

Lavoro istituzionale e istituzione del lavoro in un Dipartimento di Salute Mentale

Rita Maglione, Roma

Tradizionalmente il settore pubblico ed il settore privato hanno dato alla malattia mentale ed alla sofferenza psichica risposte sostanzialmente differenti. Infatti, fino agli anni recenti, il settore pubblico si è occupato in modo prevalente della malattia mentale con interventi curativi di carattere sostanzialmente farmacologico e detentivi con ricoveri negli Ospedali Psichiatrici, mentre le richieste di cure psicologiche di un'utenza prevalentemente non psichiatrica sono state accolte con diverse modalità terapeutiche, dagli psicoanalisti e da psicoterapeuti privati.

Nel corso degli ultimi anni l'area di ricettività del settore pubblico, anche in virtù dell'istituzione dei Dipartimenti di Salute Mentale, si è notevolmente ampliata e diversificata, modificando di conseguenza il tipo di richiesta di cui sono investiti gli stessi D.S.M.; questa nuova situazione ha favorito la nascita, nell'ambito istituzionale, di un atteggiamento terapeutico fondato sulla comprensibilità e trasformabilità della sofferenza psichica.

L'idea di una terapia che tenda verso la trasformazione conoscitiva ed emotiva della sofferenza psichica

comporta una difficile trasformazione nella mente dell'operatore che lavora in ambito istituzionale e di tutto il D.S.M. nel suo insieme. Gli operatori, per procedere in questa direzione, devono essere in grado di trasgredire contemporaneamente al mandato istituzionale, alle richieste più manifeste e immediate dell'utente ed al proprio desiderio di guarire.

L'abbandono di talune certezze terapeutiche e l'assunzione di questo atteggiamento trasgressivo, comportano dei passaggi non privi di dolore psichico: infatti dal punto di vista personale e soggettivo è più rassicurante contattare la psiche altrui restando in sintonia con le richieste dell'istituzione, dell'utente, dei propri bisogni; e ben aderenti a tecniche terapeutiche, specializzate e codificate, compiendo delle operazioni di tipo aritmetico ed escludendo il confronto con il mondo psichico del paziente.

Le difficoltà che il singolo operatore sperimenta nel tentativo di rimanere, nonostante le pressioni interne ed esterne, in una posizione trasgressiva di disponibilità a comprendere la sofferenza, possono venire in parte attenuate dal sostegno dell'equipe. Se il gruppo curante, l'equipe, privilegia l'area della comprensibilità, della trasformabilità del pensiero e della riappropriazione della sofferenza, il singolo operatore potrà non arroccarsi in atteggiamenti difensivi di fronte alle richieste del paziente e valutare le singole situazioni senza prendere in prestito tecniche forti su cui sostenersi.

L'aspetto trasgressivo non comporta l'abbandono di pratiche psichiatriche, assistenziali o di sostegno, ma permette d'inserire questi interventi all'interno di un progetto terapeutico che valuti, per quanto possibile, le implicazioni simboliche delle scelte fatte.

La varietà e la molteplicità delle richieste mosse dagli utenti non permettono agli operatori di collocarsi in una posizione aprioristicamente definita e la scelta terapeutica, fatto salvo l'atteggiamento di fondo, si mostra assai diversificata e può coinvolgere tutti gli operatori del servizio: psichiatri, psicologi, infermieri e assistenti sociali.

Tuttavia le posizioni di ciascuna di queste figure professionali non possono essere rigide, poiché anche la scelta di utilizzare o meno la cura farmacologica o di iniziare o non iniziare la pratica per ottenere una pensione va correlata ad una richiesta più globale dell'utente e necessita di un'adeguata decodificazione. Spesso tale decodificazione non può limitarsi ad una lettura della problematica del paziente che esuli dal prendere in considerazione quello che avviene nella relazione tra il paziente e l'operatore.

In tal senso un vertice di osservazione che tenga conto del pensiero analitico non può mancare in un servizio pubblico teso alla comprensione dei fenomeni psichici. Infatti un atteggiamento di ascolto che presti attenzione alle emozioni ed alle immagini che prendono forma nel contatto con l'utente deve essere presente nel gruppo curante; e questo sia quando gli operatori scelgono di occuparsi del paziente con interventi parziali come quelli assistenziali, psichiatrici o sintomatici, sia quando si accostano al paziente con programmi terapeutici complessi fondati sulla comprensione e sulla parola.

Quindi gli operatori che lavorano in un D.S.M., pur conservando la propria specificità professionale, devono potersi accostare alla sofferenza psichica affinando la qualità del proprio ascolto. Infatti le valenze emotive che l'utente può attivare nell'operatore si dinamizzano nel momento stesso in cui il paziente supera la soglia d'ingresso del servizio. Pertanto già nella fase dell'accoglimento della domanda, l'operatore deve predisporre a cogliere le immagini suscitate dalla presenza del paziente. Poiché fin dal primo contatto talune situazioni psicotiche possono coinvolgere gli operatori ed indurre così un'incapacità a procedere in modo adeguato. La condizione di contagio che si genera in queste situazioni può essere compresa solo prendendo in considerazione quanto si è attivato nell'incontro tra utente e servizio.

Su queste basi ciascun operatore, relativamente alla propria formazione specifica, personalità ed esperienza, si collocherà nell'area terapeutica tenendo conto

della situazione del paziente in un punto specifico di quello spazio che passa tra comprensione della sofferenza e terapia.

Le considerazioni fin qui svolte permettono di comprendere come la cultura interna di ciascun D.S.M. sia garante delle potenzialità terapeutiche di quello specifico servizio pubblico e di valutare come sia fuorviante considerare tutori della salute mentale i singoli psicologi, psichiatri o psicoterapeuti diplomati. Infatti, nella realtà del lavoro istituzionale, solo una équipe sufficientemente consolidata in una cultura di gruppo può permettere ai D.S.M. di operare in senso psicologico.

Seguendo quest'orientamento di pensiero si può ritenere che un servizio pubblico debba fondare sulla propria prassi terapeutica lo sviluppo di modelli teorici utilizzabili nell'ambito istituzionale.

In tal senso sembra opportuno che la formazione degli operatori venga attuata all'interno dei servizi, senza delegare all'Istituto Universitario o a scuole di specializzazione private il compito di formare dei tecnici della psiche. Infatti, al momento attuale, una formazione specialistica avulsa dal contesto istituzionale potrebbe portare i singoli operatori a privatizzare la loro pratica psicoterapeutica, determinando all'interno dell'équipe dei compartimenti stagni che ostacolerebbero l'acquisizione di un atteggiamento terapeutico condiviso. All'interno di programmi formativi più vasti, penso che l'équipe possa giovare dei contributi teorici e clinici che possono venire da esperti appartenenti ad aree scientifiche e culturali diverse da quelle istituzionali. Tra i possibili contributi, la supervisione clinica, svolta da un esperto esterno all'équipe, costituisce un momento significativo della formazione ed un valido aiuto per la prassi terapeutica. Infatti la presenza di un supervisore può ovviare le difficoltà che nascono dalla confusione che taluni pazienti o situazioni cliniche attivano nel singolo operatore e nel gruppo terapeutico, e favorire l'acquisizione di un atteggiamento teso a riconoscere la realtà esistenziale del paziente e le sue peculiarità soggettive ed individuali.

Sempre riguardo la formazione, mi sembra utile segnalare che molti degli operatori che lavorano nei D.S.M. hanno scelto di compiere, ad un certo punto della loro esperienza, un lavoro analitico personale. Mi sembra che questo fenomeno permetta di cogliere alcuni aspetti significativi della relazione esistente tra l'operatore ed il lavoro psicologico svolto in un servizio pubblico; infatti se da un lato manifesta l'influenza del pensiero analitico nell'ambito istituzionale, da un altro sembra esprimere la presenza di un atteggiamento non mistificante riguardo la relazione terapeutica che, muovendo intense risposte emozionali, non permette all'operatore di sottrarsi al confronto dialettico con il proprio mondo intrapsichico.

In tal senso un'analisi personale stimolata dall'esperienza lavorativa, pur conservando il suo intrinseco significato, giova indirettamente al lavoro istituzionale. Infatti il lavoro analitico è potenzialmente in grado di offrire uno spazio adeguato di contenimento ed elaborazione di quegli aspetti psichici fortemente destabilizzanti che si possono attivare nell'incontro con pazienti portatori di profondi disturbi della personalità. Tuttavia non penso che l'analisi personale sia prescrivibile nell'ambito della formazione degli operatori di un D.S.M., infatti è necessario che una scelta di questo tipo maturi autonomamente poiché, com'è noto, non è possibile procedere in un lavoro analitico che deroghi alle sue condizioni strutturali.

Ho cercato fin qui di esporre alcuni aspetti della complessità dell'operare in senso psicologico all'interno dei Dipartimenti di Salute Mentale; sulla base delle precedenti considerazioni vorrei ora evidenziare alcuni elementi di dissonanza impliciti nella proposta di legge per la regolamentazione della professione dello psicologo e dello psicoterapeuta, per quanto riguarda i servizi pubblici.

Mi sembra che la proposta di legge operi una distinzione tra le funzioni dello psicologo e dello psicoterapeuta, separando in modo netto le funzioni diagnostiche, preventive e di sostegno da quelle considerate

più specificatamente psicoterapeutiche, trascurando così la matrice comune insita nell'atteggiamento terapeutico e fondando su questa separazione arbitraria una differenziazione tra l'attività clinica dello psicologo a quella dello psicoterapeuta. Come invece ho cercato di evidenziare, l'atteggiamento terapeutico si pone, all'interno di un servizio pubblico, come fondamento di ogni attività clinica.

Poiché l'atteggiamento terapeutico informa ogni singola scelta terapeutica, ho anche espresso, all'interno del mio discorso, la necessità che una particolare qualità dell'ascolto fosse presente anche in quegli operatori che non si occupano in senso stretto di psicoterapia e che non possiedono la qualifica di psicologi. È mia opinione che l'acquisizione di tale attitudine clinica non si dia spontaneamente né nello psicologo, né negli altri operatori, ma possa svilupparsi solo all'interno di un contesto formativo che lasci spazio perché questa attitudine si manifesti e si consolidi. In questo senso ho attribuito alla cultura dell'equipe la possibilità di costituirsi come l'adatto contesto, ed ho privilegiato un orientamento psicodinamico di fondo per la sua intrinseca potenzialità conoscitiva.

Penso che questo modo di procedere, operando nel senso di una trasformazione dell'orientamento terapeutico degli operatori, da psichiatrico in psicologico, arricchisca le potenzialità terapeutiche dei D.S.M., muovendosi così nella direzione di un cambiamento strutturale all'interno dei servizi pubblici.

Mi sembra che la potenzialità trasformativa implicita nella riforma psichiatrica non abbia ancora trovato un pieno sviluppo all'interno dei servizi. Perché ciò avvenga è necessario che ad un cambiamento nella realtà concreta, anche di rilevanti proporzioni come l'abolizione degli Ospedali Psichiatrici, corrisponda un adeguato cambiamento nella mente di coloro che si prendono cura della sofferenza psichica.

Per questo motivo ho ritenuto utile privilegiare la formazione del gruppo curante, piuttosto che la formazione specialistica delle singole categorie professionali. E, all'interno del complesso tema della forma-

zione, mi sono limitata ad indicare, nella presenza di un supervisore esterno all'equipe, uno dei momenti fondanti ai fini della costituzione di un gruppo di lavoro orientato psicologicamente.

Tenendo presenti le argomentazioni sinora svolte sul gruppo curante e sulla necessità di costituire nei D.S.M. delle équipes costantemente impegnate nel difficile compito di saldare tra loro prassi e teoria, è con viva preoccupazione che mi rappresento l'immagine di una équipe dove, mediante articoli di legge, i singoli operatori vengano divisi per categorie e fissati in ruoli rigidamente definiti da un mansionario. È evidente, infatti, che in questa situazione lo spazio del gruppo curante sarebbe fortemente invaso e frammentato da specializzazioni professionali istituzionalizzate dall'esterno.

Infine, per quel che riguarda in modo più specifico la formazione degli psicoterapeuti che lavorano in ambito istituzionale, va evidenziato che i D.S.M., in virtù della loro relativamente recente costituzione, si trovano ancora in una fase sperimentale e di ricerca; pertanto penso che allo stato attuale non sia possibile istituire al loro interno dei programmi di formazione altamente strutturati e codificati. Tuttavia credo che proprio in questi spazi poco strutturati possa nascere un sapere basato sulla prassi e non su conoscenze tecniche già consolidate e avulse dal contesto istituzionale.

In tal senso mi sembra che legiferare sullo specifico della formazione psicoterapeutica sia assolutamente prematuro. Infatti una formazione specialistica realizzata all'esterno dei servizi pubblici, più che colmare le attuali carenze, si costituirebbe come una variabile di disturbo all'interno della crescita delle potenzialità terapeutiche e scientifiche dei D.S.M.