


Il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura: “cloaca minima” o nodo (a vertice gruppale) della rete dipartimentale?

Flavio Vischia, Sandro Michelini, Roberta Manna, Roberto Keller, Paola Golzio, Angelo De Lena, Elvezio Pirfo, Franco Fasolo

	<h2>Narrare i gruppi</h2> <p><i>Etnografia dell'interazione quotidiana</i> <i>Prospettive cliniche e sociali</i>, vol. 1, n° 1, marzo 2006</p> <p>ISSN: 2281-8960</p>
---	---

Rivista semestrale pubblicata on-line dal 2006 - website: www.narrareigruppi.it

Titolo completo dell'articolo	
Il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura: “cloaca minima” o nodo (a vertice gruppale) della rete dipartimentale?	
Autore	Ente di appartenenza
Flavio Vischia	Casa di Cura Villa Cristina Torino
Sandro Michelini	Casa di Cura Villa Cristina Torino
Roberta Manna	Dipartimento di Salute Mentale G. Maccacaro ASL 3 Torino
Roberto Keller	Casa di Cura Villa Cristina Torino
Paola Golzio	Casa di Cura Villa Cristina Torino
Angelo De Lena	Casa di Cura Villa Cristina Torino
Elvezio Pirfo	Casa di Cura Villa Cristina Torino
Franco Fasolo	Dipartimento di Salute Mentale ASL Padova
Pagine 133-140	Pubblicato on-line il 15 marzo 2006
Cita così l'articolo	
Vischia, F., Michelini, S., Manna, R., Keller, R., Golzio, P., De Lena, A., Pirfo, E., Fasolo, F. (2006). Il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura: “cloaca minima” o nodo (a vertice gruppale) della rete dipartimentale?. In <i>Narrare i Gruppi</i> , vol. 1, n° 1, marzo 2006, 133-140 - website: www.narrareigruppi.it	

IMPORTANTE PER IL MESSAGGIO CHE CONTIENE.

Questo articolo può essere utilizzato solo per la ricerca, l'insegnamento e lo studio privato. Qualsiasi riproduzione sostanziale o sistematica, o la distribuzione a pagamento, in qualsiasi forma, è espressamente vietata. L'editore non è responsabile per qualsiasi perdita, pretese, procedure, richiesta di costi o danni derivante da qualsiasi causa, direttamente o indirettamente in relazione all'uso di questo materiale.

note

Il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura: “cloaca minima” o nodo (a vertice gruppale) della rete dipartimentale?

Flavio Vischia, Sandro Michelini, Roberta Manna, Roberto Keller, Paola Golzio, Angelo De Lena, Elvezio Pirfo, Franco Fasolo

Prendere in considerazione la dimensione gruppale e comunitaria come elemento forte di cura nell'intervento per la crisi permette di riflettere in modo più ampio sui Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC) e sulle modalità d'intervento in essi applicati e/o applicabili.

Il confronto ed il dibattito sui SPDC, e quindi sulla fase ospedaliera dell'intervento terapeutico in psichiatria, sono stati marginali, per non dire assenti, se confrontati invece con l'ampiezza e la profondità delle riflessioni su altre dimensioni di cura che hanno contribuito a trasformare la psichiatria dopo l'emanazione della Legge stralcio 180 (Basaglia, 1968) e la sua immediata ratifica nella Legge Quadro 833 del 1978.

La disaffezione per l'ospedale, rappresentato (spesso a ragione) come luogo custodialistico e quindi di “non cura”, si è progressivamente tradotta in una sorta di “opposizione culturale” al ricovero: i reparti di psichiatria hanno così progressivamente assunto una posizione eccentrica nella rete dell'assistenza psichiatrica; ciò che veniva pensato e sperimentato dalla psichiatria del territorio si è a mano a mano distanziato al punto da non essere più confrontabile con la psichiatria ospedaliera, sia sul piano culturale che sul piano dell'organizzazione. Per trovare un'identità più precisa i Servizi Psichiatrici si sono radicati all'interno dell'ospedale, cercando spesso di conformarsi agli altri reparti ospedalieri, rischiando la stessa connotazione di sistemi chiusi ed autoreferenziali che possiedono molte divisione ospedaliere. Sappiamo però che, diversamente da un reparto di cardiologia piuttosto che di urologia, la psichiatria in ospedale ha un mandato più ampio: deve essere connessa con le altre funzioni della cura, non può esimersi dal connettere il disturbo alla persona; così anche una crisi

psicotica si colloca in una concezione più ampia della sofferenza mentale, che non coincide solo con l'evento acuto: sarebbe altrimenti difficile comprendere perché ci occupiamo dei problemi connessi all'abitare o al reinserimento sociale dei nostri pazienti.

Dicevamo che quanto più si è scomposta la frattura tra la psichiatria di territorio e quella di ospedale, tanto più i SPDC hanno assunto una connotazione più chiaramente sanitaria, nel senso organicistico - somatizzante (e quindi più sbilanciato) del termine, con il risultato di aver approntato programmi d'intervento che tendono a "neurologizzare" indistintamente tutti i pazienti (anche quelli più "mentali").

In teoria, purtroppo solo in teoria, la lenta ma progressiva attuazione dei Dipartimenti di Salute Mentale (il risultato di una storia lunga e travagliata, iniziata da un punto di vista legislativo nel lontano 1975, ma conclusa in realtà dal 1994 in poi, dopo il varo del primo Progetto Obiettivo Nazionale Tutela della Salute Mentale), avrebbe potuto rappresentare un tentativo di ricucire il percorso del paziente tra i presidi terapeutici territoriali, la comunità locale e l'ospedale. In realtà l'Aziendalizzazione da questo punto di vista irrompe nel campo istituzionale, sbaragliando questi propositi (ancora una volta illusori?); pensiamo a quanto entrino in conflitto le esigenze "budgettistiche", protocollari e procedurali dell'Azienda con quel particolare interesse verso la marginalità che sta nel *core* (sia inglese sia napoletano) dell'atteggiamento antropologico di chi si occupa della sofferenza mentale (Barale, 2003). Occuparsi di salute mentale (e quindi inevitabilmente di marginalità, non solo sociale, ma nel senso "di ciò che costitutivamente è rimasto ai margini, quindi ai margini della storia, della memoria, dei significati" - Barale, 2003) diviene oggi più che in altri periodi pesantemente condizionato dalle scelte della *Policy Psichiatrica* del contesto in cui si opera, ma non solo: anche dai modelli culturali dominanti di salute e malattia mentale: Burani Procaccini & coloro che all'interno della Società Italiana di Psichiatria sostengono una "psichiatria ospedaliera" dentro l'ospedale e non all'interno del DSM (tanto meglio se neuro-farmacologicamente connotata) *docent*.

Forse, per alcuni, il SPDC è rimasto davvero l'ultimo baluardo di un approccio biologico - riduzionistico, in cui (se si vuole) si possono ancora negare la matrice psicologica e sociale dei disturbi psichici. In fondo, il fatto che vengano attuati con una certa disinvoltura interventi esclusivamente farmaco - fondati, che privano il paziente della propria dimensione etologica ed ecologica, non crea particolari imbarazzi. Peccato che questo trend neo - istituzionale attraverso l'uso organicistico - somatizzante del SPDC releghi ancora una volta la fase ospedaliera del trattamento in un cono d'ombra; sembrava ci fossimo liberati

del mandato di gestire gli ospedali psichiatrici come “cloaca maxima” della società, al punto che non ci accorgiamo più della funzione di “cloaca minima” dei nostri SPDC (Fasolo 2003).

Se la psichiatria in ospedale non si dota, però, della dimensione “psico – sociale” di quegli elementi che hanno a che fare con il comprendere e quindi con la relazione, rimane imbrigliata in quella istanza connessa all’agire, insita nell’operare istituzionale (De Sanctis, 2003). Conosciamo bene le risonanze emotive che i pazienti con crisi psicotiche possono evocare nella mente degli operatori; conosciamo anche bene gli effetti di collusione con i meccanismi di difesa del paziente, il distanziamento, il rifiuto (sino alla reificazione del paziente) che talvolta mettiamo in scena noi stessi operatori per difendere la nostra integrità psichica dalle identificazioni proiettive che i pazienti in crisi ci propongono. Allora si comprende meglio che il fondare un intervento terapeutico ospedaliero su di una matrice esclusivamente farmacologica, e quindi rischiosamente “antirelazionale”, sia un modo per tenere a bada, per liquidare i nostri sentimenti aggressivi e depressivi - per altro scientificamente legittimati. Con la prospettiva certa di correre però preoccupanti rischi: la perdita della fantasia e della creatività che sono essenziali ingredienti per mantenere vitali le nostre funzioni terapeutiche. Ecco allora che si realizza “l’addomesticamento” della crisi psicotica, che lascia fermo lì il paziente “senza uno straccio di senso” (Fasolo 2003); con buona pace di chi (Zapparoli, 1992) sostiene la necessità di costruire un’ipotesi sull’origine di un delirio, prima di proporre al paziente un esame di realtà, fondando l’intervento sulla necessità di costruire un ponte con lui per poter affrontare insieme (non lasciando così il paziente in una dolorosa esperienza di solitudine) una realtà altrimenti intollerabile, e per tutti.

Cosa è necessario “immettere” allora nelle stile di cura, nei programmi terapeutici di un SPDC, per conciliare la psichiatria ospedaliera con quella di comunità, essendo la prima un sottosistema semplice della seconda (Fasolo 2003)?

Lo strumento del gruppo e della dimensione comunitaria, diffusamente utilizzati da tempo in altri contesti terapeutici (Fasolo, 1972 e 1995 – Vanni) rappresenta una nuova modalità di pensare il reparto ospedaliero e quindi un nuovo approccio alla cura e all’idea che si realizza nell’intervento possibile in situazione di crisi. Scrutando l’orizzonte, non attraverso un binocolo ma un caleidoscopio, potremo cogliere le diverse sfaccettature del modo di operare in un particolare contesto (quello del SPDC), utilizzando come bussola l’approccio bio-psico-sociale, che trova una sua caratteristica espressione nell’intervento gruppal. Attraverso questo principio osservativo potremo ormeggiare “nel porto” del gruppo e scoprirne i differenti approdi: il gruppo di lavoro del re-

parto, il gruppo psicoterapeutico, i gruppi espressivi, il gruppo della riunione di comunità. Elemento centrale, stabile, del caleidoscopio risulta essere l'aspetto relazionale, che contribuisce a significare e/o ri-significare il complessivo intervento di presa in carico, cura e crisi, dotando quest'ultimo concetto di un'ampia valenza, profondamente differente e lontana dalla diffusa idea di limitazione. La crisi del paziente in tale prospettiva non è più allora un corredo di sintomi da annullare o circoscrivere senza ossigeno per l'elaborazione e la cura intese come *talking cure*. Essa rappresenta piuttosto un momento di attuale rottura di un ordine precedente (che si radica in modo profondo nella storia personale e collettivo-comunitaria dell'individuo), ma soprattutto un momento potenziale, una possibilità evolutiva che può ricondurre verso una nuova ricomposizione.

La crisi risulta essere allora un momento di pausa, e potenzialmente di scoperta, in cui, con il supporto necessario, il "non pensiero" può assumere la connotazione di un pensiero nuovo, ricco, se c'è qualcuno con cui dividerlo, qualcuno in grado di coglierlo e dotarlo di significato. Se la crisi appartiene alla storia dell'individuo (spesso densa di vicende estreme), l'intervento terapeutico dovrà valorizzarne il significato. Lo strumento scelto per la valorizzazione dell'individuo diviene il gruppo come luogo di confronto e di ri - scoperta (di sé e dell'altro). Da questa esperienza si possono scoprire, sperimentare e, perché no, apprendere nuove modalità di relazione con l'altro. Il ricovero rappresenta così un'esperienza che può fornire una nuova e diversa forma di relazione interpersonale che porta ad interiorizzare una relazione meno patologica. In altre parole se evitiamo di comportarci come già chiunque altro fa nel mondo reale del paziente, potremo offrirgli nuovi oggetti e nuovi modelli relazionali. In tale prospettiva si potrebbe concepire, con un po' di coraggio ed un certo azzardo, l'esperienza di crisi e di ricovero come elemento influente sull'originaria gruppaltà interna del paziente, una sorta di "gruppaltà ausiliaria". Cercando di dare ordine a questo pensiero partiamo dall'origine; ossia, cosa si intende per gruppaltà interna? "La gruppaltà interna è la modalità caratteristica di strutturazione della dimensione transpersonale nell'individuo. (...). Ciò che viene introiettato è piuttosto una rete di modalità relazionali, la rappresentazione dei rapporti di ognuno con l'altro e con l'ambiente, le significazioni ed i codici legati a tali rapporti" (Di Maria - Lo Verso, 1993; 1995). Considerando tale strutturazione dell'identità nella situazione del paziente psicotico, possiamo immaginare una modalità processuale equivalente, ma con un'alterazione della forma dell'oggetto introiettato, un'alterazione patogenetica. L'estremismo di tale ipotesi non vuole certamente giungere alla conclusione

che l'intervento sulla crisi, in setting individuale e/o di gruppo, sia "guaritore" nel senso di modificare la strutturazione della gruppaltà interna dell'individuo, ma che possa quanto meno intervenire quale nota dissonante dello spartito letto ed interpretato fino a quel momento, in modo da innescare un meccanismo che permetta la scoperta di una possibile nuova melodia (un nuovo sistema relazionale). Ricorrendo nuovamente all'ausilio di concetti gruppoanalitici, nel tentativo di incorrere il meno possibile in pericolosi fraintendimenti, e cercando di riepilogare quanto qui abbiamo ipotizzato, si può ricorrere al "sentimento di stupore" di cui Cassirer, citato da Diego Napolitani, parla "quando indica il trovarsi dell'uomo di fronte all'"insolito" come di fronte a ciò che apre un bivio al suo pensiero: o l'insolito viene ricondotto nell'alveo del pensiero già pensato e codificato dell'*idem* o esso si pone come momento di sviluppo di un pensiero problematico originale, come nucleo di un processo simbolopoietico che può concludersi con la produzione di nuovi concepimenti simbolici, di nuove visioni del mondo" (Napolitani, 1987). Auspichiamo quindi che il percorso fatto dal paziente in un reparto in cui sia possibile esperire una dimensione grup-pale e comunitaria, possa quanto meno avvicinarsi alla sperimentazione di un sentimento di stupore.

La crisi diviene allora espressione di potenzialità personalizzante se si considera che nell'esperienza di gruppo, attraverso il confronto con gli altri, il paziente possa "conoscerla" non solo come sua, ma anche scoprire quanto, anche in tale esperienza dolorosa, vi sia una potenzialità di relazione con l'altro.

Il gruppo, come ci ricorda Michellini, è una struttura intermedia: nel caso del gruppo terapeutico è "la struttura intermedia tra la massa densa del reparto, o della confusa comunità familiare, e lo sviluppo di un'identità capace di dialogo e separazione" (Michellini 2003); non è illusorio ritenere allora che la "replicazione" di modalità relazionali sperimentate come rassicuranti possa divenire elemento ricercato dal paziente in ogni ulteriore situazione di crisi.

Nel caso del gruppo di lavoro diviene lo "spazio di mezzo" tra la dimensione individuale, personale di ciascun elemento dell'équipe, e la dimensione istituzionale, quella che dispone, delegando nel limite del possibile la dimensione creativa a chi (il gruppo di lavoro) deve raggiungere l'obiettivo.

Se il reparto attraverso la dimensione grup-pale e comunitaria può rappresentare un contenitore accogliente, quindi sufficientemente buono nell'esercitare la sua funzione materna, è altrettanto vero che il secondo specifico del SPDC è la funzione paterna, intesa come capacità di essere un ponte (come ci suggerisce la raffigurazione della copertina del libro di Silvana Michellini – Michellini, 2003) tra l'esperienza rassicurante e contenitiva vissuta in reparto, e la realtà esterna.

Esercitare una funzione paterna significa essere in grado di promuovere una separazione evitando di colludere con gli aspetti più regressivi dei pazienti ricoverati, non consentendo che il reparto rappresenti per alcuni pazienti un “rifugio per la mente” dal retro-gusto vagamente manicomiale. La funzione del SPDC è di rimettere in gioco, di rianimare potenzialità interne e relazioni sociali più o meno bruscamente interrotte dalla crisi, di consentire al paziente di riattivarle durante l’esperienza in reparto, per poterle ri – sperimentare e ri - esercitare anche “al di fuori delle mura”.

Se il SPDC non tiene presente questa funzione integrata (materna – paterna) nella rappresentazione che ha di sé, diviene l’artefice di un paradosso. Dapprima richiama il paziente dall’altrove (nowhere) della solitudine della crisi, al qui ed ora (now – here) del contenimento del reparto, per essere presente al suo dolore e per sorreggerlo; poi, se non è in grado di completare la propria funzione genitoriale, che è senz’altro anche irrinunciabile e fondativa funzione di pensiero, favorendo la connessione con gli altri nodi della rete dipartimentale, rafforzando le capacità di “stare” nella comunità locale, rischia di ricondurre il paziente stesso all’originaria posizione dell’altrove (nowhere), come se al di fuori dell’esperienza totalizzante del reparto non vi fosse altro luogo. Il paziente allora “deve” far di tutto per tornare o restare in SPDC, l’unico “non – luogo” paradossalmente – e disperatamente – tollerabile.

Nell’ottica di una continuità di lavoro, la dimensione comunitaria del reparto attuata attraverso lo strumento del gruppo, rappresenta quindi quel collegamento che rende possibile una nuova collocazione del SPDC non più solo all’interno dell’ospedale, ma all’interno della comunità della quale si rende viva espressione microsociale.

Bibliografia

Barale, F. (2003). L’inconscio ai tempi dell’aziendalizzazione. L’istituzione e la memoria. In, *Stati caotici della mente*. A cura di, Luigi Rinaldi. Milano: Raffaello Cortina.

Basaglia, F. (1968). *L’istituzione negata*. Torino: Baldini & Castaldi.

De Sanctis, R. (2003). Aspetti psicoanalitici nel lavoro in un reparto ospedaliero per pazienti psicotici acuti. In, *Stati caotici della mente*. A cura di, Luigi Rinaldi. Milano: Raffaello Cortina.

- Di Maria, F., Lo Verso, G. (a cura di) (1995). *La Psicodinamica dei gruppi*. Milano: Raffaello Cortina.
- Fasolo, F. Psicoterapia di gruppo transitoria . In *Psicoterapia Generale e dell'età evolutiva*, 10, 1972.
- Fasolo, F. (1995). Verso una psichiatria a vertice gruppale. In Di Maria F., Lo Verso G. (a cura di). *La Psicodinamica dei gruppi*. Milano: Raffaello Cortina.
- Fasolo, F. (2002). Come si pronuncia Jacques: “nowhere” oppure “now here”? In, *Gruppi*, vol. IV numero 3. Milano: Angeli.
- Fasolo, F. (2002). *Gruppi che curano & gruppi che guariscono*. Padova: La Garangola.
- Fasolo, F. e AA.VV. (2003). *Esperienze nei gruppi*. Padova: La Garangola.
- Lo Verso, G. (1993). *Attraverso il cerchio. Lavorare con i gruppi nei servizi pubblici*. Bologna: Mulino.
- Michellini, S., Gasseau, M. (2003). *Psicoterapia di gruppo nel Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura*. Milano: Angeli.
- Napolitani, D. (1987). *Individualità e gruppaltà*. Torino: Bollati Boringhieri.