che tenga, se il *bisogno profondo* (in parte o del tutto inconsapevole) che un individuo porta dentro di sé è esattamente quello di fare o farsi del male.

Anche il contributo della *psicologia non clinica* spesso si ferma a un livello superficiale, di mero richiamo alla necessità di un’*educazione sentimentale,* nella famiglia e nella scuola, prospettato *come fatto culturale*, come un contenuto, una forma di sapere che genitori e insegnanti devono trasmettere.

Ora, se è del tutto vero che è nella famiglia e nella scuola che si producono sulle nuove generazioni guasti e salvezze, lo spazio in cui tali guasti e salvezze avvengono non è quello semplicemente educativo, pedagogico, quanto quello dell’*esperienza relazionale qualificata*.

L’unica educazione efficace è, insomma, quella che passa attraversa un esempio; quello del virtuoso che testimonia con il suo benessere – e con il benessere che procura a chi è in relazione con lui – l’utilità dei valori che pratica. Inoltre, l’educazione richiede non solo un soggetto educante appropriato, ma anche un soggetto da educare – un bambino, ad esempio – che sia in grado di accogliere correttamente quel messaggio: ed è tale solo un bambino sufficientemente ben curato, cioè un bambino i cui bisogni di accudimento (protezione, ascolto, affetto) siano stati soddisfatti *prima* del momento educativo.

In questa prospettiva, *educazione, prevenzione e benessere sono sinonimi di* *accudimento*, presa in carico; anzi, si può affermare che essi non sussistono senza la dimensione dell’accudimento verso chi ne ha bisogno, i “cuccioli” *in primis*.

Accudire la prole da parte di chi la genera o di chi se ne occupa è un fatto naturalmente obbligato, una sorta di riflesso cui la specie umana è predisposta ai fini della sua stessa conservazione; ma tra i *Sapiens* l’accudimento è anche un ambito fortemente culturalizzato e complesso, condizionato non solo dalla genetica e dalla neurologia ma – e di più – da perturbazioni ambientali, culturali, relazionali, storiche, sociali, biografiche.

1. **CONCLUSIONI E MANDATI**

La riflessione sul rapporto fra psicoterapia e sanità pubblica e sul suo apporto concreto in termini di prevenzione rappresenta una sfida ambiziosa. Affrontarla vuole dire affermare la volontà di esplorare i contesti entro i quali la nostra professione è presente e le ricadute generalmente preventive e collettive che un intervento psicologico/psicoterapico può offrire, e cercando di portare le nostre specifiche competenze.

Siamo chiamati a leggere nuove situazioni relazionali e per farlo dobbiamo tener presente che, per quanto possa essere grande l’impatto di un buon lavoro psicoterapico, altrettanto grandi sono i limiti che questa tipologia di intervento ha in se stessa.

Va considerato ad esempio che:

* la psicoterapia presuppone una *complessa maturazione di una domanda di aiuto* e un coinvolgimento profondo della persona che la chiede. La “velocità” di maturazione della domanda è troppo spesso, inversamente proporzionale alla rilevanza del problema: tanto più la difficoltà è grave, tanto meno si chiede aiuto, poiché la gravità si accompagna, simmetricamente, ad una minore consapevolezza del proprio ruolo;
* è ancora piuttosto diffuso, anche se in costante calo, il *pregiudizio* che collega la domanda di psicoterapia all’etichetta di *malattia mentale*;
* *l’offerta* di psicoterapia da parte della *Sanità Pubblica è modesta*. Nonostante molti studi, a partire da quello della *London School of Economics*, abbiano dimostrato che la psicoterapia conviene alle casse dello Stato ben più di ogni altra forma di intervento sulla depressione, essa è divenuta di fatto – ancor più oggi, in tempo di crisi economica – un bene di lusso, disponibile solo per chi può pagarsela, o per chi ha la fortuna di risiedere in un luogo dove i servizi pubblici sono in grado di erogarla;
* d’altro canto, è modesta anche la *capacità di proposta organizzativa e collettiva da parte del mondo della psicoterapia*, che fatica a ragionare in termini di sanità pubblica, al di fuori e al di là del più ristretto paradigma clinico;
* mediamente, *l’offerta* di psicoterapia nel settore privato è ancora *qualitativamente insufficiente* dal versante degli psicologi, e quasi sempre *drammaticamente* *assente* nella formazione di psichiatri e neuropsichiatri infantili.

Alla luce di tutto ciò, gli allievisono invitati a riflettere su alcuni nodi critici nel possibile apporto della psicoterapia all’organizzazione dei Servizi Socio Sanitari e al potenziamento del capitale sociale.

Ecco alcuni di quei nodi, tra gli altri che possono essere individuati nella riflessione individuale e di gruppo:

* Quali sono le criticità maggiori per uno psicoterapeuta oggi nell’ambito dei Servizi pubblici entro cui opera, e come è possibile superarle?
* Come affrontare sul versante disciplinare e culturale psicologico/psicoterapico la dialettica clinica/prevenzione, tutela/promozione, singolo/collettività?
* Quali nuovi/più efficaci modelli organizzativi potrebbero essere proposti per l’inserimento organico della psicoterapia nel sistema degli interventi di sanità pubblica?
* Quale può essere lo spazio di intervento per la psicologia e lo psicologo nella determinazione del capitale sociale? Quale lo spazio per interventi psicologici e psicoterapeutici di collettività?
* Quali possibilità e modelli per una epidemiologia psicologica (prima e più che psichiatrica)? Quale definizione operativa di rischio, di caso, di guarigione?
* É ipotizzabile l’apertura di una linea di ricerca e riflessione sull’identificazione di una disciplina/approccio di “Psicoterapia di sanità pubblica”? Lungo quali direttrici principali?