

LA PSICOTERAPIA INDIVIDUALE ALL'INTERNO DI UN CONTESTO RIABILITATIVO

di Luigi Pintus

Psicoterapeuta cognitivo sistemico

L'intervento è centrato sulla necessità di coinvolgere tutti nella cura (individuo, famiglia, istituzioni, equipe clinica). In un tale contesto bisogna avere l'umiltà di un adattamento creativo che cerca soluzioni dove non se ne hanno; bisogna focalizzarsi sugli elementi positivi più che su quelli negativi; bisogna saper osare tra eccessivo protezionismo e rischio ponderato.



1 La psicoterapia individuale all'interno di un contesto riabilitativo

Intendo la psicoterapia individuale all'interno di un contesto riabilitativo come un luogo di dialogo nel quale convergono diversi aspetti, e una folla di attori, del lavoro riabilitativo:

- la persona che ho di fronte, con le sue peculiarità, le sue aspettative, le sue risorse, e naturalmente con i suoi disagi e le sue difficoltà;
- l'équipe che con me si occupa di questa persona, e tutti i professionisti del passato e del presente che se ne sono occupati;
- la sua famiglia, e tutte le persone significative del suo contesto di vita abituale.

2 Formazione personale e intervento psicoterapeutico in un contesto riabilitativo

La mia formazione è cognitiva e sistemico-relazionale. Questa ottica mi ha sempre impedito di pensare a qualcosa di «bacato», di non funzionante, nella testa delle persone, a livello intrapsichico. Mi porta in modo naturale a vedere le connessioni di questa persona con altre persone, a vedere una persona che non riesce, per ragioni che con lei devo esplorare, ad adattarsi al proprio contesto di vita. Devo dunque ripercorrere con questa persona le relazioni significative della sua vita, in modo tale che si possa giungere a realizzare il miglior benessere possibile per tutti, curanti, familiari, persone significative, diretto interessato soprattutto, naturalmente.

3 Concetti essenziali che hanno mosso la mia attività psicoterapeutica individuale in un contesto riabilitativo

- L'approccio sistemico, ovvero l'attitudine ad allargare la visuale dalla singola persona al contesto significativo;
- alcune tecniche ed alcuni concetti di fondo appresi in questo ambito:
 - l'ipotizzazione, ovvero la tendenza a lavorare non su «grandi teorie», «verità universali», ma su ipotesi, su verità, cioè, *provvisorie*,

tra virgolette, che sono molto più maneggevoli, che possono essere usate se utili, o buttate via se si vede che non servono, e rimpiazzate da altre.

- la circolarità, che si traduce in una tendenza all'ascolto della persona, all'attribuzione alla persona della capacità di vedere le cose da punti di vista diversi, e in ultimo, ma non meno importante, nella ricerca di un senso, di un significato. Anche persone con diagnosi di psicosi sono capaci di comunicare, e se una comunicazione non si stabilisce, è troppo comodo attribuire questo a un loro difetto... Questo ci svincola dalla responsabilità dell'entrare in relazione e ci permette di affidarci a una comoda via d'uscita: la «gravità» della «malattia»...
- la concretezza, versus il «bene generale», la convinzione cioè che le persone le si aiuta nei minuti particolari; un buon terapeuta si concentra sui problemi reali, lotta per capirli e confrontarli con la propria esperienza di vita, e non si accontenta di posizionarli in quel contenitore artificiale che è la definizione diagnostica. Incasellare, dare un nome alle cose, sembra invece spesso essere la soluzione, mentre finisce con l'essere un'operazione tautologica, che non apporta benessere a nessuno e al massimo, in modo autoreferenziale, ci conferma in una supposta nostra posizione di «esperti»...
- lavorare sulle risorse e non sulle mancanze. La diagnosi si riferisce a quello che «non funziona», mentre molto più fruttuoso è lavorare alla valorizzazione di quegli aspetti della persona che *funzionano*: le sue aspettative, i suoi desideri, i suoi ideali, i suoi progetti, i suoi sogni...
- lavorare con il contesto: con l'équipe dei colleghi, con gli invarianti territoriali, e – in un progressivo allargamento – con tutte le figure significative per la persona che seguiamo individualmente. Avere a mente tutte queste istanze ha una ricaduta positiva sul lavoro psicoterapeutico in ambito riabilitativo. Questo comporta che dal lavoro individualizzato si passi ad altri contesti, alla famiglia ai gruppi di famiglie, alla rete, sempre con la presenza del diretto interessato. Questi allargamenti possono apportare nuove idee, creare nuovi scenari, aprire nuove possibilità.

4 Protezione e rischio, come si conciliano?

Protezione e rischio sono due estremi di un *continuum*. Il rischio è necessario perché la cautela estrema genera stasi, e non aiuta le persone a superare le impasse della loro condizione.

Ricordo una giovane collega che mi metteva in guardia mentre lavoravo a dare ad una signora ricoverata da decenni un appartamento protetto nel centro della città della cintura milanese in cui opero.

«Gn'a fa'», era il messaggio continuo della giovane collega.

Ma la mia risposta era come quella del Prete Liprando di Jannacci: «E io lo faccio lo stesso».

Luigia alla fine non ce l'ha fatta, ma io le ho regalato un anno di vita vissuta!

Da un lato la cautela, la protezione, rischiano di perpetuare la cronicità, che spesso è specchio della cronicità delle nostre idee anche se poi la scambiamo per una caratteristica della malattia.

Dall'altro lato il rischio può essere altrettanto deleterio, può essere un «buttare allo sbaraglio» la persona. Io – devo confessarlo – mi sono trovato spesso a questo estremo, a combattere una battaglia donchisciottesca, con tutta l'équipe per lo meno

scettica, quando non apertamente contro. Se frenare può tradursi in una condanna alla cronicità, spingere troppo può indurre nel nostro interlocutore aspettative irrealistiche. Una posizione di eccessiva cautela può portarci a credere che la «cronicità» non sia una conseguenza, ma diventi un tratto costitutivo della malattia. Ma una posizione garibaldina non giova ugualmente a nessuno.

L'antidoto è quello di stare nel mezzo, e parlare, confrontarsi coi colleghi, trovare una calibratura tra protezione e rischio, il che non è assolutamente facile, né esiste una ricetta pronta.

Protezione e rischio del resto sono funzione anche del contesto istituzionale in cui ci si muove. L'ente per il quale lavoro, un IdR, ovvero un Istituto di Riabilitazione, in passato aveva scommesso davvero, sulla riabilitazione psicosociale. Dagli anni '80 aveva attivato una cooperativa di lavoro di cui erano soci e presidente persone ricoverate lungodegenti. Io stesso avevo avviato nel 1990 la prima comunità residenziale, e per tre estati di fila, per periodi di quindici giorni, avevo organizzato e avevo partecipato in prima persona, tra le tante altre cose, ad esperienze di vacanza terapeutica, anche in Sardegna, in una villetta della mia famiglia sul mare!

Devo dire che oggi nello stesso contesto, invece, non mi viene riconosciuta nemmeno la partecipazione a questo bellissimo convegno. Un segno dei tempi.

E indice di come ci si muova tra rischio e conservazione anche a livello istituzionale!

Non c'è protezione assoluta, perché anche in ambienti quale è il mio attuale Istituto è possibile aiutare le persone, e non c'è rischio assoluto perché la reintegrazione sul territorio di una persona non è un punto di arrivo ma semplicemente la fase di un percorso. Una fase da preparare con cura lavorando sulla comunità sociale che accoglierà la persona, ma anche preparando il sistema curante ad una *elasticità*, una plasticità, tali per cui siano *previsti* i prevedibili, inevitabili, momenti di crisi, di difficoltà, e dunque nuovi ricoveri, nuove prese in carico comunitarie.

5 Barriere e possibili soluzioni per evitare profezie che si autoavverano e cronicità

Perché ci sia una situazione istituzionale favorevole diventa importante istituire una serie di alleanze, una collaborazione tra enti, famiglie, gruppi di famiglie, e questo può avviare un circolo virtuoso, tale per cui la persona viene inviata ad esempio in una situazione comunitaria sulla base di un progetto concordato tra tutti gli attori in gioco, concreto e realistico. Al contrario di quanto spesso avviene, laddove la comunità psichiatrica è vista come punto di arrivo finale, con l'invito implicito a *buttare via la chiave*, ed il progetto terapeutico individuale dell'ente inviante, quando viene fornito, è fatto di formule vuote del tipo *migliorare le autonomie, le capacità relazionali, la cura di sé*, ecc. Questo conferma l'idea un'ultima spiaggia in cui sistemare un «residuo» (che brutta parola) su cui si è deciso di non investire più.

L'idea alternativa, forse idealistica, è che qualsiasi condizione sia data, *c'è sempre qualcosa da fare* per migliorare la situazione di una persona.

Ritornando al progetto concordato con gli inviati e con tutte le figure in gioco del contesto, la collaborazione deve incentrarsi a mio avviso su aspetti concreti a partire dall'ambiente in cui intendiamo reinserire la persona: incontri familiari al domicilio, supporto sul luogo di lavoro... Un'offerta riabilitativa completa e integrata, sul modello di *Medici in Famiglia*.

6 Lavoro riabilitativo in un contesto istituzionale

Le mie esperienze in ambito riabilitativo con le persone con diagnosi di psicosi si sono svolte – come detto – in un Istituto di riabilitazione dell'hinterland milanese,

ma anche in un Centro diurno della Svizzera Italiana, il Centro al Dragonato, condotto dalla dr.ssa Christine Meier, e Villa Ratti, di Monticello Brianza. Tutte queste esperienze sono accomunate dalla supervisione del Prof. Giorgio Rezzonico, che oggi sostituisco in questo convegno.

Lavoro nel citato istituto di riabilitazione da quasi trent'anni. Ciò che più mi è piaciuto in questo ambito è stato – accanto e in connessione con il lavoro individuale e familiare con le persone ricoverate – il lavoro in équipe e in particolare il momento del *coordinamento* dell'équipe. L'istituto in questione era storicamente una «succursale» dei manicomi milanesi (Paolo Pini, Cerletti, ecc.) e la popolazione era una popolazione istituzionalizzata da decenni e con diagnosi prevalente di schizofrenia residua cronica. Persone, insomma, sepolte e condannate alla manicomializzazione. Ho imparato molto dal coordinamento delle diverse figure professionali e in particolare ho nel tempo costruito una linea di lavoro dividendo in due momenti il confronto in équipe: un momento di *ascolto* delle diverse *descrizioni* e un momento più creativo di *connessione delle descrizioni* in un progetto coerente.

Nel primo momento ad ogni figura professionale davo lo stesso tempo per descrivere il proprio punto di vista sulla persona ricoverata; questo comportava che dovessi circoscrivere e stoppare l'intervento del medico, dello psicologo, dell'assistente sociale, e dovessi invece fare domande e spronare ad allargare la descrizione dell'ausiliario e dell'infermiere. Gli apporti di queste ultime figure professionali si sono rivelati preziosi in quanto la loro conoscenza delle persone ricoverate era profonda, articolata, ricca... Una conoscenza spesso di anni, significativa, e che veniva alla luce per la prima volta.

Nel secondo momento del coordinamento dell'équipe a tutte le figure professionali veniva chiesto di produrre idee liberamente a partire da queste narrazioni.

La *riunione casi*, come l'avevamo chiamata, antesignano dell'odierno Progetto Terapeutico Riabilitativo, era però qualcosa di qualitativamente diverso dal PTR proprio per l'apporto di tutte le professioni e direi anche di tutte le sensibilità e di tutte le conoscenze. E la qualità risiedeva nella capacità di articolare l'intervento ritagliandolo su bisogni reali, concreti.

Oltre alla riunione casi, nel contesto istituzionale ho potuto con i colleghi lavorare con le famiglie, grazie anche allo specchio unidirezionale e all'impianto di video-registrazione resi allora disponibili dall'ente. E dal lavoro familiare siamo passati al lavoro multifamiliare, e all'intervento di rete. Grazie ad un finanziamento della Fondazione Cariplo, e grazie alla supervisione del dr. Eia Asen del Marlborough Centre di Londra, abbiamo posto in essere un lavoro multifamiliare con le persone ricoverate e i loro familiari. E di lì abbiamo imparato a lavorare sulla rete territoriale estesa, con la presenza sempre del diretto interessato e con tutte le istanze significative, un rappresentante dell'équipe di lavoro, un rappresentante di quella territoriale inviante, e poi il prete, l'amico, il farmacista, il magistrato di sorveglianza, il tutore, il giudice tutelare, insomma tutte le persone importanti per il progetto della persona interessata.

7 Formazione di base per un lavoro riabilitativo

Fondamentale a questo punto domandarsi quali spunti per una formazione possano derivare dalla descrizione fin qui svolta.

Una formazione coerente con il modello di lavoro presentato dovrebbe avere la capacità di abituare a un *pensiero non lineare*, a un *pensiero circolare*, che non cerchi le «cause» di una «malattia» che si suppone risieda nella testa delle persone, ma che porti alla consapevolezza del fatto che ogni evento, ogni fenomeno, è *multideterminato*.

Una formazione che abitui a leggere i bisogni delle persone e a vedere le persone dal punto di vista del paradigma della complessità.

Importante è il *linguaggio*. Usare un linguaggio lineare rischia di imprigionare la persona in una definizione diagnostica, il che è di scarso aiuto. Ci aiuta a incasellarla, a credere che abbiamo risolto un problema dandovi un nome. Una strategia che ci porta verso la tautologia, che non apporta informazione.

A questo linguaggio di cose occorre sostituire un linguaggio di relazioni, di *rapporti*. Se per esempio esordisco chiedendo alla persona che ho di fronte «che *problema* ha?» sto già portandola verso un percorso di malattia, di sofferenza, intervento, cura... Certo se la parola «problema» me la porta la persona stessa, allora la prenderò come punto di partenza, ma la mia indagine sarà molto più fruttuosa se invece della parola «problemi» userò parole meno connotate, ed esordirò, dicendo: «Per quale *motivo* è qui?», la mia indagine sarà ben più costruttiva se anziché di malattia e sofferenza parlerò di *prospettive*, desideri, progetti, idee; di cosa piace, di cosa è utile e cosa o meno in relazione a qualcosa.

Una formazione che valorizzi dunque il linguaggio, che sottolinei che il linguaggio può chiudere e un altro linguaggio può aprire dei mondi. Un linguaggio che sia mirato più alle risorse personali che alle mancanze sarà più suscettibile di aprire possibilità.

8 Il delirio

La parola «delirio» è presa dal mondo contadino. «Lirium» in latino è il solco dell'aratro, quindi «delirare» sta per «uscire dal solco». Ancor oggi si usa l'espressione «andar fuori dal seminato». Nella visione tradizionale il delirio è una produzione del pensiero non sottoponibile a critica. Dunque una produzione per definizione inavvicinabile alla comunicazione umana, un modo di comunicare, si dice, sbagliato, patologico...

La persona che delira ci mette a dura prova, lo sappiamo bene... A volte abbiamo paura di possibili reazioni inaspettate, e diciamo «ho capito», e poi ci troviamo imbrigliati in conversazioni senza senso. Altre volte abbiamo pietà, pensiamo: «già soffre tanto, figuriamoci se poi gli dico che non capisco quello che dice...». E anche qui diciamo «ho capito», e di nuovo ci troviamo imbrigliati in conversazioni senza senso.

Diciamo «ho capito» ma non abbiamo capito... E usciamo dal mondo del senso, dal significato.

I miei maestri, Luigi Boscolo in particolare, mi hanno insegnato a dire «NON CAPISCO».

Dicendo «non capisco» dico due cose, implicitamente.

Dico che quello che la persona che ho di fronte mi sta dicendo *ha un senso*.

Dico che io non sono onnipotente, ma come lui certe cose le capisco e certe altre no.

E gli sto anche dicendo, con il mio atteggiamento di interesse per lui: «prova a dirmi quello che mi stai dicendo in un modo che io capisca».

Gli chiedo cioè di fare in modo che comunichiamo, cioè che «mettiamo in comune» le cose che abbiamo in mente.

Ebbene, il più delle volte la persona smette di delirare e parla e ragiona. Entriamo nel mondo del senso.

Spesso invece ci blocciamo, e ricorriamo al comodo *escamotage* di ritenere la persona che delira «incapace» di comunicare correttamente. E anzi, questa incapacità diventa un ulteriore segno di malattia.

Eppure se si comunica si comunica in due, se non si comunica non si comunica in due.

Si può anche delirare, in due!

9 Onnipotenza e impotenza

Mi è piaciuto molto il tema di questo convegno, l'idea, anche qui, di un continuum tra impotenza e onnipotenza di fronte alla psicosi. Io non ho ricette e anzi, in questo momento «storico» mi sento molto più vicino all'impotenza che all'onnipotenza che ispirava forse il mio giovanile entusiasmo. Vedo intorno a me il prevalere di spiegazioni lineari, di interventi conseguenti, farmacologici e di in-tra-tenimento, come diceva in modo molto acuto Benedetto Saraceno. Vedo educatrici usano un linguaggio e una terminologia mediche, e che intendono gli interventi riabilitativi in modo autoreferenziale, come un modo per giustificare il proprio lavoro e come un modo per «tener dentro» le persone, anziché reintegrarle nella comunità sociale.

Ma oggi in questo convegno sono ritornato per un momento all'entusiasmo di partenza. Respiro di nuovo un'aria di speranza. E mi fanno ben sperare la logica dell'integrazione delle scuole e delle conoscenze, riscoprire che colleghi di formazione diversa hanno fatto esperienze molto vicine alle mie, come per esempio lavorare con i gruppi di famiglie.

Ringrazio dunque per questo di cuore chi ha organizzato questo convegno e tutti voi che avete avuto la pazienza di ascoltarmi.