

Progetto di studio e ricerca

PROTOCOLLO RICERCA sul CLIMA TERAPEUTICO nelle STRUTTURE INTERMEDIE

Premesse Teoriche

1. Il concetto di "clima terapeutico"

Per "clima terapeutico" intendiamo l'aria che si respira in un luogo di cura e se quest'aria è più o meno "pulita", cioè favorevole ad attivare processi trasformativi nei clienti-pazienti (ma anche nei clienti-famiglie, nei clienti-operatori).

In realtà, dietro questa apparente semplicità, si nasconde uno dei concetti più complessi ed inafferrabili della "scienza delle istituzioni di cura", una sorta di oggetto misterioso ed ineffabile che nessuno sa compiutamente definire ed osservare, ma che tutti individuano come la chiave di accesso per la comprensione dell'efficacia terapeutica di un'istituzione. (D'Elia, De Crescente, Pontalti, Rivista Gruppi, 2004).

Si tratta di un concetto "ecologico", legato ad una fenomenologia complessa: interattiva, ma anche impersonale, soggettiva ed oggettiva, individuale e grupppale.

Si potrebbe anche definire il clima terapeutico (Morin E.) come il "rumore", tipico prodotto dei sistemi ipercomplessi, relativo alla particolare complessità del contesto istituzionale comunitario, l'elemento di scarto che però ci fornisce quelle informazioni necessarie per comprendere la natura autorganizzante del sistema.

Ma nello stesso momento in cui si tenta di coglierlo, con gli strumenti a nostra disposizione, esso svanisce.

Ben consapevoli di alcuni limiti oggettivi della ricerca sul clima, possiamo proporre delle ipotesi riguardo alla sua "rilevazione" utilizzando modelli ermeneutici "deboli". Innanzitutto si tratta di una rilevazione "ecologica", che può essere effettuata un po' dappertutto (riunioni d'èquipe, supervisioni, spazi terapeutici formalizzati, rapporti col territorio, etc.), ma ci sono dei luoghi in cui la rilevazione è più significativa.

2. Lo "spazio interstiziale" dell'istituzione

Ci riferiamo al concetto di "spazio interstiziale" dell'istituzione così come è stato definito da Roussillon (1991).

Secondo questo autore esistono nelle istituzioni degli spazi-tempo interstiziali di passaggio che godono dello statuto di extraterritorialità rispetto a quelli strutturati, che sono "luoghi di precipitazione fantasmatica" dell'istituzione stessa.

Tali luoghi possono svolgere alternativamente azione di co-appoggio della vita istituzionale diventando moltiplicatori ed elaboratori delle vicende latenti (funzione di ripresa), o viceversa possono svolgere un'azione di scissione e segregazione degli stessi momenti latenti (il deposito o la cripta) incrinando e minacciando la vita dell'istituzione.

Quindi, la rilevazione della qualità dell'aria di una istituzione è consigliabile farla nei suoi "sottoscala" o nei suoi "corridoi", cioè nei suoi momenti non strutturati, vuoti, durante gli scambi spontanei, non attesi e contingenti.

Tali momenti dal punto di vista temporale-quantitativo sono piuttosto ingenti nella vita di ogni istituzione.

3. Il parametro qualitativo

Se invece consideriamo il parametro qualitativo vanno tenute presenti: le modalità di relazione in tali momenti, le qualità sensoriali, emotive ed affettive, ma anche i contenuti, le trame prevalenti interpersonali e soprattutto impersonali, appartenenti alle diverse sfumature "climatiche" (conflittualità-tensione-rabbia, apatia-noia, ansia, ossessione-stereotipia, confusione-maniacalità, manipolazione-erotizzazione, onirico, ludico-transazionale, etc.) (D'Elia, 1998).

Se partiamo dall'idea che ciò che "passa", in termini di buon clima e di convivialità, nella quotidianità più interstiziale e più informale della vita di un sistema di cura sia l'aspetto più qualificante di esso, e che questo dipenda in massima parte dalla cultura del gruppo fondatore, la nostra attenzione a questo aspetto della cura diventerà quindi particolarmente elevata. Queste notazioni corrispondono ad una revisione del concetto tradizionale di setting terapeutico secondo gli elementi organizzatori della mente gruppale dell'èquipe (la sua configurazione antropologica e dinamica) informano i processi terapeutici degli ospiti attraverso determinate "fantasie anticipatorie" del gruppo degli operatori che riguardano l'intero spettro della relazionalità quotidiana: dal modo in cui si gestiscono le faccende più spicciole al modo in cui ci si rivolge al singolo paziente in un qualsiasi momento della vita istituzionale; dal modo in cui si gestiscono "le regole di convivenza" al modo in cui si gestiscono "le regole terapeutiche" per il singolo paziente e per il gruppo.

Le "fantasie anticipatorie" degli operatori "intenzionano" la quotidianità, segnano i traccianti e le linee-guida, intorno a cui si organizza la mente gruppale complessiva, ma intorno a cui si organizzano anche le attività pratiche e le iniziative.

Esse sono gli infiniti pensieri e riflessioni che gli operatori fanno intorno al modo in cui essi stessi stanno lavorando.

Diventa possibile così modificare, nel corso del tempo, gli scambi (emotivi, relazionali, comportamentali) che gli operatori intrattengono con un singolo paziente inizialmente ritenuto ingestibile ed "intollerabile" (se pensiamo allo spettro borderline), o con un paziente ritenuto evanescente ed inavvicinabile (se pensiamo al ritiro psicotico).

Non sono dunque sufficienti i concetti-contenitori di "spontaneità" e di "calore", che per il loro generalismo si prestano a svariate manipolazioni.

4. Articolazione del concetto di setting

Emerge un concetto di setting che si articola intorno all'interdipendenza ed alla dialettica tra "struttura" e "processo". Il setting come "struttura" in quanto assetto stabile e contesto artificiale (assetto mentale del sistema curante e della situazione regolamentale, contrattuale e procedurale) che permette una emergenza fenomenica: tutti gli aspetti spazio-temporali, la scansione organizzativa, la cura dei particolari, la partecipazione alle attività.

Il setting come "processo" in quanto costruzione di un campo mentale-relazionale tra sistema curante e gruppo degli ospiti che sviluppa una sua specifica dinamica elaborativa e narrativa per la ricerca di nuove strategie personali e sociali. Il processo è dunque la struttura narrativa del sistema di cura (che produce senso) attraverso cui passano i nuovi racconti ed i nuovi valori alternativi alla patologia.

Tale interdipendenza trova il suo focus nella cultura dei fattori in quanto luogo di sintesi tra ciò che è stabile e ciò che è in divenire.

In altri termini, il clima terapeutico è funzione della capacità dei suoi fattori di allestire strutturalmente spazio-tempo, ovvero "occasioni" talmente flessibili, in grado di attivare relazioni e processi narrativi secondo modalità tese a mobilitare i nuclei della patologia.

Queste modalità sono, generalmente, modalità ludico-transizionali, qui intese come buona gestione della dimensione tragica dell'umana esistenza. L'osservatorio privilegiato di rilevazione e verifica della bontà del lavoro svolto è "l'universo interstiziale" del sistema di cura nello svolgimento quotidiano della vita.

5. Indicatori di qualità

- L'indicatore di qualità più immediato è proprio il clima che si respira in un sistema di cura durante un qualunque frammento di vita, o durante un momento di lavoro, o durante un momento di passaggio qualunque (magari di noia o di tensione) nel corso della giornata.
- Un secondo indicatore è la verifica di ciò che si è fatto in termini di "azioni", "iniziative", "spazi nuovi": il clima di un sistema di cura è dunque progettualità, inteso qui nel suo senso etimologico di "proiecare", cioè portare avanti, portare fuori, lanciare l'idea. In altri termini, l'indicatore di qualità "climatica" è quanto i vari clienti del sistema di cura lo individuano e riconoscono come un buon posto dove investire in progetti personali.

Una vita quotidiana "sufficientemente buona" riguardante il gruppo degli ospiti, inteso come sistema a sé (quindi non solo negli scambi col gruppo dell'èquipe), costituisce il principale parametro di valutazione che gli stessi fruitori riferiscono come "soddisfazione del servizio". In questo senso, il contenitore istituzionale-organizzativo, dal punto di vista strutturale, diventa quasi una occasione incidentale affinché siano promossi "buoni scambi" tra gli ospiti tra di loro e tra gli ospiti ed il mondo sociale.

6. Aspetti strutturali come sincronizzatori gruppal della vita quotidiana

La nostra attenzione, in quanto promotori di un clima vivibile, deve certamente partire dagli aspetti strutturali, intesi qui come sincronizzatori gruppal della vita quotidiana:

- le funzioni di regolazione e scansione del tempo e degli spazi;
- l'attenzione alle piccole-grandi cose della vita pratica come la cura del sé e degli spazi personali e comuni;
- una presenza "leggera" e comunque attenta degli operatori.

Ma occorre anche imparare a riconoscere il rapporto tra intenzionamenti dell'èquipe e le conseguenze che tali intenzionamenti producono nei percorsi terapeutici degli ospiti e nelle loro modalità, sviluppando una specifica competenza osservativa riguardo gli spazi interstiziali. Ci sono pazienti che occupano gli spazi interstiziali con modalità rigide e ripetitive come l'isolamento in un angolo della struttura intermedia, o la regressione nel torpore della sonnolenza, oppure con l'usuale visita al bar, comportamenti compulsivi come il fumo eccessivo, l'assunzione smodata di cibo, rituali autistici od ossessivi.

Altri pazienti che invece tendono ad invadere ogni angolo del proprio ambiente (fisico ed umano) con malumore ed aggressività, con una soglia bassissima alle frustrazioni, con un bisogno totalizzante di attenzioni, con un vissuto di abbandono a fior di pelle tale da vivere come eccessivamente traumatico ogni cambiamento ed ogni forma di separazione.

L'esperienza però ci insegna che molti di questi stessi pazienti, nel tempo, riescono ad impiegare i loro momenti interstiziali con modalità diverse da quelle descritte, ricercando un contatto ed una comunicazione più "evolute" con compagni ed operatori, riuscendo poi a relazionarsi con se stessi con soluzioni più creative (fruizioni di arte, musica, letteratura, scrittura, cinema, attività sportive o ricreative) anche dal punto di vista lavorativo-formativo (scuola, corsi di formazione, pratica lavorativa).

7. Cronicità e rapporto col tempo

Il rapporto col tempo, con tutte le possibili sfumature nei vissuti soggettivi, assume dunque importanza centrale nel determinare l'autogestione del "qui" ed "ora" di ciascuno, nella misura in cui il vissuto del tempo rappresenta l'interfaccia nel rapporto tra individuo e realtà. Diventa discriminante dunque il processo di significazione che l'individuo ed il gruppo sono in grado di svolgere relativamente ai momenti interstiziali.

Tale processo di significazione è strettamente correlato al clima istituzionale generale ed al sistema valoriale di fondo che ogni struttura possiede.

Tutto ciò va a determinare la "matrice terapeutica della convivenza", la qualità dello stare assieme costruito attraverso l'incontro delle storie personali ed attraverso un fare-insieme pensato ed arricchito di senso.

IPOTESI DI RICERCA

Il concetto di "clima terapeutico" diventa, secondo la nostra ipotesi, un indicatore qualitativo dell'intervento, e ci fornisce nel contempo utili informazioni riguardo sia a:

- L'efficacia terapeutica in relazione alle prevalenti modalità emotive-relazionali;
- Gli assetti / modelli organizzativi e la loro funzionalità.
- Le culture istituzionali (in relazione ad una possibile "mappa vettoriale")

La rilevazione del clima terapeutico, per la natura del suo "oggetto", non richiede tanto strumenti eccessivamente analitici, quanto piuttosto griglie osservative a "maglie larghe" e soprattutto osservatori formati ad hoc. Dunque dispositivi "semplici" nelle mani di osservatori "complessi", esperti in istituzioni terapeutiche.

Il riferimento principale è ad una ricerca compiuta da ASPIS ed IRCCS Stella Maris: "Le comunità terapeutiche, ricerca sul funzionamento organizzativo e formazione degli operatori " (2000), e tra i cui partecipanti è stato il dott. D'Elia del Laboratorio di Gruppoanalisi di Roma.

In quella ricerca, di impostazione psicosociologica :

- Il dispositivo era abbastanza elaborato e dispendioso e prevedeva interviste semistrutturate, questionari, osservazioni sul campo su una vasta area di interessi.
- L'applicazione avveniva nel campo delle Comunità Terapeutiche, di cui venivano individuate 4 distinte categorie di modelli organizzativi.

La ricerca qui presentata invece :

- Definisce come campo di osservazione sia le Comunità terapeutiche sia quella parte delle strutture intermedie psichiatriche definite semiresidenze (Day-hospital territoriali e Centri Diurni);
- Le aree di interesse riguardano il clima terapeutico e non vanno ad individuare categorie precise, quanto piuttosto orientamenti:
- I requisiti di inclusione sono i seguenti:
 1. la struttura intermedia che partecipa a questo programma di studio e ricerca sia una semiresidenza o una residenza solo per utenza psichiatrica e non per portatori di handicap.
 2. lo stile di lavoro sia prevalentemente od esclusivamente orientato in senso psicodinamico: più precisamente anche se si svolgono attività terapeutiche riabilitative che utilizzano le più svariate tecniche espressive (verbali e non verbali) ciò che importa è che vi sia un largo uso delle metodologie psicodinamiche e una attenzione di natura grupppale ai fenomeni istituzionali (sia riguardanti il gruppo dei pazienti che quelli dei curanti).

Si cercherà di lavorare nella direzione di approfondire i legami tra la variabile "clima terapeutico" osservato e la variabile categoria organizzativa/cultura istituzionale successivamente individuata: così operando l'ipotesi di fondo è quella di ottenere un nuovo criterio di valutazione "qualitativa" e di efficacia terapeutica.

E' evidente che le informazioni relative al clima terapeutico non saranno sufficienti a definire la totalità della qualità dell'intervento, per la qual cosa è necessario, come sappiamo, raccogliere anche altre informazioni relative ad indicatori di processo e di esito delle strutture intermedie. In ogni caso se la ricerca coinvolgerà un elevato numero di strutture si potrà fornire un buon contributo all'interpolazione di questi dati.

MATERIALI e METODI

La ricerca prevede essenzialmente due strumenti (anche se è possibile eventualmente pensare ad integrazioni di altri strumenti osservativi):

1. Un questionario: il COPES;
2. L'osservazione sul campo con l'utilizzo di una predisposta Griglia di Osservazione;
3. L'osservazione sull'osservazione con la somministrazione della griglia di osservazione anche con riferimento ai ricercatori (processo di auto-osservazione).

Il **COPES** (Community Oriented Programs Environment Scale) è uno strumento largamente utilizzato nel mondo anglosassone (R.H. Moos) per misurare il clima sociale ed ambientale delle strutture terapeutiche. E' stato validato in una variante italiana, e già utilizzato ad es. per una ricerca condotta su centri diurni (socio-ricreativi) per anziani ("Adattamento Italiano di una scala di valutazione del clima sociale applicata ai centri diurni socio-ricreativi per anziani" F. Focà (1999) ed anche nella ricerca, molto articolata e complessa, di cui sopra della ASIP e IRCCS Stella Maris a proposito di C.T. pubblico-private della Regione Lazio. In sostanza si tratta di un questionario di 100 domande con una scala di valutazione che ha il vantaggio di essere molto agile e maneggevole in quanto può essere anche auto-somministrabile, anche se può essere preferibile che venga in parte monitorato dall'osservatore/i formato/i per la ricerca.

L'osservazione sul campo prevede la presenza nelle strutture intermedie selezionate, in momenti e diversi tempi, di un osservatore esperto (formato) che affianca l'osservazione partecipante libera ad una Griglia di Osservazione già elaborata ad hoc e che si allega. Tale griglia prevede 5 contesti osservativi e 13 modalità emotive prevalenti, e consente all'osservatore di classificare il materiale osservato in un ordine orientativo. Riguardo la modalità di osservazione partecipante, è prevista una fase preliminare di formazione degli osservatori da parte dei proponenti la ricerca. La frequenza di partecipazione dell'osservatore nelle strutture non potrà essere minore di 3 mezze giornate (6-8 ore) per ogni struttura, da ripetersi a distanza di 2-3 mesi.

L'osservazione sull'osservazione con la somministrazione della griglia di osservazione anche con riferimento ai ricercatori (processo di auto-osservazione) verrà descritta successivamente essendo questa una parte originale e specifica di una modalità di ricerca ad approccio clinico psicoanaliticamente orientato.

FINALITA'

Le finalità della ricerca in sintesi sono:

- Costruire uno strumento "qualitativo" agile a disposizione delle istituzioni di cura che utilizzi metodi (psicosociali – antropologici) coerenti con il campo osservativo delle strutture intermedie;
- Studiare e definire meglio i criteri di efficacia "ambientale" o contestuale dell'intervento psichiatrico e psicoterapeutico;
- Interpolare i risultati di questa ricerca con altre in corso o già effettuate sulle strutture intermedie in psichiatria, in particolare con quelle relative a studi su processi ed esiti delle terapie, che utilizzano altre metodologie.

TEMPI del PROGETTO

1. ^a FASE: PROGETTO PILOTA della durata di 12 mesi, che prevede la proposta / somministrazione della ricerca ad un numero ristretto di strutture intermedie di semiresidenzialità psichiatrica e/o di residenzialità (4-5 pubbliche e/o private); tale fase pilota servirà a rodare e rendere "maneggevole" il dispositivo della ricerca.
2. ^a FASE: ESTENSIONE del progetto ad un numero ampio e significativo di strutture, possibilmente di tutto il panorama nazionale. (durata 24 mesi).

COSTI

I costi sono legati a:

1. Formazione preliminare di un certo numero di osservatori, motivati, che dovranno padroneggiare criteri della libera osservazione e gli strumenti di rilevazione già individuati;
2. Visite dei Centri da parte degli osservatori per l'osservazione sul campo ed il monitoraggio della compilazione degli strumenti.

Si può prevedere che nell'anno 2006, prima parte dei mesi pilota, il costo possa mantenersi entro i soli rimborsi di spese vive entro la cifra di 500,00 Euro, considerando che si cercherà di rodare la ricerca in un numero ristretto di centri (già quasi ipotizzati) che insistono su di una zona geografica delimitata (area Padova-Verona-Brescia). Il costo è ovviamente più alto ma in questa fase non viene quantificato il lavoro volontario del Centro Studi e Ricerche COIRAG, dello staff di Ricerca e di altre Istituzioni che direttamente collaborano a questo progetto.

L'estensione a strutture del panorama nazionale comporterà spese di rimborso viaggio più onerose, non subito quantificabili (dipenderà dal numero e dalla distribuzione geografica dei centri partecipanti) cui aggiungere spese di eventuale elaborazione statistica dei risultati. (in via del tutto orientativa si chiederà al CSR COIRAG e ad altri Sponsors un contributo di 2-3000,00, Euro)

A parte eventuali fondi legati a sostegno di agenzie farmaceutiche e/o derivati da bandi di concorso per progetto si cercherà anche di far leva sulla collaborazione di stagisti o tirocinanti impegnati per tesi di laurea o di specializzazione.

Bibliografia di base (under costriction)

ASPIS ed IRCCS Stella Maris (2000), Le comunità terapeutiche, ricerca sul funzionamento organizzativo e formazione degli operatori, Ed. Kappa, Roma.

D'Elia L. (1998) etc

D'Elia L., De Crescente M., Pontalti C. (2004), Rete istituzionale e rete naturale. Clima terapeutico e cura dei confini nelle Comunità Terapeutiche. Vol.VI, n.3, Settembre-Dicembre 2004, in: Gruppi nella clinica, nelle istituzioni, nella società, Vol.VI, n.3, Settembre- Dicembre 2004, FrancoAngeli, Milano.

F. Focà (1999), Rassegna di Psicologia, n. 2 vol. XVI.

Morin E. (...) "rumore", tipico prodotto dei sistemi ipercomplessi,

Morin E. (2001), I sette saperi necessari all'educazione del futuro, R. Cortina, Milano.

Roussillon (1991).