

Le priorità nella cura*Contributo di**Mattia Antonini**Psicologo e psicoterapeuta*

Gaia è una ragazza di sedici anni. La ricevo da un anno in psicoterapia di orientamento psicodinamico all'ambulatorio pubblico, per dei vissuti dissociativi. La psicoterapia si svolge a cadenza settimanale, verso sera, un orario faticoso per me, ma che le permette di mantenere un setting regolare senza accumulare le assenze a scuola. Durante il primo anno di cura ho assistito a degli incoraggianti progressi. Quest'anno, nel mese di settembre, mi ha chiesto di poter proseguire i colloqui a cadenza settimanale interrotti durante qualche settimana per le vacanze estive. Osservo dei decisivi miglioramenti del quadro sintomatico, ma la paziente lamenta ancora una certa ansia e desidera proseguire il trattamento. Una riduzione della frequenza in questo momento avrebbe un impatto sul processo terapeutico, verosimilmente le angosce abbandoniche impegnerebbero la ragazza in posture difensive caratteriali, interrompendo quel faticoso lavoro di soggettivazione delle proprie vicende pulsionali ed esistenziali al quale si sta dedicando con un certo impegno, di cui forse l'ansia è il rumore di fondo. D'altro canto gli spazi liberi che ho a disposizione durante la settimana sono ormai pochi. Gaia sta davvero meglio, trasmette vitalità, a scuola ottiene dei buoni risultati, ha conosciuto un ragazzino affettuoso.

Accanto alla situazione di Gaia vi sono moltissime richieste di consultazione che premono sul servizio questa settimana : una in particolare ci preoccupa, si tratta di un disturbo della condotta alimentare a cui probabilmente si dovrà consigliare uno spazio regolare di consultazione e forse indicare la psicoterapia ad alta frequenza; c'è poi la situazione di un bambino che soffre di enuresi notturna e a scuola appare smarrito e spento; i due fratelli con il papà in un centro per le cure palliative; e ancora non abbiamo richiamato la mamma della bambina a cui viene il mal di pancia e il vomito prima di andare all'asilo. A queste si aggiungono le richieste peritali, i bilanci psico-affettivi e cognitivi da completare e molto altro lavoro amministrativo arretrato, richiesto dall'istituzione e dagli enti esterni.

A che cosa e a chi accordare una priorità? Secondo quali criteri e quali valori definire la precedenza nella cura medico-psicologica ambulatoriale pubblica?

Si tratta di un problema tecnico che sconfina nell'etica, in cui le priorità relative al progetto di cura e ai processi psichici che si dispiegano in terapia si scontrano con le priorità dell'istituzione che si fa garante di assolvere appieno il mandato definito nella legge. La mente di ogni curante nel servizio

pubblico è ogni giorno percorsa da queste tensioni, che si intrecciano ai più intimi movimenti affettivi verso i pazienti e verso le aspettative dell'istituzione.

Il sistema di qualità interna prevede che i famigliari dei nostri piccoli pazienti formulino una richiesta di consultazione telefonica e siano in seguito ricevuti per il primo colloquio entro un definito intervallo temporale. La valutazione medico-psicologica dovrà poi essere svolta e redatta in una data forma, entro un certo numero di giorni. Queste indicazioni istituzionali strutturano il lavoro intorno al nostro mandato e definiscono indirettamente un sistema di priorità che talvolta interferisce nei processi terapeutici.

Se il buon senso clinico che permette di offrire immediatamente una consultazione ai pazienti che presentano un rischio suicidario, che attraversano uno scompenso acuto o il cui stato generale desta preoccupazioni per la sopravvivenza del soggetto, non sembrano tuttavia esistere dei criteri clinici condivisi ai quali riferirsi per dare una precedenza alle richieste di consultazione. L'ambito medico-psicologico risulta ancora un poco sguarnito di argomentazioni obiettive, di fronte alle aspettative del territorio e alle esigenze amministrative e fatica a sostenere e contrapporre un sistema di priorità dell'anima con i suoi tempi e i suoi valori.

Entro una ragionevole misura, se ci limitassimo alle richieste spontanee dei pazienti e delle loro famiglie, che per il momento rappresentano ancora la parte principale del nostro lavoro, sarebbe possibile organizzare lo svolgersi delle giornate nell'ambulatorio e scandire la temporalità, secondo la classica dicotomia casi nuovi /casi seguiti. In sintesi riservare un certo tempo durante la settimana alla conoscenza dei bambini e dei ragazzi che si sono recentemente manifestati e proteggendo altri spazi per l'attività psicoterapica a medio e lungo termine. Interviene invece un ulteriore elemento di complessità, rappresentato dalle richieste degli enti e delle autorità esterne che sollecitano gli ambulatori con richieste multiformi: mandati di controlli evolutivi, richieste di sostegno psicologico coatto, bilanci psico-affettivi e cognitivi, perizie, valutazioni dello stato di salute dei minori.

Il numero di sollecitazioni cresce e impone a questo punto alla politica, all'istituzione e ogni singolo operatore di compiere delle scelte, più precisamente definire delle priorità, di tempo e di importanza. Questa scelta appare particolarmente difficile e talvolta dolorosa. In una certa misura i curanti si riferiscono razionalmente alle conoscenze cliniche formulando ipotesi diagnostiche e indicazioni psicoterapeutiche, organizzando i trattamenti secondo una certa precedenza. Questo livello è tuttavia costantemente condizionato dall'esterno ma non solo. Anche nella mente di ogni operatore la lettura di una nuova segnalazione scatena inevitabilmente un vissuto di urgenza e solletica l'asse narcisistico e oggettuale della personalità del curante.

“Priorità” è un termine insidioso, per certi versi allusivo, che suggerisce una relazione tra un sistema di valori e la temporalità. Su un piano cartesiano potremmo immaginare un asse del tempo alle ascisse ed un asse dell’importanza alle ordinate, come nella matrice detta di Eisenhower, che costituisce un curioso quanto diffuso strumento di gestione del tempo basato su questo principio.

Una priorità definisce quindi implicitamente una funzione che mette in relazione un sistema di valori e la gestione del tempo. Si tratta di un concetto piuttosto abusato in alcuni ambiti manageriali che si riferiscono al “Time Management”. I curanti non sfuggono a queste logiche e sono più o meno esplicitamente invitati a definire delle precedenza, cioè a pianificare quanto tempo dedicare a specifiche attività, per aumentare l'efficacia, l'efficienza e la produttività. Lo facciamo tutti, ogni giorno, quando decidiamo cosa fare prima e cosa eventualmente tralasciare, spesso senza consapevolezza, assestandoci su delle precedenze che non abbiamo meditato.

Evocando la metafora del tempo come vaso da riempire prima con le pietre grandi, le più preziose e poi, via via con le pietre più piccole, finché c'è spazio, “priorità” può anche diventare un pensiero che contiene e protegge da una visione magmatica e opprimente del proprio tempo lavorativo. La psicologia ha bisogno di garde-fou contro l'onnipotenza. Una certa pressione esterna esercitata sul setting di cura può essere vitalizzante, dare slancio ad un progetto di cura spingendo ad interrogarsi ogni giorno sui processi in atto nelle terapie, sulla loro effettiva capacità trasformativa, dedicando un'attenzione particolare alle relazioni di dipendenza (reciproca) che si instaurano.

La definizione delle priorità cliniche è anche sottilmente deformata dagli aspetti affettivi che attraversano le relazioni di cura.

Le interferenze affettive interne alla definizione di una priorità clinica appaiono particolarmente delicate per il singolo terapeuta soggetto a vibranti motivazioni preconscie e inconscie, solo in parte conoscibili ed eventualmente elaborabili attraverso l'autoanalisi. Intervengono aspetti controtransferali nei confronti dei pazienti che spingono a mantenerli in terapia o a distanziarli da loro e motivazioni narcisistiche riguardo al proprio ruolo nell'istituzione e di fronte a enti terzi verso i quali si potrebbe desiderare acquisire una certa visibilità o al contrario farsi invisibili.

La domanda di Gaia , che apparirebbe limpida nel contesto di uno studio privato, si carica di un complesso intreccio di motivazioni contraddittorie. Il seguito della sua psicoterapia si scontra con le richieste di consultazione giunte dai genitori degli altri bambini e ragazzi, con i diversi mandati formulati da enti esterni, con alcune esigenze amministrative definite nei sistemi di qualità.

La riunione in cui discutiamo di questi casi è quindi attraversata da almeno tre diversi ordini di priorità: quello definito dal mandato istituzionale, quello definito dai principi clinici condivisi e più sottilmente quello degli affetti dei curanti che si intrecciano secondo una trama molto complessa



e sotterranea. È illusorio credere che questa scelta sarà squisitamente obiettiva e razionale, motivata esclusivamente da nobili principi etici che pongo al centro il bene del paziente: essa sarà piuttosto una scelta di compromesso, in parte libera e in parte forzata, in parte consapevole e in parte inconscia, in parte oggettuale e in parte narcisistica.

All'interno della relazione stessa con i miei pazienti invece rivendico e difendo il diritto sovversivo di non avere delle priorità, cercando, almeno nei cinquanta minuti delle sedute con i giovani pazienti e i loro famigliari, di trovare una postura interna di calma e ricettiva attesa. La "capacità negativa" è un modo di intendere la relazione umana di cura, che paradossalmente potremmo definire come assenza di priorità. Uno stato mentale di contenitiva e tollerante attesa, sempre in via di estinzione, sempre minacciato da attacchi interni ed esterni, che il terapeuta dovrebbe raggiungere per venire in contatto con la verità emotiva sconosciuta. La sopravvivenza di questo delicato e peculiare stato mentale del terapeuta, che tanto sorprende i ragazzi e i bambini abituati alle richieste dell'ambiente, alla fretta del loro mondo, alle aspettative dei loro genitori, si delinea come una priorità essenziale intorno alla quale si organizza un'etica nella cura: la priorità dell'incertezza sulla certezza, della lentezza sull'urgenza, del periplo rispetto alla via diretta. Questo dovrebbe guidare le scelte terapeutiche per Gaia e per i prossimi pazienti che giungeranno al servizio.