

IL LAVORO TERAPEUTICO NELLE ISTITUZIONI: UNO SPAZIO POSSIBILE

Leggendo i contributi presentati in questo numero verrebbe da aprire la riflessione con un annoso interrogativo: *si può fare psicoterapia nelle Istituzioni Pubbliche?*

Interrogativo che possiamo ridefinire diversamente, ampliando la nostra visuale: *si può intendere il lavoro condotto nei Servizi Pubblici come una diversa modalità di “lavoro terapeutico”? Una modalità che può essere, comunque, riconoscibile nelle sue forme, nei suoi mezzi e nella sua efficacia? Una modalità i cui strumenti possano essere declinati secondo diverse esigenze contestuali e secondo le specificità dei diversi ambienti in cui le persone incontrano gli operatori (psicologi, psicoterapeuti, psichiatri, neuropsichiatri, esperti di terapia transculturale, CTU, etc...)?* L'impresa non è semplice, ma gli autori che partecipano alla costruzione di questo numero hanno accettato di portare la loro testimonianza e riflessione come operatori che operano *dentro alle istituzioni*, operatori che con le istituzioni -oltre che con i pazienti- dialogano nell'incontro-scontro che su questo terreno si può generare.

Il lavoro psicoterapeutico in età evolutiva svolge un ruolo molto importante, sia di cura che di prevenzione secondaria dei disturbi. Tuttavia, nella realtà dei servizi per l'infanzia, l'attività clinica è scarsamente praticata o più spesso praticata non conformemente alla specificità e articolazione dei bisogni manifestati dalla popolazione; nonostante la presenza di numerosi psicologi e neuropsichiatri con formazione specifica al riguardo, tale funzione non ha ancora trovato un'adeguata collocazione organizzativa nell'ambito dei molteplici compiti istituzionali ad essa affiancati. Da ciò emergono alcune priorità che non possono essere ignorate e sulle quali occorre che i servizi di Neuropsichiatria e i Servizi Sanitari Pubblici garantiscano la possibilità di interventi psicoterapeutici in un assetto specifico ed esplicito (Salzillo, 2010¹).

Non possiamo non pensare, tuttavia, lavorando quotidianamente nei Servizi, che i Servizi stessi presentino modalità di funzionamento simili o quantomeno non sufficientemente distanziate da quella dell'oggetto di cui si occupano. Bleger osservava che le istituzioni sono un *“sistema esterno di controllo delle ansie più primitive e la tendenza alla stereotipia al loro interno costituisce a sua volta un aspetto difensivo di quel sistema”*.

Nel lavorare terapeuticamente dentro le istituzioni di questi fattori sembra doveroso occuparsi per cercare una possibile integrazione tra vincoli e possibilità, per superare le inevitabili impasse che tali aspetti comportano, per diventare parti attive e creative del *“sistema istituzionale che, a suo modo, cura”*.

In quest'ottica può diventare paradossalmente arricchente, migliorativo, adattativo e talvolta anche terapeutico non solo il rapporto tra il curante e il/i paziente/i, ma anche la presenza dell'operatore nell'équipe curante e per estensione la presenza dell'operatore nel Servizio. La funzione terapeutica, in questo senso, potrebbe essere intesa in senso più ampio.

Come può avvenire questo processo?

Gli autori di molti dei contributi presentati in questo volume, nel seguire come filo conduttore il lavoro condotto con i giovani pazienti, ci offrono alcuni interessanti spunti che, lungi dall'esaurire la questione, suggeriscono funzioni attraverso cui il gruppo di curanti può divenire una *“piccola istituzione”* dentro la più ampia istituzione.

La comunicazione, spesso intensa e carica di dolore e di angoscia, è necessariamente vissuta da ognuno dei presenti che risponde empaticamente in rapporto alle proprie caratteristiche personali,

¹ Salzillo G. (2010) *L'efficacia della psicoterapia psicodinamica nelle istituzioni*. Giovedì 06 Maggio -<http://www.ilnodolab.net/articoli/l-efficacia-della-psicoterapia-psicodinamica-nelle-istituzioni.html>

alle proprie idiosincrasie e alle difese immediate che può instaurare di fronte ad una situazione altamente destabilizzante, come la malattia mentale. Per questo e per altri motivi, si rende indispensabile un luogo di ascolto e di riflessione ulteriore in cui si possa ricostruire e dare un significato anche altro all'esperienza che si sta vivendo (Mantovani, 1997²).

Tanto più dobbiamo tenere conto del fatto che nel lavoro di chi si occupa di malattia mentale sia facile entrare in circuiti persecutori di pensiero, per l'intensità della sofferenza che essa comunica e l'intensità delle proiezioni e delle identificazioni che si verificano, per il contatto in particolare con pazienti portatori di nuclei psicotici potenti, informi, pervasivi, contagiosi e in buona parte, inesprimibili come i cosiddetti pazienti "istituzionali" (Scala e Correale, 1987 in Mantovani, 1997).

E' per questo che un gruppo di lavoro abbastanza ben strutturato deve esistere accanto al terapeuta che si trova necessariamente a lavorare in solitudine. Anche quando nella struttura (servizio ambulatoriale, reparto ospedaliero, polo territoriale) sono presenti altre persone (familiari, operatori sociali, colleghi psicologi o neuropsichiatri, personale medico, paramedico e infermieristico) il contatto con la sofferenza psichica è diretto, in un rapporto uno a uno, da inconscio a inconscio.

Ecco allora -come ben evidenziano molti dei lavori condotti dagli operatori afferenti alle diverse sezioni operative dell'ospedale Niguarda- che l'équipe di curanti se si struttura in forma dialogica diventa strumento in grado di riunire le parti frammentate e si organizza come luogo di ricomposizione di tanti degli elementi scissi, circolanti e proiettate sulle varie "superfici" a disposizione dei pazienti.

Gli autori, nella complessità ed eterogeneità dei contributi offerti, ci forniscono alcune indicazioni che proviamo ora ad estrapolare in modo sintetico, rimandando il lettore all'approfondimento dei singoli lavori.

- Nelle istituzioni è utile essere pronti a trattare anche "casi gravi", in cui le famiglie si pongono spesso in assenza di contatto o in modo scarsamente partecipato ed inconsapevole; casi in cui può non esserci alla base un terreno immediatamente disponibile alla psicoterapia, ma dove si deve di necessità precorrere la ricerca di obiettivi indispensabili per far emergere una diversa domanda di cura, determinare l'alleanza e l'accettazione del lavoro per avviare la costituzione di un setting adatto al trattamento. Naturalmente per operare in tal direzione è fondamentale conoscere l'arte della psicoterapia, anche nell'ottica di valutare e decidere quando è il momento di dosarla, limitarla o in caso non usarla. Il movimento inverso, sarebbe invece, di difficile praticabilità.

-Chi opera in qualità di referente, coordinatore, supervisore deve sapersi curare dei suoi gruppi di lavoro, gestendo sapientemente le tensioni tra sottogruppi che si possono presentare come contrapposizioni distruttive o conflittuali tra orientamenti divergenti per farle evolvere in dinamiche che possano dare al gruppo dei curanti maggiore ricchezza e consistenza ed estendere lo spazio mentale degli operatori prima e dei pazienti poi.

-Considerando che nei casi multiproblematici o con problematiche fisiche di ampio spessore è possibile che ciascun operatore possa fare esperienza di un particolare e diverso punto di vista rispetto al funzionamento familiare e che i genitori facciano richieste talvolta anche contraddittorie agli operatori si comprende inequivocabilmente la necessità di un luogo-tempo concreto in cui diventi possibile condividere questi vissuti sul bambino e sui genitori. Può avvenire, infatti, che a fronte di angosce profonde, attivate da sistemi familiari sofferenti, si inneschi, anche negli operatori, un'emergenza di sopravvivenza, con un ancoraggio eccessivo alle proprie conoscenze teoriche o con

² Mantovani M.C. (1997) *Spazi di riflessione nelle istituzioni psichiatriche: le supervisioni alle équipe*. Relazione presentata al convegno "Strumenti psicoanalitici in psichiatria. Scenari terapeutici con pazienti gravi", 24 Maggio, Centro Psicoanalitico di Bologna. Bologna.

un attaccamento alle proprie convinzioni corrispondenti ad esempio all'agire un personaggio del teatro interno familiare.

- Nei luoghi di cura in cui la psicopatologia si estrinseca attraverso una forma somatica o attraverso alterazioni ai cicli autoregolatori e biochimici del corpo (disturbi alimentari, gravi patologie psicosomatiche, handicap fisici o quadri di alterazione motoria, ecc...) diventa pericoloso insistere esclusivamente -senza un pensiero prospettico- sulla specializzazione degli interventi o sul ricorso a protocolli di cura predefiniti; va scongiurato, infatti, il rischio di una collusione con il bisogno inconscio del paziente di non contattare il nucleo della sofferenza emotiva nella sua unicità. È allora necessario, sviluppare uno spazio di lavoro integrato per poter abbandonare un'identificazione appiattente con l'aspetto sintomatico.

- Nei reparti di Neonatologia, Pediatria, Centro Grandi Ustionati l'esperienza di supporto psicologico e di follow-up (laddove previsto) deve tradursi attraverso alcuni elementi cardine che richiamano nell'operatore continuità e rapidità di intervento, flessibilità e creatività nel costruire il setting nei luoghi eminenti di cura, per tutto il tempo della degenza (e spesso oltre), a seconda delle necessità della famiglia con tutti gli interlocutori necessari al lavoro psicologico. L'operatore funge da ponte, si sedimenta come seconda pelle tra il paziente/la sua famiglia traumatizzati e la struttura ospedaliera in un momento di grande vulnerabilità psichica in cui il trauma sta modificando gli assetti interni e le risposte che la famiglia può organizzare intorno al trauma. Per realizzare tali interventi è necessario che ci sia un'interfaccia specifica e costante tra gli operatori psicologici e l'équipe medica o le strutture di emergenza. Questo fornisce una continuità che si oppone -per il paziente e i suoi familiari- al senso di frammentarietà e di frattura che il trauma ha generato. La collaborazione tra lo psicologo e l'équipe medica, tesa a realizzare una migliore comprensione dei vissuti connessi alla malattia ed un maggiore contenimento delle angosce dei pazienti, prevede spazi, riconosciuti a livello istituzionale, di scambio e discussione tra gli operatori coinvolti.

- E' fondamentale che l'operatore sappia dosare non solo il modo, ma anche che il tempo di lavoro (soprattutto laddove sarebbero previsti rigidi protocolli operativi), rispettando le latenze dei pazienti, non intrudendo in momenti di ritiro o stasi, non abbandonando il terreno terapeutico prima del compiersi di un percorso che spesso si svolgerà inevitabilmente a tappe. In questo l'istituzione offre una peculiarità di funzionamento che, se da un lato rischia la parcellizzazione degli interventi, dall'alto sembra in grado di offrire una continuità, anche nella discontinuità degli interventi offerti e dei tempi messi in cantiere per i diversi segmenti di lavoro terapeutico.

- E' importante essere consapevoli dell'uso che il paziente potrebbe fare dell'Istituzione. In particolare questo tema diventa caro sia nel trattamento dei genitori -che potranno indurre nell'operatore le richieste di delega in risposta alla propria fragilità (con un sottostante rischio di collusione onnipotente da parte del terapeuta)- sia in quello dell'adolescente, che potrà tentare di utilizzare l'Istituzione come contesto evolutivo per lui, agendo una manipolazione attiva su di essa, facendole subire scacchi, rifiuti, come fosse un rappresentante di figure parentali che a lui hanno fatto subire distacchi o abbandoni. In tali casi è necessario, per il paziente, che lo specialista non abbia presunzioni sulle proprie possibilità terapeutiche, né faccia eccessivo affidamento sulla disponibilità dell'adolescente ad individuarlo come suo terapeuta o comunque come un personaggio a lui utile, prescindendo dal suo ruolo istituzionale.

Il trattamento di adolescenti con patologia psichica richiede la predisposizione di setting in grado di recepire sia i bisogni evolutivi che quelli terapeutici. Come la comunità anche il centro diurno deve costantemente mantenere nel suo immaginario la potente carica evolutiva dell'età adolescenziale e la forte spinta all'emancipazione e alla soggettivazione; tale spinta spesso costringe tutta l'équipe ad un continuo lavoro di lutto fra proiezioni, desideri e progetti che spesso si discostano dalle nostre

fantasie. La varietà delle figure professionali e dei setting –soprattutto negli interventi sul campo– permette di modulare l'intervento, non solo offrendo agli adolescenti gli interventi professionali di cui necessitano, ma anche permettendo loro di usufruire del canale di comunicazione più adeguato alla loro situazione. Il trattamento non può, dunque, prescindere dal contesto istituzionale in cui viene progettato, definito e condotto e dalle risorse reali e mentali che specialisti e pazienti possono mettere in gioco.

- Una particolarità del lavoro nel pubblico promosso dalle Aziende Sanitarie attraverso specifici Progetti di carattere preventivo è che essi propongono specifiche attività che riescono ad offrire un "contenitore ampio", talvolta non rigidamente differenziato nelle funzioni, che travalica il tradizionale contesto di terapia e diagnosi. La non patologizzazione della relazione curativa e la capacità di tollerare tempi e modi di lavoro talvolta focali, intermittenti, ciclici permette al paziente di costruire gradatamente un territorio terapeutico che, in molti casi, egli riesce a fare proprio nel tempo. Lo psicoterapeuta assume la funzione di tessitore di una storia "interna". La struttura pubblica si pone come garanzia di una cornice esperienziale di accoglienza che il paziente sente (spesso inconsciamente) di poter recuperare, se lo desidera, in momenti diversi del proprio percorso. All'operatore viene chiesto di apprendere a modulare in modo flessibile teorie e tecniche apprese durante il proprio percorso formativo per adattarle alla situazione concreta del lavoro posto dall'incontro con il territorio: le modificazioni implicano l'utilizzo di strategie terapeutiche compatibili con l'individuazione degli obiettivi raggiungibili (dunque non idealmente raggiungibili) in integrazione con obiettivi posti da altri servizi che sempre dell'utente si occupano con altre finalità sanitarie o supportive.

- L'ampliamento delle problematiche interculturali legate alle condizioni delle popolazioni migranti e dei traumi connessi alla situazione migratoria ha condotto gli operatori ad allargare i confini e le prospettive di lavoro oltre il contenitore della psicoterapia, spesso poco accettata o poco compresa, verso un accompagnamento più duttile ed attento, che si muova pacatamente all'interno della complessità dei traumi cumulativi di cui sovente queste famiglie sono inconsapevoli portatori e delle inevitabili resistenze culturali che si rilevano. Al terapeuta è richiesta innanzitutto una notevole capacità di decentramento, l'attitudine a non avere una posizione dominante legata alla cultura di appartenenza, anche nelle varianti dettate dal controtransfert. Inoltre elemento particolarmente utile riguarda la terapia a geometria variabile, ossia uno sforzo di flessibilità e innovazione nell'utilizzo di un setting variabile, a seconda delle caratteristiche e della storia migratoria della famiglia che si incontra. Il mediatore linguistico-culturale può essere una presenza positiva all'interno della terapia, in quanto rappresenta una possibilità di adattamento bi-culturale in cui potersi identificare e attraverso cui attivare reti significative nella cultura di accoglienza.

- Nel lavoro terapeutico con i bambini è sempre bene avere in mente e rispettare il fatto che i bambini si fermano laddove le famiglie possono accettare e tollerare il cambiamento. Questo tema si complessifica ancora di più nel caso delle famiglie migranti dove i bambini, sono portatori di un cambiamento generazionale e culturale, che avviene lentamente e silenziosamente.

Le resistenze dei genitori vanno accolte, trattate e rispettate, ricordando che affinché i bambini possano intraprendere una psicoterapia è necessario che vi sia, da parte della coppia genitoriale, la disponibilità e l'interesse ad affrontare le difficoltà del proprio figlio. O per dirla in altro modo è necessario, che, anche a loro, il sintomo portato dal piccolo faccia problema almeno un po' e che questo sintomo li interroghi rispetto alle loro posizioni.

- Alcune funzioni a valenza terapeutica possono, in alcuni casi, delinearci anche nel lavoro peritale o nelle valutazioni per le adozioni speciali (indagini art. 44).

Nel lavoro condotto dal CTU in ambito civile nel settore delle separazioni conflittuali, ad esempio l'opera di contenimento esercitata nel corso dell'intervento stesso -determinata dall'arco di tempo delimitato e dalle coordinate spazio-temporali dei colloqui prestabiliti- o la possibilità per il consulente, di accogliere la gravidanza emotiva della dinamica familiare può organizzarsi come argine del conflitto stesso e dei frequenti rischi di agiti ad esso connessi. All'interno della dinamica relazionale che si viene a creare tra consulente e gruppo familiare, così come nella modalità personale e professionale con cui egli si pone, si possono altresì configurare aree di pensiero e condivisione, precursori del cambiamento.

Anche nelle valutazioni per le adozioni speciali per il nucleo familiare l'indagine va ben oltre un passaggio obbligato per la legalizzazione dei rapporti familiari, offrendosi come possibilità di giungere ad una maggiore consapevolezza e ad un nuovo modo di accogliere e considerare la storia pregressa di tutte le parti in causa, con il fine ultimo di una maggiore armonia psicologica del nucleo familiare al completo.

Cent'anni fa, negli Studi sull'isteria, Freud, presentando il nuovo metodo, affermava con la sua nota schiettezza: *"Non saprei immaginare di riuscire a immergermi nel meccanismo psichico di un'isteria in una persona che mi apparisse volgare e ripugnante, che, conosciuta più da vicino, non fosse in grado di destare simpatia umana, mentre posso mantenere indipendente da questa simpatia personale il trattamento di un tabetico o di un reumatico. Non minori esigenze si pongono al malato. Al di sotto di un certo livello di intelligenza, il metodo non è assolutamente applicabile, e qualsiasi elemento di debilità mentale lo rende estremamente difficile"*³.

L'esperienza qui testimoniata con uno sguardo così ad ampio raggio tra patologie psichiche, somatiche, limitazioni biologiche, passaggi culturali e traumatici, contesti di lavoro ospedalieri, territoriali, peritali e di prevenzione e recupero post-traumatico sul campo ci orienta a pensare che se Freud fosse ancora vivo -e avesse potuto assistere all'evoluzione del suo originario e peculiare metodo di lavoro- saprebbe oggi che molto si può fare con diverse declinazioni terapeutiche e di setting. E come noi, forse, avrebbe compreso quanto sia fondamentale "tenere duro" per far sì che anche le istituzioni accolgano e si modellino sulle multiformi necessità di cura dei nostri pazienti e sulle nostre acquisizioni metodologiche.

Per poter fare psicoterapia nell'istituzione è fondamentale saper ritagliare, in maniera duttile e dinamica, un proprio setting all'interno di strutture che raramente sono state concepite per favorire il lavoro terapeutico e che, pur avendo di esso grande bisogno, tendono spesso a non integrarlo, a delegittimarlo, a circoscriverlo in aree ristrette non sempre funzionali.

Selma Fraiberg (1982)⁴, con la sua fiducia nella forza dello sviluppo nella natura umana e nelle opportunità offerte dalle relazioni sociali, ci ricorda però anche che la storia non è un destino. L'empatia può svilupparsi o inaridirsi a seconda degli eventi con i quali ci incontriamo attraverso l'intero ciclo vitale: e il lavoro nelle istituzioni -che quotidianamente ci espone alle angosce più profonde e che forse ci chiama, in alcune circostanze, a fare ricorso alle difese del periodo pre-verbale- può configurarsi, se accompagnato ad una trama pensata di interventi coordinati, come un evento di vita che favorisce la crescita.

Abbiamo motivo di pensare che -come noi- molti hanno accolto queste suggestioni e credono intensamente nel lavoro dentro alle istituzioni anche per questo.

Roberta Vitali

³ Freud (1895) *Studi sull'isteria. Per una psicoterapia dell'isteria*. OSF, Vol. 1. Boringhieri, Torino, 1967, p. 494.

⁴ Fraiberg S. (1982) *Pathological defenses in infancy*. In: *Selected writings of Selma Fraiberg*. Columbus, Ohio State Univ. Press, 1987.