

Parma 01.12.2006

Abstract dell'intervento di Diana Gran Dall'Olio (Psicologa-Psicoterapeuta)

Az. USL Parma

Programma Dipendenze Patologiche

Ser.T Equipe Carcere

Il contributo vuole offrire uno strumento di verifica metodologica per stabilire un confronto tra pratiche di cura in Istituzione detentiva, focalizzandosi nello specifico sulla presa in carico del paziente con patologie di dipendenza.

L'andirivieni tra l'approccio metodologico della *Psichiatrie de liaison*, nata in Canada e diffusa poi in Europa e le buone pratiche dell'Equipe carcere, saranno oggetto di stimolo per un confronto ed un dibattito sul lavoro clinico in Istituzione e sull'importanza di strategie di mediazione col contesto nello stabilire un'efficacia dell'intervento.

*Creare spazi di comunicazione: le buone prassi dell'equipe carcere al vaglio della * Psichiatrie de liaison.*

Intervento della Dott.ssa Diana Gran Dall'Olio Psicologa – Psicoterapeuta

La " *psychiatrie de liaison* " è un modello d'intervento clinico concepito inizialmente per le strutture ospedaliere, da autori canadesi e svizzeri e poi applicato anche al contesto di cura penitenziario, con l'obiettivo di limitare i rischi etici e deontologici nella presa in carico di pazienti spesso recalcitranti a intraprendere un percorso terapeutico e riabilitativo connesso alle forzature ed ai limiti dell'ambiente penitenziario. All'interno della stesura del codice deontologico dello psicologo penitenziario li abbiamo chiamati : "clienti involontari", sottolineando la necessità di stabilire un'alleanza terapeutica basata sulla trasparenza e definizione degli obiettivi dell'intervento. La psichiatria praticata in prigione come recita Senon: " *è molto vicina a quella esercitata nei servizi di medicina e chirurgia:*

Essa :

-Si esercita in un luogo che non ci appartiene e dove non abbiamo nessun potere istituzionale; è una psichiatria per l'altro";

- Deve costantemente e quotidianamente rinegoziare il suo strumento di cura e il suo campo d'intervento, che in gran parte dipende dalla qualità delle relazioni con l'istituzione ospitante;

-i rischi di esclusione e d'isolamento sono altrettanto grandi verso l'ambiente ospitante, la prigione, che verso il suo ambiente d'origine, il settore di psichiatria;

-occorre esser attenti a conservare la propria identità così come la propria etica;

-è all'origine di una nuova clinica , distante dall'insegnamento classico e di una ricerca terapeutica;

- si apre al campo sociale e sviluppa le sue relazioni con gli operatori della medicina somatica; il corpo è tenuto in gran conto: mutilato, rinchiuso e liberato, è al centro della relazione terapeutica;

- cura patologie generate dall'ambiente e le sue specificità che sono spesso dell'ordine della regressione e delle sue difese arcaiche;
- tratta del passaggio all'atto, quello del malato come quello dell'Istituzione;
- tiene conto tanto degli aspetti istituzionali quanto di quelli individuali, restaurando la comunicazione intorno al malato;
- deve aiutare i suoi operatori ad affrontare un faccia a faccia con la sofferenza e la morte evocate con acutezza dai malati che prende in carico-

Per realizzare questi obiettivi, oltre alla presa in carico del malato è necessario prendere in carico l'istituzione che lo accoglie, favorendo la comunicazione mettendo in contatto gli operatori e le équipes in un lavoro di mediazione terapeutica.

Silla Consoli fa riferimento ad atti concreti di accoglienza che elenca puntualmente:

- atti a carattere diagnostico;
- azioni terapeutiche specifiche;
- mediazione con l'équipe che cura il malato, ripresa in contatto con i servizi di psichiatria che lo hanno preso in carico precedentemente, animazione di gruppi terapeutici;
- atti che implicano decisioni concrete: orientamento di un paziente su un ospedale specializzato, protezione dei beni dei titoli e curatela;
- atti che implicano una presa in carico globale e accompagnamento psicologico;
- atti di consulenza o a carattere pedagogico; sostegno psicologico dei parenti, contributi ad azioni pedagogiche o d'inserimento etc...
- azioni di ricerca, di formazione d'insegnamento.

** Consulente ex art.80 presso il Ministero di Giustizia dal 1994 e Psicologa-Psicoterapeuta? presso l'équipe carcere Sert di Parma dal 2002.*

A questo scopo è necessario citare e commentare, calate nel contesto istituzionale, le prescrizioni fornite da Consoli:

-non attendere passivamente l'espressione della domanda di aiuto e di sostegno psicologico

In particolare si cerca di prendere in carico le patologie proprie dell'ambiente detentivo: cioè tutti i passaggi all'atto su di sé e sul -

-rispettare i sintomi che hanno finalità difensiva;

-non accontentarsi di una posizione di osservatore neutrale;

-elaborare la relazione in modo tale da evitare la dipendenza del curante.

L'équipe Sert carcere è un servizio che si occupa della presa in carico della "triade" infettivologica tossicofila e psichica, nonché dei risvolti pedagogico educativi del reinserimento.

Rispetto al protocollo individuato dall'approccio della *Psychiatrie de liaison* vi è una presa in carico del paziente innanzitutto medica, che poi viene immesso all'interno dell'équipe medico-psicologica pedagogica.

Si cerca per quanto possibile, di espletare i criteri operativi sopra individuati.

Si cerca di compiere un approfondimento diagnostico, a cui si accompagnano atti terapeutici di carattere specifico, somministrazione di terapia in accordo con l'area sanitaria, avvio di una presa in contatto con i servizi che curano il paziente all'esterno, contratto terapeutico, progetto di accompagnamento all'interno, con colloqui di sostegno psicopedagogico, gruppi di auto aiuto eventuale supporto psicoterapico e/o psicologico, eventuale attivazione di gruppi psicoterapici, discussione del caso in équipe e all'interno dell'area educativa in istituzione.

Progetti trattamentali di accoglienza e supportivi per determinate categorie più vulnerabili (stranieri e italiani detenuti privi di riferimento sul territorio, soggetti a rischio di emarginazione sociale).

La riflessione dal punto di vista clinico è compiuta all'interno dell'Equipe in accordo con i servizi che sono sul territorio di provenienza del paziente.

Vi è un punto di criticità rispetto alla riflessione clinica sugli aspetti legati all'iniziale contratto terapeutico che, trattandosi di ambiente detentivo, è sempre di difficile valutazione rispetto alla qualità della motivazione al progetto terapeutico psico-socio riabilitativo.

I pazienti con disturbi psichici del tipo "doppia diagnosi" rischiano di scivolare in una situazione di ambiguità costitutiva legata alle difficoltà di stabilire un contratto di cura che prescinde l'aspetto della pericolosità sociale. Rischiano quindi di permanere all'interno della struttura detentiva e di esser gestiti da più figure istituzionali che oscillano tra più tipi di proposte di intervento (esterne ed interne) le quali restano indifferenziate, perché legate alle intermittenze degli interventi, a causa della difficoltà di gestione degli agiti e della scarsa compliance alle cure. Questo tipo di pazienti avrebbero necessità di un approccio più mirato ad individuare con tempestività il tipo di trattamento e quindi di potenziamento del raccordo tra area medica psichiatrica e psicologica all'interno ed i servizi all'esterno. A questa categoria appartengono pazienti che si scompensano e manifestano patologie rilevanti dopo il loro ingresso in istituzione; pazienti che presentavano disturbi psichici codificati, prima del loro ingresso in istituzione e per cui esiste la necessità di potenziare le psicoterapie che abbiano come obiettivo quello di responsabilizzare il malato nella sua presa in carico, facendo sì che il paziente arrivi a formulare una domanda di cura, che spesso non è presente: vi è invece una scarsa compliance che fa fallire tutti i tentativi di raccordo all'interno ed all'esterno, risospingendo il paziente all'interno di circuiti di patologia istituzionale e costringendo il personale sanitario e di custodia a far fronte ad interventi forzosi e altamente destabilizzanti per l'istituzione, gli operatori ed il paziente stesso. Si può aggiungere una terza categoria di pazienti i quali sviluppano sintomi attraverso il compimento di reati della stessa natura a valenza compulsiva o sintomatica. Ciò può naturalmente esser riconosciuto qualora si accetti che è possibile compiere un lavoro psicoterapico in istituzione detentiva.

L'andirivieni di questo tipo di pazienti dal carcere all'OPG o dalle strutture sul territorio ed il carcere (comunità doppia diagnosi o strutture psichiatriche sul territorio), genera atteggiamenti conflittuali tra operatori e difficoltà di riformulazione del progetto terapeutico, con conseguente protrarsi del soggiorno del soggetto in istituzione e il rischio di azioni devianti all'esterno, che riportano il soggetto nell'alveo penitenziario con ulteriori difficoltà di gestione degli agiti.

La necessità di formare all'interno dell'equipe Sert un settore di attenzione, anche trasversale, alla specificità di interventi mirati per questo tipo di pazienti che veda una iniziale presa in carico medico psicologica psichiatrica per poi eventualmente formulare piani chiari di carattere pedagogico e socioriabilitativo, permetterebbe di valutare a livello approfondito in uno screening anamnestico una presa in carico più specificamente psicoterapica con monitoraggio sugli aspetti farmacologici e presa di contatto con servizi all'esterno da figure omologhe. (Per gli aspetti di codifica delle informazioni cliniche medici psicologi e psichiatri; per gli aspetti di raccordo socio educativo figure di educatori e assistenti sociali). Ciò impedirebbe una confusione di trasmissione delle informazioni di carattere clinico mediate dalla soggettività delle diverse professionalità che si riflette in modo altrettanto confusivo sul paziente vanificando gli sforzi e le risorse compiute.

La qualità dell'intervento con questo tipo di pazienti dovrebbe esser monitorata da una sotto equipe di riferimento che funga da garante con l'istituzione, mediando con la stessa relativamente agli agiti dei pazienti e umanizzando così il trattamento.

Claude Balier medico psichiatra che opera in Francia da più di 20 anni negli SMPR: strutture psichiatriche poste a fianco degli stabilimenti penitenziari deputate alla cura di pazienti con disturbi psichici, che si sottopongono volontariamente al programma terapeutico, evoca uno scenario assai complesso e di estrema vulnerabilità psichica ma possibilità di cura con un approccio psicoterapico di tipo psicoanalitico ai problemi presentati da questo tipo di pazienti:

-Non c'è dubbio che la nostra popolazione è composta da pazienti che associano una sufficiente coscienza della realtà a disturbi gravi del narcisismo, responsabili dell'assenza di controllo pulsionale...occorre rivolgersi verso gli psicoanalisti dell'infanzia e verso quelli che si sono occupati dei disturbi degli adolescenti per un'analisi meta-psicologica del funzionamento dello

psicopatico- . Lo scacco nell'ingresso alla cosiddetta posizione depressiva in questo tipo di pazienti si osserva nei comportamenti psicopatici negli stati limite, e i processi patologici in relazione con la frantumazione o l'esplosione della porzione libera dell'aggressività- In questa prospettiva, -l'avvenire dello psicopatico non è irrimediabilmente fissato- e talvolta è possibile un lavoro terapeutico.

Senon afferma inoltre che:- la clinica degli stati limite a espressione psicopatica dell'adulto è caratterizzata da manifestazioni sintomatiche parossistiche, spesso velocemente reversibili, che possono far formulare a torto diagnosi di scompenso di una patologia psichiatrica cronica, depressioni severe o psicosi deliranti . E' una patologia dell'agire in cui il passaggio all'atto è lotta contro la passività e l'illusione nel senso di Cahn. Si ritrovano in questi casi un'intolleranza alle fluttuazioni a livello di angoscia, una labilità timica ed emozionale con episodi depressivi improvvisi e rapidamente reversibili correlata a una tensione interiore insopportabile, e tutti velocemente risolti, come brutalmente erano apparsi . Nello stesso modo spesso si osservano episodi psicotici transitori: idee deliranti spesso di persecuzione o megalomane , derealizzazione, e depersonalizzazione . Questa sintomatologia può avvicinarsi alla bouffe delirante francese, si risolve spesso spontaneamente. E' frequente una condotta poliadditiva, con cadute nell'alcool, nelle droghe o nei medicinali psicotropi. Il consumo di queste sostanze aumenta l'impulsività e può contribuire a spiegare il carattere elastico di certi passaggi all'atto.

Claude Balier- a cui io faccio riferimento da anni nella clinica in istituzione(e che , insieme a Resnik, Diatkine , Lagache ed altri, ha aiutato in modo determinante a modificare i miei controtransfert ,avvicinandomi ad una clinica comprendente verso agiti devianti irreversibili)- come ben esprime Senon:-elabora una clinica del vuoto” che collega alla caduta del narcisismo primario: sentimento insopportabile di vuoto interiore senza limite e incolmabile che può essere all'origine di automutilazioni gravi, di passaggi all'atto violenti o di gesti suicidari. A suo parere, l'aggressività non è evacuazione di un troppo pieno, ma un cortocircuito che ha come funzione , nel corso di eccessi di tensione, di proteggere dal rischio della frammentazione psicotica: il passaggio all'atto instaura un abbozzo di azione e svolge una “funzione di salvataggio del narcisismo in crisi”. I disturbi del comportamento sono spesso la testimonianza di un prevalere dell'economico sulle rappresentazioni;la minaccia di perdita di oggetto determina un ricorso difensivo a immagini arcaiche che creano un fantasma di intrusione ed evocano un vissuto “minaccioso, distruttore e invadente” che spiega la violenza di certi passaggi all'atto e l'insuccesso di certe terapie in SMPR. La scissione (clivage) spiega il diniego dell'atto, l'amnesia franca ,che non bisogna confondere con la simulazione, la minimizzazione o la banalizzazione del passaggio all'atto-.

La possibilità di costruire nell'istituzione un servizio che si occupi specificamente di compiere una presa in carico efficace con un **setting** che ha la funzione di creare uno spazio di verbalizzazione e un'argine agli agiti (funzione di paraeccitazione), di tipo psicoterapico (con metodologie specifiche) proponendo un chiaro **contratto di cura** con obiettivi concordati con il soggetto. (È importante sottolineare qui il rischio di cadere in una cooptazione onnipotente -con vantaggi narcisistici per l'operatore- del soggetto in detenzione, infantilizzato e reso *malleabile* dalla permanenza in istituzione e cercare di restituirlo ad un'autonomia decisionale autentica che sola garantisce la libertà nella cura). Stimolando il soggetto a stabilire una relazione in cui è possibile stare insieme senza rotture e danni.

Senon parla di **lavoro in sequenze**, qualora la relazione terapeutica si interrompa, si capitalizza il lavoro svolto e si contiene la pulsionalità senza proiettare sul paziente disappunto o amarezza colpevole, ma l'equipe è pronta a raccogliere la possibilità di interruzione e di ripresa in un tempo successivo.

Capita spesso di lavorare in modo intermittente, ma questo tipo di temporalità può dare ugualmente buoni risultati, poiché vi può essere un tempo di elaborazione dei vissuti da parte del soggetto, lento ma efficace. Io stessa nel lavoro clinico ho constatato l'efficacia di questa impostazione terapeutica. Chi ha interagito con soggetti "inaffidabili" perché immersi da sempre in relazioni "inaffidabili" privi di uno spazio per pensare gli agiti, sa quanto paradossalmente amino affidarsi, dopo aver sfidato a lungo lo spazio terapeutico, in una relazione che hanno più volte tentato di rompere, ma che ha resistito alla loro distruttività, senza restituirla simmetricamente in un gioco infinito.

Il **lavoro in equipe** rappresenta una risorsa essenziale, se vi è un lavoro di elaborazione comune delle rappresentazioni che alcuni pazienti possono proiettare sui singoli operatori che possono costituire una ripartizione delle identificazioni. Cito ancora Senon:

- *L'organizzazione del lavoro in equipe comporta due aspetti: la presa in carico psicoterapica del malato e la messa in comune del lavoro realizzato dall'insieme dei membri dell'equipe intorno al medico responsabile e allo psicologo. La maggior parte dei SMPR che investono in un lavoro psicoterapico si è data come regola che ogni paziente sia accompagnato da un infermiere e un medico di riferimento per tutta la sua permanenza nell'istituzione di cura. L'obiettivo è ripartire le identificazioni, favorire un investimento differenziato e stabilire il tempo nell'alternanza, i colloqui con le une o le altre figure.. la messa in comune del lavoro realizzato con l'insieme dei pazienti è oggetto di sintesi nell'equipe che sono preziose per mettere in una soluzione di continuità l'evoluzione di ogni paziente nei suoi rapporti con le dinamiche istituzionali. Lo studio delle interazioni tra malati come l'analisi dei movimenti di gruppo che coinvolgono l'insieme dei detenuti, la sorveglianza e l'equipe di cura.*

Infine all'interno di questa prospettiva di lavoro è imprescindibile **lavorare in partenariato e in rete**, a partire dal contratto di cura con un partner psichiatra, psicologo medico e continuarla con gli operatori che si occupano del soggetto, educatori, insegnanti, assistenti sociali che intervengono in istituzione. Il lavoro in rete spinge a lavorare con altre equipe all'esterno ed all'interno dell'istituzione favorendo il programma di reinserimento sul territorio e la continuità terapeutica.

Concludendo, cercando di bucare la nostra "rocciosità" (come scrive Roberto Beneduce, a proposito di noi operatori nell'incontro con altre culture della malattia, compresa quella dei "devianti psicopatici", di cui spesso giudichiamo l'operato anziché comprenderlo e curarlo. Senza pensare che con quella storia e quelle relazioni di violenza, forse anche noi avremmo potuto sviluppare atteggiamenti analoghi. Ma forse è proprio questa perturbanza, matrice dell'empatia, che ci allontana...).

Con una considerazione che invita a creare incessantemente spazi di mediazione, in un libro datomi da una grave psicopatico -secondo il paio di occhiali, "legittimo per la diagnostica e forse, a volte, anche per la cura-se alla diagnostica consegue una cura- cosa purtroppo non sempre attuata con questo tipo di soggetti-", della tassonomia psichiatrica- o "disturbo antisociale di personalità- di un suo caro amico, Massimo Balloni. Nel testo: *Al di sotto del cuore*, quest'ultimo scrive:-

I detenuti appartengono alla schiera di quelli che hanno infranto le regole, alcuni perseverano anche all'interno di quell'edificio che dovrebbe salvaguardare la società dal reiterarsi di tali infrazioni, ma tutto avviene per pura forza d'inerzia. Questo punto è importantissimo da capire per chi dentro il carcere ci lavora. Da sempre la prigione è qualcosa di cui non si può fare a meno e proprio per questo dovrebbe diventare qualcosa di integrante, non solo un magazzino di vite umane, non solo una possibile fonte di posti di lavoro, ma anche un luogo dove ricreare ciò di cui si è perso il senso.-

Rompere la *forza di inerzia* dell'istituzione e dei soggetti che la abitano , di cui essa parla, non assomiglia al rompere quella coazione a ripetere il disagio psichico, segnale che costituisce la sfida ad approfondire il senso della malattia , per restituire benessere ai nostri pazienti ed efficacia ai nostri interventi?