

Ambulatorio e territorio. Considerazioni sull'operare clinico nei Centri di Salute Mentale

di Vincenzo F. Scala*

L'intervento che si attua esclusivamente tra le mura dell'ambulatorio - sia esso a carattere psicologico o a carattere medico - poggia sull'assunto che ci sia una *trasferibilità dell'esperienza* dal "qui e ora" del setting al "là e allora" dell'esperienza del paziente nei suoi contesti o, comunque, che le elaborazioni condotte, le decisioni assunte, i provvedimenti adottati e concordati nell'ambito dell'incontro in ambulatorio, producano effetti efficaci non solo e non tanto entro quell'ambito, ma anche e soprattutto nell'ambiente di vita dell'interlocutore. Ambiente nel quale si è generato il problema che ha motivato la domanda al Servizio.

Se parliamo di un processo psicoterapeutico, il lavoro nel setting è volto sì alla evoluzione di quanto si verifica nel setting stesso, ma nell'ipotesi che, con l'esperienza che si va costruendo nell'ambito dell'incontro, il paziente potrà farci qualcosa anche in altri ambiti.

Se parliamo di un trattamento farmacologico siamo in una situazione in cui il medico, sulla base di quello che osserva direttamente, ma anche di ciò che viene rappresentato, adotta provvedimenti e prescrive cure nell'ipotesi che esse avranno efficacia nel modificare condizioni dell'esperienza che il paziente incontra nella vita abituale e non solo nell'incontro stesso con il medico.

Questa modalità di intervento poggia sull'assunto che l'interlocutore sia dotato delle risorse atte a garantire la trasferibilità dell'esperienza sopra citata, ossia a garantire una continuità tra il momento dell'incontro ambulatoriale e l'esperienza nei contesti di vita, tale per cui il lavoro svolto tra le mura dell'ambulatorio sia efficace nel trasformare aspetti della vita che l'interlocutore conduce nel suo mondo. In altri termini, l'assunto epistemologico di base è che ci possa essere una sorta di corrispondenza biunivoca tra il "qui e ora" all'interno dell'ambulatorio e il "là e allora" della vita nel mondo esterno. La sussistenza di tale corrispondenza biunivoca implica la presenza di specifiche risorse da parte dell'interlocutore; risorse cognitive, attentive, motivazionali, economiche...

Il caso di Silvia (discusso in una riunione¹ di servizio dedicata ai così detti "Trattamenti Integrati") è emblematico di una situazione in cui il peso patogeno dell'ambiente di vita, essenzialmente l'ambiente familiare, è soverchiante rispetto alle risorse del soggetto. Nel qui e ora del contesto di cura - il Centro Diurno che Silvia frequenta - si osservano i portati e i riflessi di ciò che avviene là e allora (come quando gli operatori osservano le condizioni di Silvia al rientro presso il Centro Diurno dopo il fine settimana trascorso a casa); ma è improbabile il processo inverso (quindi la relazione non è biunivoca). Peraltro gli operatori osservano la trasformazione dell'assetto psichico che un ricovero di un mese può indurre, ma si rendono anche conto di quanto tale trasformazione sia transitoria e non regga a lungo dopo il rientro in famiglia. Nel contesto di assistenza - nel Centro Diurno o nel ricovero in Clinica - è possibile realizzare un'esperienza significativamente differente da quella dell'ambiente di vita, ma questa esperienza rimane alternativa a quella abituale e da essa separata; non si osserva trasferibilità. Da qui, per esempio, l'ipotesi che gli operatori fanno, a questo punto, sull'opportunità di un trattamento comunitario.

La modalità di lavoro strettamente ambulatoriale, quindi, presuppone la presenza di determinate risorse sul versante dell'interlocutore. Si suppone che ci sia, da parte del cliente, una competenza e una possibilità di operare quel trasferimento bi-direzionale tra "qui e ora e là e allora".

* Psicologo, Responsabile Centro di Salute Mentale V.le Giorgio Morandi - VII Municipio - ASL ROMA/B.

¹ Si tratta di una riunione periodica dedicata al monitoraggio degli interventi clinici che, a giudizio degli operatori implicati, presentano la necessità di una messa a punto o di una riformulazione. In questo contesto ci si occupa esclusivamente dei trattamenti cosiddetti "integrati" che vengono operativamente differenziati dai trattamenti "ambulatoriali" in funzione delle diverse risorse messe in campo e dei setting adottati, e, implicitamente, sulle base delle considerazioni svolte nel presente lavoro.

In altri termini, la possibilità che quanto accade nell'incontro in ambulatorio produca riflessi utili al di fuori è lasciata a carico del paziente.

La pratica ambulatoriale presuppone quindi un interlocutore che potremmo definire dotato di risorse e competenze o, per così dire, evoluto.

Le situazioni con cui entriamo in contatto nel lavoro all'interno dei Centri di Salute Mentale, per contro, spesso non soddisfano questo requisito e, al di là di una certa soglia che genericamente potremmo definire di gravità complessiva, l'assetto ora ricordato non risulta più efficace e utilizzabile.

E' proprio in rapporto a questo secondo tipo di situazioni che, tendenzialmente si rivolgono quegli interventi che definiamo integrati (o "complessi" o "territoriali" ecc.).

In questi casi si sperimenta che lavorare sulla realtà rappresentata, non garantisce la possibilità di trasformazioni efficaci della realtà effettiva di vita la cui possibile evoluzione sembra, invece, richiedere un intervento diretto da parte del sistema di assistenza.

Diventa allora necessario mettere più direttamente le mani in pasta. L'intervento non si situerà più in un setting separato dai contesti di vita, ma diventerà intervento nei contesti. Intervento di costruzione, governo e manutenzione di contesti.

Il lavoro ambulatoriale e il lavoro riferito ai trattamenti integrati si collocano, per così dire, su ordini logici diversi. Passare dall'uno all'altro comporta un salto epistemologico relativo al passaggio dal lavorare sulla realtà rappresentata, al lavorare sulla realtà concreta dei contesti di vita del paziente. Un transito che, nella nostra realtà quotidiana di lavoro, compiamo frequentemente e non sempre, credo, con la necessaria consapevolezza dei diversi processi in cui ci implichiamo.

Si potrebbe suggerire l'immagine dell'ambulatorio come di un luogo situato al trentesimo piano di un grattacielo dal quale operatore e paziente guardano dall'alto il mondo del paziente. E, d'altro canto, quella del lavoro nei trattamenti integrati come l'atto di scendere dal grattacielo ed entrare nel mondo dell'altro, dividerne aspetti, parteciparvi.

Consideriamo il seguente brano clinico, tratto dal libro di Tom Burns e Mike Firn "*La presa in carico intensiva sul territorio*" (p. 50):

Era stato notato, fra i pazienti esterni, che una donna di mezza età affetta da lungo tempo da paranoia, era ansiosa e stava perdendo peso. Diceva di sentirsi sola e che non riusciva ad arrivare a tutti i negozi per comprare da mangiare e percepiva il suo quartiere come una minaccia. Inizialmente le vennero aumentati gli antipsicotici.

Durante una visita domiciliare, l'infermiere psichiatrico territoriale cercò di portarla a fare la spesa per "affrontare e desensibilizzare la sua ansia" e scoprì che, sulla strada dall'appartamento al negozio, c'era una scuola dove la paziente veniva vessata, schernita da ragazzi adolescenti. Questo l'aveva spaventata. L'infermiere psichiatrico territoriale trovò un percorso alternativo (per quanto un po' più lungo) e parlò con il preside del comportamento dei ragazzi (invano).

Durante la visita, una vicina si presentò all'infermiere psichiatrico territoriale e disse che conosceva la paziente da diversi anni e che sarebbe stata lieta di aiutarla, "ma di non voler interferire". Venne organizzata una presentazione e di lì a poco la paziente iniziò a portare regolarmente a spasso il cane della vicina, che era più anziana; e, di tanto in tanto, iniziò a passare la serata nell'appartamento della vicina e a guardare la televisione insieme a lei, per il piacere di entrambe.

Il lavoro relativo ai trattamenti integrati comporta l'entrare nel mondo dell'altro, dividerne aspetti, parteciparvi; comporta una dimensione di azione sulla realtà concreta.

Occuparsi dei familiari di un paziente; programmare l'inserimento in un Centro Diurno; predisporre iniziative a carattere riabilitativo; prevedere l'inserimento in una Comunità Terapeutica... sono tutti modi di modificare direttamente (o di sostituire) aspetti significativi dell'ambiente di vita delle persone nell'assunto che le condizioni dell'esperienza e dell'esistenza siano determinanti nel favorire o ostacolare lo sviluppo delle persone.

Richiamando il concetto di analisi interminabile, potremmo pensare che una posizione ponte tra i trattamenti rigorosamente ambulatoriali e i trattamenti integrati sia occupata da quelle condizioni in

cui il lavoro ambulatoriale con il paziente non si colloca più soltanto su una posizione “meta”, ma assume valore in sé e diventa parte della vita di quest’ultimo.

Viceversa, è anche interessante notare che, mentre si opera nella realtà concreta, può accadere che si aprano spazi e si verifichino momenti “meta”. Penso, con riferimento alla mia esperienza, ad alcuni scambi con i pazienti partecipanti ad escursioni, mentre si cammina in montagna (l’esperienza della montagna peraltro si avvicina ad una situazione “tipo grattacielo”, favorendo una posizione decentrata rispetto all’esperienza quotidiana). Ma anche alle visite a mostre di pittura (come quelle che organizza una psichiatra del nostro Servizio), oppure all’esperienza, riferita da un infermiere, durante una recente riunione, che si verifica stando a pescare sulla spiaggia con un paziente; o ancora agli scambi non programmati che possono aver luogo mentre si accompagna un assistito ad occuparsi di qualche incombenza di carattere pratico. Momenti del lavoro in cui oltre all’intervento su aspetti della vita reale accade anche altro.

E’ rilevante, e professionalmente interessante, in questo tipo di operatività (i “trattamenti integrati”) la possibilità di cogliere, pur partecipando e condividendo una dimensione di realtà concreta, momenti decentrati, “meta”, di insight. Evitando quindi di aderire completamente alla concretezza e sviluppando la capacità di cogliere e valorizzare gli spiragli che si possono presentare.

Bibliografia

Burns, T. & Firn, M. (2002). *Assertive Outreach in Mental Health: A manual for Practitioners*. Oxford: Oxford University Press (trad. it. La presa in carico intensiva sul territorio. Un manuale per gli operatori di Salute Mentale, Il Pensiero Scientifico, Roma, 2003).