

Lo psicoterapeuta adleriano nel gruppo curante multiprofessionale

GIUSEPPE SAGLIO, MARINELLA MAZZONE

Summary – THE ADLERIAN PSYCHOTHERAPIST IN A MULTIPROFESSIONAL TREATMENT GROUP. The psychotherapist encourages the patient to enter the group and to be driven by the group according to the therapeutic project. And the referential therapeutic element is the multiprofessional treatment group which offers different professional characters: the psychiatrist, the psychologist, the practical nurse, the health educator and the social worker.

Keywords: TREATMENT GROUP, ENCOURAGEMENT, MULTIPROFESSIONALITY

Le condizioni psicopatologiche ad alta complessità (psicosi e gravi disturbi di personalità) necessitano di una presa in carico continuativa e intensiva. I disturbi mentali gravi restano, comunque, riconducibili – lungo l'asse categoriale/dimensionale – a definizioni variabili e non sufficientemente univoche anche se misurate attraverso l'escursione bio-psico-socio-culturale.

Il concetto di presa in carico, derivante dalla “cultura della salute” a cui si è richiamato il Servizio Sanitario Nazionale negli ultimi decenni, si fonda sui criteri della continuità e dell'intensità degli interventi. Un processo terapeutico che consideri prioritari questi caratteri si costituisce su un'assunzione di responsabilità nei confronti della popolazione di un determinato territorio, secondo i bisogni che formano la domanda di salute [1].

Significa, a questo proposito, privilegiare una facilitazione dell'accesso e della disponibilità dei servizi con garanzie di continuità e di permanenza nel tempo, ampliandone l'orario di apertura e assumendo configurazioni temporanee -in alcune fasce orarie o nelle giornate prefestive e festive- di semiresidenzialità. Tale configurazione trova ragione, per un impianto di *Day hospital* territoriale, nella continuità degli interventi e in uno svolgimento esteso delle attività più propriamente psicoriabilitative o riferite comunque ad una accoglienza più indifferenziata di protezione e di sostegno [3, 4, 5].

La risposta delle Unità di psichiatria territoriale, aggregate nei *Dipartimenti di Salute Mentale*, si fonda, infatti, su aspetti tecnici, organizzativi ed etici. Presa in carico continuativa e intensiva significa essere presenti tutti i giorni per dieci-dodici ore. Una presa in carico continuativa ed intensiva necessita ancora di un accordo di affidabilità riconosciuto dagli utenti nei confronti dei servizi. Un accordo che deve essere stipulato, e quindi costruito, dalle due parti: entrambe si impegnano nella formulazione di un vero e proprio contratto terapeutico che le coinvolge in uno specifico percorso di cura. Il contratto terapeutico viene strutturato, in questo caso, secondo i presupposti dell'istituzione, ma anche secondo quegli apporti creativi tra le parti che sono propri della coppia terapeutica e che permettono la costituzione di un progetto di cura correlabile con il "piano di vita" [2].

Le condizioni psicopatologiche ad alta complessità necessitano di una garanzia di stabilità e di permanenza nel tempo. Al di là del turnover dei singoli operatori il gruppo curante, in quanto referente terapeutico prioritario, assicura le risposte a tali bisogni. L'elemento unificante è comunque sempre rintracciabile nell'unico referente terapeutico possibile in questi casi: il gruppo curante multiprofessionale, capace di un'offerta variegata per i contributi delle diverse figure che concorrono negli interventi. Lo psichiatra, lo psicologo, l'infermiere professionale, l'educatore professionale, l'assistente sociale attraverso i differenti ruoli, le molteplici costituzioni personologiche, la varietà dei contributi individuali creano articolazioni ricche e cangianti e permettono un confronto strutturante.

Il gruppo curante multiprofessionale si costituisce allora come soggetto/modello a rete con cui il paziente interagisce, ma anche come spazio/setting in cui il paziente si muove [3, 4]. Nello stesso tempo offre un luogo fisico della cura, dotato delle proprietà e delle capacità di delimitazione e di protezione, uno spazio in cui sentirsi a casa, ma anche uno spazio relazionale dove poter incontrare l'altro, entrambi impostati secondo caratteri specifici e connotati da valenze terapeutiche.

Entrare nei luoghi della cura permette di sperimentare modalità e tipologie relazionali differenziate che, attraverso la variegatura dell'esperienza, portano a riconoscere l'estensione mutevole dell'investimento emotivo, dell'impiego delle difese, della distanza nel rapporto con l'altro. Il gruppo curante diventa, così, configurazione di un luogo in cui abitare e di un soggetto con cui abitare, condividendo la dimensione fisico/relazionale della semiresidenzialità assistita e della residenzialità protetta. La topografia dei percorsi della cura risulta essere allora molto diversa rispetto al senso del grande spazio indifferenziato dell'istituzione ospedaliera psichiatrica, la cui geografia era senza frontiere e senza nomi, senza mete e senza approdi, segnata solamente da una deriva senza fine. Erano questi il destino e lo scopo de *La nave dei folli* – raccontati nel dipinto di Hieronymus Bosch – che, già nel XV secolo, trasportava il suo carico di angosce umane lungo i canali della Renania nell'illusione di un viaggio-pellegrinaggio salvifico di gua-

rigione, ma con l'intenzione di separare e di allontanare dalle città e dai commerci le angosce più profonde e inquietanti, i turbamenti più gravosi e incomprensibili, i comportamenti più disturbanti e di trovare un possibile, seppur improbabile, approdo.

Ogni individuo, in realtà, ricerca uno spazio proprio che gli possa restituire un senso di identità. Uno spazio proprio nel mondo nei termini di una fisicità dell'ambiente circostante da occupare, ma anche uno spazio proprio nel mondo nei termini di un posto tra gli altri, di un ruolo riconoscibile nel gruppo. Ogni persona necessita di vedere confermata la propria identità e il proprio senso di appartenenza al contesto, di occupare un posto che gli corrisponda e che si possa estendere in prossimità del confine con altri, con una moltitudine alla quale, da quel momento, senta di poter appartenere [7].

Un luogo appartiene a chi lo occupa: l'individuo ripone nella vuota fisicità spaziale precostituita le attribuzioni di senso che derivano dall'aver "individuato" in esso lo scenario dell'esistenza. Ha bisogno di uno spazio proprio, dotato di corrispondenze significanti e lo costruisce movendosi da un'assenza, lo crea partendo da uno stato di vuoto. La condizione psicopatologica corrisponde invece per il paziente alla perdita di ogni riferimento, alla negazione della possibilità di fare un'esperienza significativa, al calare di un sipario di buio e di silenzio. È una condizione di impotenza, di paralisi, di annullamento.

Lo spazio della cura, come entità carica di senso, si conforma sui caratteri di casa adottiva [6] e di ambiente facilitante [9], di percorso tracciato e guidato e di situazione nutritiva: in questo modo si costituisce anche come esperienza restituiva [8] e ristrutturante. Lo psicoterapeuta facilita, per il paziente, l'accesso allo spazio della cura e il suo ingresso nel gruppo curante. Sarà il gruppo ad accompagnare il paziente lungo le traiettorie terapeutico-riabilitative, secondo le finalità ricostruttive dei percorsi di cura. Una condizione profondamente radicata nella realtà e rivolta a condividere un'esperienza emotiva. Lo psicoterapeuta favorisce l'ingresso del paziente nella casa-gruppo curante affinché la possa abitare, sentendosene parte. Un'occasione che vede in primo piano un processo di incoraggiamento attraverso ipotesi, prospettive, conferme e rimandi continui alla realtà.

Abitare lo spazio della cura significa poterlo percorrere, poterlo conoscere e utilizzare nelle sue diverse parti, beneficiarne e, sentendolo proprio, averne anche cura. *Sentirsi parte* comprende essere accolti e diventare interpreti, vedere riconosciuto il proprio bisogno di dipendenza e riuscire ad assumere anche una posizione di responsabilità e di autonomia.

Una condizione, questa, che è rappresentata nel dipinto *Barcaioli che giocano a carte*, eseguito dal pittore realista americano Gorge Caleb Bingham nel 1847.

Una zattera scorre lungo le acque di un fiume scivolando nel centro, senza attraccare alle sponde. Sull'imbarcazione si riconoscono il conduttore, armato di una lunga pertica che affonda nell'acqua; due figure che giocano a carte sedute su una panca; altre due che osservano con attenzione; un sesto personaggio, seduto sul fondo della zattera, non partecipa e volge loro le spalle rimanendo isolato, in un atteggiamento pensoso. Potrebbe corrispondere allo svolgimento di una terapia analogica in un Centro diurno psicosociale: un conduttore guida la seduta, alcuni partecipano attivamente, altri rimangono solo spettatori, altri non sono ancora pronti per entrare nel gruppo. Tuttavia il processo terapeutico è in corso e in quanto tale è già utile ed efficace per tutti i presenti. Si è costituita una situazione favorevole all'esperienza del "tra" e questo è sufficiente. Lo scopo è raggiunto.

È questo lo spazio dell'intermedietà: una dimensione regolata e plastica, definita e flessibile, aperta all'incontro delle differenze e fluttuante tra esse. Uno spazio sospeso tra pensieri e atti, tra stati sognanti e realtà materiali, tra regressione e progressi, tra salute e malattia, tra casa e ospedale. È questo lo spazio del gruppo curante. Luogo di stimoli e di protezione, di esposizione al pericolo e di garanzia, di assicurazione e di incoraggiamento.

Lo psicoterapeuta incoraggia il paziente a farsi accompagnare nel gruppo e a rivolgersi prevalentemente ad alcune parti in alcuni momenti, in ragione dell'evoluzione individuale rispetto al progetto terapeutico in svolgimento. Si propone come una guida che, stando al fianco, stimola a intraprendere strade nuove non dimenticando o disconoscendo i limiti e le paure, i rischi e le cadute.

Altrettanto incoraggia gli operatori favorendo e incrementando una circolarità di pensiero, attraverso uno scambio continuo di opinioni e un confronto ravvicinato tra loro, seguendo le differenti composizioni disciplinari e culturali del gruppo, considerando l'eterogeneità dei saperi e i più evidenti bisogni di riconoscimento delle identità professionali. Si propone, inoltre, come figura che consolida, con sollecitazioni e suggestioni, l'incontro tra soggetti che, in quanto curanti e persone, condividono emozioni e sentimenti e costruiscono percorsi e progetti univoci.

Essere curanti e persone significa confermare la coesistenza di ruoli della vita professionale (istituzionali, pubblici) e di ruoli della vita privata (familiari, sociali, interessi personali, stili di vita). Sono ruoli non disgiungibili. L'incoraggiamento appartiene alla relazione di cura, ma è una costituente della relazione umana. In quanto psicoterapeuti adleriani dobbiamo avere il coraggio di riportare l'incoraggiamento al centro delle nostre relazioni comuni, quotidiane, di farne l'essenza del ruolo che rivestiamo in quel momento. Ed essere incoraggianti ci restituisce il coraggio di cui abbiamo ancora bisogno.

Bibliografia

1. FERRANINI, L., PELOSO, P. F. (2003), Il modello dipartimentale in psichiatria, in AA.VV., *Politiche sanitarie in psichiatria*, Masson, Milano.
2. FERRIGNO, G. (2005), Il “piano di vita”, i processi selettivi dello “stile di vita” e la comunicazione implicita della “coppia terapeutica creativa”: dalla “teoria” alla “clinica”, *Riv. Psicol. Indiv.*, 58: 59-97.
3. MAZZONE, M., SAGLIO, G. (1995), Disturbi schizofrenici e gruppo curante: il sentimento sociale alla base del processo terapeutico, *Riv. Psicol. Indiv.*, 37: 49-57.
4. MAZZONE, M., SAGLIO, G. (1997), Paziente, costellazione familiare e gruppo curante: una metodologia di intervento nelle psicosi, *Riv. Psicol. Indiv.*, 41: 33-46.
5. MAZZONE, M., SAGLIO, G. (1999), Psichiatria nel territorio: intervento “a rete” secondo linee individual psicologiche, in ROVERA, G. G. (a cura di), *Tradizione e cambiamento. Prospettive in Psicologia Individuale*, C.S.E., Torino.
6. ROSEN, J. N. (1962), *La psichiatria psicoanalitica diretta*, Astrolabio, Roma 1974.
7. ROVERA, G. G. (1988), La Psicologia Individuale: concetti fondamentali, *Indiv. Psychol. Doss.*, I, Saiga, Torino.
8. SULLIVAN, H. S. (1961), *Conception of Modern Psychiatry*, tr. it. *La moderna concezione della psichiatria*, Feltrinelli, Milano 1970.
9. WINNICOTT, D. W. (1965), *The Maturation Processes and the Facilitating Environment*, Hogarth Press, London.

Giuseppe Saglio
Via G. Marconi, 30
I-13011 Borgosesia (VC)
E-mail: dsm.bs@aslvc.piemonte.it

Marinella Mazzone
Via A. Giordano, 1
I-13011 Borgosesia (VC)