

ASPETTI TEORICO-TECNICI RELATIVI AL SETTING, LA DOMANDA E IL COMPITO IN CONTESTI NATURALI DI INTERVENTO (Bárbara Posada, Raquel Lucena)

Il Programma Comunitario Intensivo (PCI), di intervento comunitario e di “assistenza mobile”, si inserisce nel paradigma del trattamento assertivo comunitario e del recupero, ed è finalizzato a promuovere l’assistenza ai pazienti per i quali non è possibile garantire la continuità delle cure presso le strutture ambulatoriali. Operiamo in contesti naturali di vita (casa, spazi comunitari), ma anche in studio e, occasionalmente, in contesti di gruppo. In questa combinazione può verificarsi un effetto di confusione riguardo alle condizioni necessarie e al ruolo da assumere per poter svolgere un’attività di natura terapeutica.

Il Setting:

Come terapeuti dobbiamo considerare noi stessi a livello individuale, nel rapporto con il paziente, ma anche come parte integrante di un’équipe terapeutica. L’équipe si organizza come un gruppo e, pertanto, deve operare come tale. In questi contesti realizziamo interventi individuali, di coppia, familiari... alternandoli in base agli obiettivi da perseguire. Adottiamo un approccio eclettico rispetto alle modalità di intervento, ma con un paradigma comune che prevede l’offerta di un’assistenza continua: «essere sempre presenti».

La nostra realtà assistenziale è mutevole, anche quando i partecipanti sono gli stessi: pazienti (con le loro famiglie) e professionisti. E, come in ogni situazione assistenziale, si distinguono due aspetti che operano in contrapposizione:

- Un «non-processo», inteso come l’insieme delle costanti di un fenomeno, metodo o tecnica: il setting
- Un proceso, o un insieme di variabili che rimandano all’interazione tra setting e transfert. Tenendo presente che il setting è l’elemento più presente, il suo mantenimento oltre il necessario, o la mancata modifica della relazione, può comportare una paralisi nello sviluppo. Ciò implica che esso debba a sua volta diventare oggetto di analisi ed essere suscettibile di flessibilizzazione. D’altra parte, il terapeuta deve riorganizzare il proprio intervento a partire dal setting che i pazienti impongono. Se il nostro obiettivo principale è rivolgere lo sguardo terapeutico alla vita quotidiana dei pazienti e delle loro famiglie, dobbiamo adattarci alle loro capacità di legame ormai compromesse.

Si verifica un cambiamento di setting e di ruolo, nonché una maggiore orizzontalità nell’incontro. I contesti sono specifici e molteplici, il che conferisce un significato particolare alla relazione «assistenziale».

Il setting deve quindi essere riaffermato a partire da un atteggiamento mentale, da una posizione etica. E ciò che deve rimanere alla base di questa struttura è il desiderio del terapeuta, con il suo posto e la sua funzione di oggetto-causa.

La progressiva accettazione del setting crea le condizioni di possibilità per alcuni aspetti dell’autocoscienza e dell’apprendimento.

Seguendo lo schema di Bleger relativo al setting, esaminiamo sue caratteristiche:

A-. Un dispositivo: costituito da elementi concreti

- Tempo: definito dall’intensità, dalla frequenza e dalla disponibilità, che regoliamo in base al ritmo dell’intervento, adeguandoci ai pazienti, alle loro situazioni o alle esigenze che si presentano nel corso del percorso.
- Spazio: deve garantire condizioni di intimità per ragioni etiche e tecniche, a casa loro o in luoghi propri. Gli spazi naturali sono altamente configurabili e sono il risultato di un’esperienza che vi iscrive qualcosa di particolare.

B-. Un insieme di regole che precisano lo status del terapeuta e quello del paziente.

- o il ruolo dell'associazione libera del paziente, che si manifesta in un'intimità che arriva persino alla letteralità.
- o Il ruolo del coordinatore, con le relative regole
 - la regola dell'astensione e le sue sfumature. Molti pazienti non riescono a manifestarsi nella relazione al punto da chiedere aiuto, altri non riescono a sostenerla senza disporre di un certo accesso alla gratificazione dei propri bisogni di dipendenza o narcisistici. Il setting utile sarà quindi quello che renda possibile un'esperienza emotiva reciproca e affettiva, con lo dispiegarsi del transfert, la libera espressione emotiva e l'interiorizzazione di nuovi modi di legarsi.
 - L'atteggiamento clinico: Bleger sostiene che «la prima condizione del setting riguarda lo psicologo stesso, il quale deve adottare l'atteggiamento clinico: un certo grado di dissociazione strumentale che gli consenta, da un lato, di identificarsi con gli eventi o le persone e, dall'altro, di mantenere con essi una certa distanza che gli impedisca di sentirsi personalmente coinvolto e di abbandonare il proprio ruolo specifico». Secondo questa prospettiva, ciò che il professionista deve impegnarsi a garantire è la sua totale attenzione durante il tempo limitato dell'incontro, la sua onestà radicale e il suo rispetto senza riserve nei confronti della persona che si affida alle sue cure.

La dimensione comunitaria e la quotidianità: incontriamo i pazienti nei loro spazi naturali, intimamente legati ad aspetti personali e primitivi, in una quotidianità non riconosciuta come tale, ma frammentata (stereotipata), proprio come sono frammentati il processo e il non-processo. Se pensiamo che il sociale sia uno spazio di legami, a partire da questo incontro in un contesto di significati propri come è la loro quotidianità, possiamo aprire possibilità al legame sociale, dal quale non sono mai del tutto esclusi.

L'informalità: dall'incontro nella quotidianità emerge quasi sempre questa informalità, che si traduce in una maggiore orizzontalità. Ciò comporta un cambiamento di ruolo che va libidinalizzato per non imporlo né confonderlo.

C'è da chiedersi se questa familiarità che si manifesta quando si forma il legame abbia a che fare con il fatto di partire da una certa sicurezza che deriva ai pazienti dall'essere nel proprio contesto, e se ciò possa tranquillizzarli. Si potrebbe anche considerare l'idea della familiarità come una variante dell'intimità in ambito terapeutico; potrebbe essere il contrario dell'intrusività. Bisognerebbe dare forma a una familiarità contenitiva

La domanda:

La domanda di intervento non proviene quasi mai dal paziente, bensì dalla famiglia o da altri attori sociali, che esprimono un'esigenza di assistenza sotto forma di lamentele dissociate, nella quale si nutre l'aspettativa che i professionisti si facciano carico del sovraccarico del sistema. Ora il senso si inverte e l'offerta viene presentata senza una domanda.

Nella riabilitazione, l'assenza di domanda da parte del paziente viene ignorata, con l'attuazione di molteplici interventi che sanciscono l'indiscriminazione del paziente e lo incasellano in un profilo di malattia. Si verifica una riduzione della domanda alla presunta necessità del paziente, quando in realtà essa rimanda alla sopravvivenza dei dispositivi assistenziali.

Manteniamo un atteggiamento assertivo, interveniamo senza la necessità di una domanda preventiva da parte del paziente designato. Andiamo alla ricerca di una stimolazione, con

un atteggiamento attendista ma non conservativo. Ciò rende possibile una continuità nell'assistenza, sostenuta da una determinata funzione concreta del ruolo terapeutico, una continuità che a sua volta è condizione necessaria per il processo in questi pazienti. Non è più necessario chiedere motivazione a un paziente per considerare la possibilità di aiutarlo.

Inoltre, è sorprendente che non abbiamo riscontrato quasi nessun rifiuto dell'offerta di assistenza, come se si trattasse di una domanda (disponibilità) passiva, non formulata. Il team interviene come rappresentante del sociale, come un altro facilitatore della soggettivizzazione. La relazione terapeutica sarebbe la tecnica, e i professionisti gli strumenti. La continuità assistenziale viene così concepita come continuità relazionale. Quando tale stridore emerge durante il processo di creazione del legame, dovrà essere colto secondo il ritmo particolare di ciascun paziente ed elaborato come una domanda propria, all'interno della quale poter formulare progressivamente obiettivi condivisi da affrontare.

Il compito.

Ci poniamo un obiettivo che funga da giustificazione per l'avvicinamento: questo sarebbe il compito esplicito con cui ci presentiamo. Il compito implicito comprenderebbe quelle azioni volte a creare un legame di fiducia, che consenta di esplorare ed elaborare ansie, resistenze e tanti altri elementi generati dalla dinamica stessa della relazione, condizione a sua volta necessaria per il raggiungimento del compito esplicito.

Generalmente questi pazienti utilizzano codici di comunicazione inefficienti, che li lasciano ai margini della vita sociale. Il compito implica un legame, una relazione che si modifica reciprocamente, che abbraccia il soggetto, il suo rapporto con gli altri e la sua situazione, e definisce lo scopo dell'incontro, orientandolo verso un obiettivo. Il compito consisterebbe nel ricostruire la possibilità di comunicazione come ricostruzione del legame con la vita sociale.

Allo stesso modo, costituisce un compito anche la progettazione e l'elaborazione di dispositivi adeguati che consentano di articolare gli elementi necessari per conferire direzionalità e senso all'intervento, rendendone possibile l'operatività.

Il "gruppo": famiglia, gruppo di lavoro e gruppo operativo rientrano tutti nella stessa definizione. L'incontro avviene anche con un gruppo e con un modo di lavorare. E per lavorare in gruppo (come gruppo di lavoro) è necessario creare un legame di fiducia anche tra i membri, vissuto come un'esperienza di apprendimento collettivo. Solo a partire da questa esperienza potremo raggiungere quel particolare distacco necessario per dare spazio a una continuità, indispensabile per la conoscenza reciproca, la reciprocità e la correzione degli errori del passato.

Il compito istituzionale: il conflitto di ambivalenza con la comunità si riflette anche all'interno dell'istituzione attraverso il mito della riforma psichiatrica. Questo mito alimenta una fantasia di apertura e orizzontalità che non corrisponde alla realtà dell'interruzione della riforma comunitaria, con il risultato che si sono finiti per riprodurre proprio quei fenomeni che si intendeva combattere. Le discontinuità sono una realtà nella vita dei nostri pazienti e, di fatto, costituiscono il pilastro della domanda istituzionale che ci viene delegata. Esistono aspetti del trauma e della sua ripetizione stereotipata, intrecciati nell'istituzione, nelle équipes e nell'intervento nella vita traumatizzata stessa dei pazienti e delle famiglie. E il nostro intervento comporta un potenziale rischio di iatrogenia se queste questioni vengono negate.

