

## **L'Alleanza Terapeutica, relazione in cerca di Autori?**

### **Alleanza Terapeutica, il Processo Interattivo che conduce al Patto. Di Patrizia Giannini**

#### **Introduzione:**

Il trattamento della sofferenza esistenziale e psichica nella Comunità residenziale per antonomasia passa attraverso la Relazione.

Una relazione d'aiuto che opera attraverso processi di consenso, di affiliazione ed alleanza terapeutica appunto. Questo terreno relazionale ha un alto valore intrinseco nella progettazione di un buon percorso terapeutico; per comprendere meglio questo valore, ritengo necessario introdurre una breve riflessione sullo scenario attuale, in Italia, dei trattamenti residenziali, uno scenario che è davvero molto complesso!

Infatti, diversi fattori si sono sovrapposti su quella che è la Cultura delle Comunità terapeutiche che ha origine dai lavori di Tom Main e Maxwell Jones del secondo dopo guerra.

In Italia, dopo una prima ondata ideologica a seguito della chiusura degli Ospedali Psichiatrici, le comunità hanno avuto il compito di accogliere e trattare la patologia mentale al di fuori dei contesti ospedalieri, accanto ai Servizi di salute mentale, raccogliendo con essi la sfida della residenzialità psichiatrica, nella rete d'integrazione fra Servizio pubblico e Privato Sociale.

**Una sfida rischiosa per il tentativo di non ricreare forme di istituzionalizzazione diverse solo nella forma e non nella sostanza.**

Per questo motivo, è importante mantenere alta la riflessione su alcuni elementi caratterizzanti il vero spirito sociale e il vero orientamento terapeutico della comunità che cura!

Dello scenario complesso cui accennavo all'inizio voglio sottolineare qui due grandi filoni.

Il primo, forse inevitabile in tempi come quello che stiamo attraversando, è quello che riguarda **la spesa pubblica e le scelte politiche ad essa collegate.**

L'Italia tutta, ed in particolare molte regioni, negli ultimi anni hanno dovuto fare i conti con problemi di budget di spesa.

Alcune ASL si sono ritrovate ad utilizzare sempre più spesso gli inserimenti comunitari non come parte integrata di un processo di cura di questi pazienti, anche in fasi meno drammatiche della loro esistenza, ma sovente come ultima spiaggia! Senza la reale possibilità di pensare ad un trattamento in progressione, longitudinale, che contempra una visione progettuale e di continuità di presa in carico entro la quale inserire il trattamento residenziale.

A questa tematica della Spesa, si collegano scelte politiche legate alla **regionalizzazione delle spese**, che hanno sostenuto il concetto della **territorializzazione della cura**. Un concetto che non può avere una validità standardizzata. La situazione della Persona ha la sua peculiarità. L'esperienza ci dice che così come per alcuni utenti la vicinanza con la famiglia d'origine e/o il contesto sociale di provenienza è fondamentale, altrettanto, per altri, può esserlo allontanarsi. Legare la prassi dell'invio alla politica della regionalizzazione delle spese, rischia di privare il paziente di una libera scelta, ed in alcuni casi di un'opportunità di cura specialistica, mirata, pensata costruita su misura per lui. Si crea così **il rischio del primato dell'economia sulla riflessione clinica e sulla soggettivazione della cura**.

Sempre legate alla pur necessaria politica del contenimento della spesa pubblica, risultano essere alcune scelte regionali di avviare **una omologazione delle strutture** deputate alla cura. Se il Privato Sociale ha potuto rappresentare in Italia per molti anni la possibilità di affiancare al Servizio pubblico strutture che proponessero alcune specificità, se non addirittura specializzazioni ed eccellenze di metodologia di trattamento, alcune nuove normative di accreditamento stanno portando ad un appiattimento generale del sistema di cura, che standardizza la risposta e che presuppone omologate le necessità dei pazienti, o meglio le spese per esse!, portando alla perdita ancora una volta e della Clinica e del Soggetto, a favore di una gestione della spesa davvero discutibile, se consideriamo che una buona spesa è quella che fa "risparmiare nel lungo periodo". Ricerche sull'efficacia terapeutica ci informano che un Soggetto psichiatrico trattato per tempo, in modo adeguato e coerente ricorre in misura sempre minore a ricoveri o assistenza, portando una minore spesa sulla Sanità pubblica. Oggi, vengono sempre più proposti requisiti del personale delle comunità terapeutiche sia nella qualità che nella quantità delle competenze, che favoriscono l'assistenzialità e non la terapeuticità. **Il rischio è di passare dalla psicodinamicità della cura alla staticità della residenzialità!** La qualità d'intervento si abbassa, e con esso tutti i credo insiti nel processo di cura comunitaria che ho evocato poc'anzi. Con il rischio di un implicito richiamo ad un utilizzo della farmacoterapia in sostituzione di quelle istanze relazionali che inevitabilmente vengono a mancare.

Inoltre, secondo filone, soltanto da alcuni anni, sono state ridefinite le funzioni di quello che era il Ministero di Grazia e Giustizia, che attraverso uno specifico capitolo di spesa finanziava i **trattamenti comunitari dei pazienti con misure cautelari e penali** inviandoli ad un gruppo selezionato di Comunità. Oggi le ASL

hanno in carico questa utenza, con l'incarico di predisporre inserimenti comunitari in qualità di misure alternative alla carcerazione, a volte secondo tempi e logiche che appartengono al sistema penale e non a quello clinico.

La popolazione delle comunità terapeutiche è dunque cambiata notevolmente.

Questo scenario rispetto le ragioni ed i modi di invio dei pazienti, ha favorito la realizzazione di una dinamica della **domanda di accesso molto peculiare**.

Prima che il paziente stesso, il servizio inviante sovente non ha avuto modo di predisporre ad un ingaggio autentico rispetto al percorso di cura del paziente! Il paziente rischia di essere sempre più in una posizione passiva. Entrano in gioco nuovi interlocutori e attori del processo di inserimento, avvocati, magistrati, amministratori di sostegno, i quali devono imparare logiche di risposta e trattamento a loro estranee, nuove!

Credo pertanto che la grande sfida odierna sia il trovare un terreno comune, un linguaggio comune, **rappresentazioni mentali comuni fra gli attori del processo di inserimento comunitario**. Ma non solo! In questo contesto che esternalizza da sé, occorre che essi possano risignificare la propria valenza, che possano recuperare la propria forza e nel contempo responsabilità di Autori del processo. Co-Autori in una organizzazione complessa quale quella comunitaria all'interno di uno scenario socio economico politico giuridico complesso!

### **Attori ->Autori.**

Il rischio che si crei una dispersione di intenti ed una non integrazione è alto e non può che andare a discapito del Soggetto della cura.

Per tutto ciò, penso che prioritariamente si tratti di costruire un significato interiorizzato del perché "stare dentro" un percorso di cura (anche obbligato) da parte della persona stessa. Che essa possa trovare/costruire traccia dentro di sé di un senso personale di ciò che gli accade.

Parallelamente, penso che la sfida vada vista anche nella direzione dei vari interlocutori/Attori/Autori che hanno a che fare con il progetto di trattamento; anch'essi, ciascuno nel proprio ruolo, si trovano a fare i conti, oggi, con la necessità di una sorta di lavoro di ri-significazione del contesto, degli interlocutori e della propria funzione.

In questo modo, il percorso di cura che sempre di più non nasce da "una" domanda, deve trovare un recupero di senso e di significato che renda Autori della propria esperienza, che può così non restare soltanto subita!

## **Alleanza Terapeutica, Autorevolezza di Sé e Dinamica Di Responsabilità In Un Processo Interattivo che conduce ad un Patto**

Secondo queste premesse, lavorare sull'alleanza terapeutica comporta un lavoro di costruzione di una nuova concertazione integrante, di un Nuovo Patto.

Il concetto di **motivazione personale** in questo scenario risulta anacronistico: infatti, questo concetto rischia di sottintendere una primaria afflizione di volontà nella situazione esistenziale del Soggetto – come se vi fosse un problema di mancanza di forza di volontà alla base della sua sofferenza - e implica una sorta di arbitrio morale, una capacità di scelta, laddove sono in essere invece disturbi e psicopatologie che spesso prescindono un'autentica consapevolezza!

La possibilità di sostituire questi concetti con l'idea di riuscire a costruire una "disponibilità alla cura" permette, oltre ad una più autentica e realistica comprensione, di non esautorare il paziente dalla propria componente di Responsabilità, Autorità di Sé e Potere. Infatti, sostituire "Motivazione" con "Disponibilità" al trattamento, richiama ad una Neutralità Etica ed Ideologica.

Una neutralità che, nel processo di alleanza, rende i Soggetti/Attori/Autori capaci di richiamare alla Responsabilità senza il peso della Colpa o della Vergogna.

Rende possibile nel modo più autentico e vero la partecipazione intersoggettiva, che consente al Soggetto di affrontare i propri sentimenti, pensieri e comportamenti passando per il riconoscimento e l'accettazione di questi. Una neutralità ideologica che in questo modo può coinvolgere tutto il complesso sistema inviante e curante dando origine ad una coerenza di senso.

Ma come lavorare su questa costruzione di disponibilità con il paziente?

L'assunto è che proprio i primi processi di avvicinamento e accoglimento del paziente debbano consentire alla persona la facoltà di una maggiore autentica presenza a se stesso e, quindi, di conseguenza, al sistema curante.

Riconsiderare oggi un antico tema della psicopatologia sul significato del sintomo (spesso di una matrice complessa di sintomi), può dunque aiutarci a riportare il vertice d'osservazione sulla soggettività ed il bisogno del paziente.

Non dobbiamo dimenticare, infatti, che la grave carenza nella capacità di simbolizzazione e dunque di utilizzo della Parola, di questi pazienti multiproblematici, viene sopperita dal sintomo e dal comportamento, che dunque sono il mezzo a noi più accessibile per contattare quel fragile Mondo interno.

Ed è proprio la specificità dell'esperienza comunitaria ad offrire lo spazio interpersonale in cui, attraverso il vivere la quotidianità la Persona possa esportare al di fuori di Sé, mettere a disposizione ed in gioco quei significati del

proprio Mondo Interno, che sono inintelligibili e sovente inconsci, a lui e agli altri, i quali possono condurre ad una autentica comprensione dello stato e della situazione del paziente.

Da qui l'importanza di formulare uno strumento ponte, uno strumento che rappresenti nel contempo sia un primo lasciapassare su quel Mondo interno, che lo stesso Patto di alleanza che si sta concertando nell'incontro e nella relazione curante. Uno strumento che ponga cornici di riferimento chiare per tutte le parti in causa e conceda uno spazio di azione, di riflessione, e di concertazione condiviso, con cui trattare i sintomi ed il comportamento sul piano dei Significati: il **contratto terapeutico**.

**Uno strumento, il Contratto Terapeutico, la cui formulazione è insieme Spazio processuale e traduzione in Parola, appunto!**

Il campo intersoggettivo che viene a crearsi fra paziente e curanti pone in una condizione di parità gli Autori dell'Alleanza terapeutica, favorendo una chiave di lettura per un esame di realtà condiviso che garantisce così una autonomia dalla Soggettività inevitabile di tutte le parti in causa.

Si chiede al Soggetto un atteggiamento attivo su di sé e sul sistema curante. La persona è aiutata a riflettere su di sé, sulla propria esperienza di sofferenza e di crisi, ed è sollecitata ad una posizione esistenziale progettuale, autorevole e responsabile su di sé.

Nel contempo il lavoro sul Contratto trasmette alla persona che ella può essere capita, che il malessere è solo una parte della sua esperienza mentale; una competenza che non passa attraverso l'uso dell'autorità e della forza, ma attraverso la comprensione del disturbo e delle condizioni della Persona, man mano condivise, ed espresse, anche da lui stesso, nello spazio che si crea durante il periodo di progettazione terapeutica.

E tutto ciò contribuisce ad alimentare costantemente due elementi sostanziali sia nel processo di ingaggio che nel corso della terapia:

il sentimento di speranza, un obiettivo, uno scopo, una meta verso cui tendere; e l'idea di una strutturazione del processo terapeutico che può sostenere, affidabile, comprensiva, che, pur alimentando l'autonomia, non lascia soli.

Il residente è sollecitato ad esprimersi intensamente (socialmente, emotivamente e mentalmente) nell'ambito di un ambiente tutelato.

Il Contratto rappresenta insomma la **Negoziazione** dell'alleanza terapeutica!

Infatti, è interessante notare come il tentativo di mantenere sempre elevata la facoltà della persona di riflettere e mentalizzare su ciò che gli accade, deve essere conciliato con la necessità di mantenere con autorevolezza il senso del Limite e dell'Altro.

Per questo motivo il Contratto presenta all'utente il setting di trattamento, con anche prescrizioni forti, determinate, accanto alla possibilità di mantenere sempre aperta la dialettica costruttiva, al fine di non lasciare mai la persona, in una posizione assolutistica, solitaria, bloccante nelle situazioni che potranno venirsi a creare!

A tale scopo, ogni sezione del Contratto riconurrà costantemente la persona a porre in essere riflessione, introspezione e dialettica, laddove ogni evento od esperienza diviene pensabile, dicibile, e dunque affrontabile!

Un risultato che non può passare, per il suo raggiungimento, da elementi già definiti e definatori dell'esperienza, e che per questo devono essere lasciati aperti, in questa accezione dunque "indefiniti", seppure estremamente delineati e chiari, e dunque ragionevolmente sempre negoziabili.

Infatti, il Contratto terapeutico, pur offrendo elementi contenutistici chiari, non si concentra particolarmente sui contenuti, quanto sui processi, promuovendo l'interazione delle diverse prospettive all'interno del campo fenomenologico. **Un campo fenomenologico di cui si può fare esperienza come scenario comune!**

In questo modo il contratto terapeutico obbliga ad un costante esercizio al guardare "realisticamente" il proprio comportamento, le conseguenze più esplicite e quelle più implicite, Sé e l'Altro. Un continuo spazio interattivo di riflessione dell'intero sistema curante, e di tutti gli Autori del processo, insieme con il paziente.

Ciò preserva dal rischio di una standardizzazione di interventi e da una normativizzazione fine a se stessa.

E' l'offerta di un clima relazionale sicuro, entro il quale ciò che può accadere durante il percorso, i movimenti evolutivi e quelli involutivi, compresi gli acting, le crisi, le rotture relazionali, ed ogni cosa che può scaturire dagli stati emotivi del paziente e dal suo comportamento, può essere, nella misura più adeguata possibile, rivisitato, ora contenuto, ora sollecitato all'introspezione, ora accolto e gestito insieme, ora respinto e confrontato, sempre secondo l'ottica dell'impresa comune e dell'Alleanza.

### **Conclusione:**

In conclusione, credo che sia proprio mettendo alla prova il sistema tutto nella capacità del paziente di entrare in una dialettica dentro Sé e con l'Altro, che si creano i presupposti di una alleanza al trattamento, la quale si traduce poi in una disponibilità e pian piano in una collaborazione al progetto di cura: una significazione appunto di esso da parte del soggetto.

Una riappropriazione di senso che consente, se precocemente e paritariamente gestita, anche una ri-significazione e collocazione di tutto il sistema curante e inviante. La stessa attivazione, responsabilizzazione e dialettica deve infatti riguardare i Servizi, le Famiglie, gli eventuali Avvocati e Giudici, e tutte le altre figure implicate nell'invio, in un processo di integrazione e condivisione alto.

Un processo che restituisca al paziente, attraverso una riscoperta, il senso di Sé, al di fuori e oltre ogni rappresentazione diagnostica, clinica, giuridica e amministrativa; un focus questo che, a mio avviso, non deve mai essere una questione ideale, quanto una questione morale.

Patrizia Giannini, settembre 2015