

MANIFESTO

Young Adults, Mental health and Inclusion - YAMI

Bergamo, 31 ottobre – 5 novembre 2022¹



Co-funded by
the European Union

I partecipanti, provenienti da cinque Paesi europei (Belgio, Francia, Grecia, Italia e Spagna), hanno condiviso le loro esperienze comunicando in lingue diverse e comprendendosi reciprocamente con la sensazione di appartenere a una unica cultura e a un'antica tradizione che valorizza il rispetto delle differenze culturali. I 28 membri del gruppo hanno sperimentato la ricchezza e la complessità di essere diversi e inclusivi allo stesso tempo, trovando valori comuni e condividendo domande, bisogni e pratiche innovative che possono essere riprodotte in altri Paesi. Durante la settimana è emersa una forte volontà di scambiare esperienze e imparare gli uni dagli altri.

Quando parliamo di “salute mentale” non parliamo solo di disturbi mentali come le dipendenze da sostanze o altre condizioni psichiatriche, o di istituzioni e servizi psichiatrici: parliamo della vita dei giovani adulti nelle nostre comunità che quotidianamente affrontano un mondo difficile, in particolare dopo i periodi di isolamento dovuti alla pandemia di COVID-19. Tuttavia, nella nostra settimana del progetto YAMI ci siamo concentrati anche su situazioni più difficili, come quelle che affrontiamo quando lavoriamo nei diversi Servizi di salute mentale.

¹ **Erasmus+ Project 2019-3-IT03-KA105-017215 – partecipanti al progetto europeo YAMI:**

Italia: Cecilia Edelstein, Project Coordinator— Shinui - Centro di Consulenza sulla Relazione; CIPRA - Coordinamento Italiano Professionisti della Relazione d'Aiuto; Achim Rusu — Università Milano Bicocca - Corso di Laurea Servizio Sociale; Anna Barracco — Coop. Limen ONLUS, Società Thesisgroup Srl, CIPRA; Antonia Restori — ASL di Parma, CIPRA; Giuseppe Galdi — Associazione Michele Baù; Radicali di Diritti alla follia; Lorenzo Maini — Shinui, Studente di Psicologia, Università Milano Bicocca; Martine Bucci — CIPRA; Paolo Migone — Rivista *Psicoterapia e Scienze Umane*, CIPRA; Riccardo Zerbetto — IIPDW Italia – The International Institute for Psychiatric Drug Withdrawal; Centro Studi di Terapia della Gestalt; CIPRA.

Belgio: Paul du Roy, Country Coordinator, — Epsilon - Réseau de soins psychiatriques; Nele De Schryver — UZ Gent - Universiteit Gent; Emanuele Ferrigno — IMAGO, l'Équipe, Ligue Bruxelloise pour la Santé Mentale; Gilbert Lemmens — UZ Gent - Universiteit Gent.

Francia: Thomas Schwab, Country Coordinator - IPEC - Institut Pluridisciplinaire d'Études sur la Communication; Samuel Bouloudnine - ODIS-C - Organisme pour le Développement des Interventions Systémique et Contextuelles; Philippe Durand - Réseau et Famille; Rémi Peridon - Réseau et Famille.

Grecia: Valeria Pomini, Country Coordinator— UMHRI - University Mental Health, Neurosciences, and Precision Medicine Research Institute "Costas Stefanis", First Dept. of Psychiatry, National & Kapodistrian University of Athens; Mirjana Selakovic — General Hospital "Sismanogleio" Marousi, Athens; Kiryaki Tsikou — EPAPSY - Association for Regional Development and Mental Health; Lida Xenaki — First Dept. of Psychiatry, National & Kapodistrian University of Athens.

Spagna: Adrián José Hinojosa, Country Coordinator — Escuela de Terapia Familiar Sant Pau; Claudio Fuenzalida — CTI - Centre de Teràpia Interfamiliar; Julia Javkin — CITA - Centro de Adicciones Clínicas; Ramón José Lema — Escuela de Terapia Familiar Sant Pau.

Al termine del residenziale, i partecipanti hanno co-costruito un documento volto a migliorare la salute mentale dei giovani in Europa, contenente dieci punti:

1. **Promuovere il benessere e il miglioramento della qualità della vita**, con particolare attenzione agli aspetti sociali, culturali, educativi, economici e sanitari legati alla vita dei giovani adulti. Creare contesti di pari opportunità che siano pluralistici e inclusivi, che incoraggino la cittadinanza attiva, combattano lo stigma sociale e le discriminazioni di religione, etnia, genere, classe sociale, etc. Vanno promossi anche spazi autogestiti da giovani adulti e sostenuti con finanziamenti pubblici.

2. Dovrebbe essere messa in primo piano la **prevenzione**, che dovrebbe mirare a migliorare l'alfabetizzazione in materia di salute mentale al fine di facilitare l'intervento precoce nella popolazione giovanile, ad esempio la diagnosi precoce, facilitando la ricerca di aiuto da parte dei giovani per se stessi e/o per le famiglie e gli amici. Le parti interessate dovrebbero fornire spazi per i giovani e pianificare attività di prevenzione. La prevenzione implica un'indagine sui metodi di *screening* al fine di identificare le modalità di contatto e i fattori di rischio, come l'abuso di droghe e alcol. Potrebbero essere molto utili le campagne di sensibilizzazione sui problemi psicologici tramite i *social media* (in particolare quelli utilizzati dalle giovani generazioni), soprattutto per quanto riguarda abuso, abbandono, discriminazione, disgregazione familiare, bullismo, violenza, influenza negativa di alcuni tipi di pubblicità commerciale, etc. Il *focus* dovrebbe essere sulle risorse e sui fattori di resilienza a livello individuale, familiare e di comunità (e non sul problema durante la fase di prevenzione). Serve una collaborazione con le scuole, le associazioni locali, culturali e sportive per combattere l'isolamento sociale e promuovere la coscienza civica, la cultura ecologica, l'educazione alla pace e alla democrazia, e un pensiero indipendente e critico.

3. **L'intervento precoce** dovrebbe essere mirato non solo agli esordi psicotici ma anche ad altre condizioni cliniche o subcliniche (sottosoglia) come ansia e modificazioni dell'umore. La presenza di professionisti della salute mentale (psicologi e counselor) a scuola e nelle università è di fondamentale importanza. È essenziale sviluppare servizi ambulatoriali per evitare il più possibile i ricoveri e proporre soluzioni adeguate e specifiche al contesto dei giovani adulti.

4. Dovrebbero essere implementati nella comunità specifici "**centri giovanili**" o "**case aperte**" per la cura delle varie psicopatologie. Ne sono un esempio le *Balance Homes* in Israele dove gli ospiti possono ritrovare il proprio equilibrio emotivo dopo una crisi psicologica, o le *Soteria Houses* fondate nei primi anni Settanta in California da Loren Mosher e poi implementate in vari Paesi; queste case offrono spazio a persone che attraversano una crisi psicologica e si basano su un modello di *recovery*, con personale principalmente non medico che coinvolge le reti sociali dei residenti e cerca di ricostruire un significato nell'esperienza soggettiva di disagio, con un uso minimo di farmaci e nessuna costrizione fisica. L'attenzione all'ambiente sociale dovrebbe concentrarsi anche sugli aspetti transculturali. In questi centri, a cui si può accedere anche senza prescrizione medica, gli ospiti devono trovare coetanei e svolgere le varie attività ricreative e culturali che più gradiscono (arte, sport, meditazione, terapie corporee, lettura, scrittura, poesia, etc.). Inoltre, l'architettura di queste case dovrebbe essere attraente per i giovani adulti. Alcuni ex-ospiti potrebbero svolgere un ruolo come membri dello *staff* contribuendo col loro aiuto al processo terapeutico.

5. Dovrebbe essere offerta **un'ampia gamma di opportunità terapeutiche**. Oltre ai centri giovanili e alle case aperte, dovrebbero essere disponibili diverse modalità terapeutiche come ospedali, comunità terapeutiche, centri diurni, gruppi-appartamento, ambulatori, *équipe* che fanno visite domiciliari e operano sul territorio, etc., al fine di assistere i giovani adulti con episodi psicotici e altre sofferenze psicologiche. Dovrebbe essere privilegiata l'assistenza non residenziale; il trattamento residenziale, se necessario, dovrebbe essere di breve, media e lunga durata, possibilmente nella stessa zona in cui vive la persona e con un coinvolgimento della sua rete sociale; idealmente, il trattamento ospedaliero dovrebbe essere fornito in reparti appositamente progettati per i giovani adulti al fine di evitare differenze di età tra i pazienti ricoverati nello stesso reparto. Possono essere particolarmente adatte delle *équipe* mobili per sostenere – per un breve periodo (circa un mese) – giovani adulti in crisi che hanno difficoltà a ottenere assistenza psichiatrica; queste *équipe* possono creare un ponte tra l'area sanitaria e quella sociale, con anche l'obiettivo di ridurre lo stigma. I programmi post-ricovero dovrebbero mirare a migliorare il recupero attraverso azioni specifiche come programmi scolastici più adeguati, *coaching* per gli studenti, orientamento professionale, inserimento lavorativo, lavori supportati, etc. Dovrebbe essere valorizzato il ruolo del lavoro di *équipe*, in cui i *team* dovrebbero passare da un approccio multidisciplinare a un funzionamento *interdisciplinare*, e diverse figure professionali (psichiatri, psicoterapeuti, psicologi, counselor, assistenti sociali, specialisti della riabilitazione psichiatrica, educatori professionali, infermieri, arte-terapeuti, etc.) potrebbero essere utilizzate nel processo di cura a vari livelli secondo la loro competenza, anche per permettere ai giovani di scegliere quale tipo di aiuto necessitano e desiderano.

6. Il **trattamento** dovrebbe basarsi su **diverse modalità, verbali e non verbali**; i farmaci, quando necessari, non dovrebbero mai essere concepiti come separati da una comprensione psicologica dei sintomi del paziente all'interno della sua storia di vita. Il ruolo dell'attivazione comportamentale è importante. Come diceva Franco Basaglia (*leader* del movimento italiano per la riforma psichiatrica), ciò di cui i pazienti hanno bisogno non è solo parlare di qualcosa, ma *fare delle cose*, essere coinvolti personalmente ed emotivamente in alcune attività; infatti, come la ricerca ha dimostrato, le emozioni, piuttosto che le cognizioni, hanno il ruolo principale nel promuovere il cambiamento. La relazione terapeutica dovrebbe favorire una co-costruzione continua delle narrazioni e dei significati della vita all'interno di *team* interdisciplinari che prestano una particolare attenzione al senso di appartenenza e ai bisogni fondamentali dei giovani adulti. Il trattamento dovrebbe essere focalizzato sulla resilienza e sui punti di forza del paziente, sostenendo l'*empowerment*, la *recovery* sociale e il reinserimento sociale, e non sulla diagnosi psichiatrica tradizionale; a questo proposito, dovrebbero essere evitate le diagnosi che aumentano lo stigma sociale, e dovrebbe essere preferito un approccio transdiagnostico (che ad esempio presta attenzione ai temi della regolazione affettiva e dell'attaccamento), considerando anche che molte diagnosi del DSM hanno una certa attendibilità ma mancano di validità. Le famiglie dovrebbero essere considerate partner: il sostegno familiare, la terapia familiare e i gruppi multifamiliari dovrebbero far parte del lavoro di *routine*. La terapia di gruppo è spesso sottoutilizzata nei Servizi di salute mentale e dovrebbe essere implementata il più possibile perché è molto utile e anche *cost-effective*. Poiché nel settore pubblico la pratica della psicoterapia individuale a lungo termine è problematica per la mancanza di un numero adeguato di psicoterapeuti, dovrebbe essere attivato in ogni Centro di Salute Mentale un servizio di psicoterapia breve. Un servizio di psicoterapia breve consentirebbe a un maggior numero di utenti di essere esposti a un'esperienza di comprensione del proprio mondo interiore e delle cause della propria sofferenza, anche al fine di prevenire futuri disagi emotivi. La ricerca ha dimostrato che psicoterapie brevi condotte da terapeuti preparati sono efficaci nei disturbi mentali comuni come ansia e depressione, e

spesso sono più efficaci dei farmaci. Dovrebbero essere organizzati seminari di gruppo *on-line* nazionali e internazionali per giovani adulti con simili problemi psicologici al fine di scambiare esperienze. Anche i gruppi di auto-aiuto sono molto importanti; infatti, la ricerca mostra che i gruppi di auto-aiuto sono estremamente efficaci per specifici problemi psicologici, e a volte sono più efficaci di trattamenti professionali. Un importante metodo di intervento negli esordi psicotici è l'approccio dell'*Open Dialogue* sviluppato dal gruppo di Seikkula nella Lapponia occidentale (Finlandia), ora sperimentato anche in altri Paesi; questo metodo si basa su incontri entro 24 ore dal contatto che includono il maggior numero possibile di persone significative della famiglia e della rete sociale del paziente, con l'obiettivo di generare un dialogo e mettere in parole le esperienze "incarnate" nei sintomi psicotici del paziente.

7. **Non c'è cura senza "amore"**. Sappiamo bene che il termine "amore" ha significati differenti nei diversi Paesi e culture, e che questa affermazione può sembrare semplicistica o ingenua, ma è al centro di molte teorie della tecnica psicoterapeutica sviluppate nel corso del Novecento: quello che intendiamo è che nell'approccio alla sofferenza psicologica un ruolo importante, forse il più importante, viene giocato dalla *affettività*, cioè dalla creazione di un legame affettivo positivo, dalla sensazione da parte del paziente che l'operatore lo vede come una persona di valore nonostante le emozioni negative e le grandi difficoltà che a volte sono presenti. Quando parliamo di "amore" intendiamo che, per essere efficaci, i membri dello *staff* dovrebbero sempre cercare di mantenere, anche con un paziente difficile, un rapporto continuativo caratterizzato da stabilità, coerenza, calore, accettazione, complicità, gioia, umorismo e gioco. Non c'è cambiamento senza sentimenti positivi. Certo, non è facile lavorare con un paziente difficile, ma un aspetto importante della terapia consiste proprio nella comprensione, da parte del terapeuta, dei propri sentimenti negativi e nel coltivare la capacità di riflettere e lavorare sulle proprie reazioni emotive.

8. **Gli stessi professionisti della salute mentale dovrebbero ricevere "cura"**: dovrebbero ricevere stipendi adeguati e, soprattutto, una formazione adeguata nelle tecniche terapeutiche più efficaci, formazione continua e supervisione di gruppo (così come "inter-visione", cioè gruppi di professionisti che si incontrano regolarmente per discutere di casi difficili e problemi emotivi che potrebbero avere nel rapporto con alcuni pazienti). Anche la supervisione individuale dovrebbe essere fornita in caso di necessità. Convegni, corsi, incontri e scambi internazionali sono estremamente utili per crescere ed evitare l'isolamento culturale, la demotivazione e il *burn-out*.

9. I servizi dovrebbero ricevere **finanziamenti adeguati** al fine di garantire la continuità e la varietà delle cure.

10. Infine, ma non da ultimo, è importante il ruolo della **ricerca empirica**. Sotto la guida di ricercatori esperti, ogni *team* dovrebbe portare avanti progetti di ricerca con l'obiettivo di convalidare specifici interventi o approcci per la prevenzione e il trattamento dei problemi psicologici dei giovani adulti.



Co-funded by
the European Union

