

Una comunità in viaggio

Livio Comin, Valter Romeo Cungi

Abstract

Da circa un anno, cioè da quando si è ipotizzato il progetto di comunità terapeutica, la responsabilità della struttura è stata data ad uno psichiatra, (psicoterapeuta psicoanalitico) a cui sono stati affiancati uno psicologo (analista di gruppo ed esperto in dinamiche istituzionali), uno psicologo clinico medico (psicoterapeuta psicoanalitico, esperto di fenomeni gruppali), uno psichiatra (psicoterapeuta con una formazione specifica in psicodramma analitico). Gli autori sono due psicologi, uno conduce un gruppo esperienziale con gli operatori della struttura, l'altro partecipa settimanalmente al gruppo di organizzazione e progettazione. Descriveranno brevemente alcune tracce delle esperienze di questi due momenti gruppali. Gli autori partendo dalle esperienze gruppali, rilevano come in alcuni punti compaiono fantasie simili a quelle che si verificano in gravidanza: ciò ci pare supportare l'utilizzo della metafora, (l'educatrice che propone il lavoro sul giardino forse testimonia una fantasia di cura di qualcosa che sta crescendo, il mentale del gruppo, la possibilità di lavorare in modo terapeutico con i pazienti, i pazienti fig, la comunità terapeutica.

Parole-chiave: comunità, gruppo, sogni, metafora, pazienti psichiatrici

L'esperienza che stiamo per raccontare si svolge nel contesto del DSM zona nord ovest dell'Azienda Sanitaria di Firenze. Questa è una realtà di servizi storicamente ricca di strutture sia residenziali che diurne, nella quale tuttavia manca una comunità terapeutica. Una di queste strutture è Le Prata, un centro residenziale sorto per collocare fuori dall'ospedale psichiatrico di San Salvi gli ultimi pazienti della zona che vi erano ospitati. Le Prata è una casa colonica con attorno un grande frutteto in una zona di campagna industriale che si trova a qualche chilometro dai centri abitati di Calenzano, Campi Bisenzio e Sesto fiorentino. Si tratta di uno dei territori metropolitani di Firenze più industrializzati. All'interno del centro operano in prevalenza infermieri professionali, operatori assistenziali ed educatori. Vi sono ospitati in prevalenza vecchi pazienti fortemente deteriorati sia sul piano psichico che fisico e più recentemente sono stati inseriti pazienti più giovani sofferenti di disagi mentali strutturati (Psicotici e gravi borderline).

Da circa un anno, cioè da quando si è ipotizzato il progetto di comunità terapeutica, la responsabilità della struttura è stata data ad uno psichiatra, (psicoterapeuta psicoanalitico) a cui sono stati affiancati uno psicologo (analista di gruppo ed esperto in dinamiche istituzionali), uno psicologo clinico medico (psicoterapeuta

psicoanalitico, esperto di fenomeni gruppali), uno psichiatra (psicoterapeuta con una formazione specifica in psicodramma analitico).

Noi che scriviamo siamo i due psicologi, uno conduce un gruppo esperienziale con gli operatori della struttura, l'altro partecipa settimanalmente al gruppo di organizzazione e progettazione. Allo scopo di avere del materiale su cui proporre questa nostra elaborazione, racconteremo brevemente alcune tracce delle esperienze di questi due momenti gruppali .

Gruppo di organizzazione e progettazione

Il gruppo ha inizialmente dovuto affrontare l'impatto che il progetto sogno del Primario e dell'Istituzione aveva sul sogno-rappresentazione degli operatori della struttura riguardo al loro compito ed alla loro collocazione. Bisogna premettere che fino a quel momento il Centro era un luogo dove le prospettive terapeutiche erano prevalentemente assenti. Così come lo erano elementi rilevabili di cambiamento. Di fatto anche la configurazione del gruppo degli operatori, ma soprattutto il suo assetto interno si presentava fortemente statico al punto di indurci una fantasia di isomorfismo tra la funzione delle mura della struttura e la funzione di custodia demandata agli operatori.

La destinazione della struttura ad un diverso compito ha creato la necessità pratica di rivedere la composizione e le caratteristiche del gruppo degli operatori.

Ciò ha comprensibilmente generato una sensazione di minaccia. L'assetto difensivo prevalente nel gruppo era costituito da un atteggiamento ostile, da me vissuto come una pressochè totale paralisi della capacità del gruppo di lasciarsi andare o di sognare. Le questioni che totalizzavano l'attenzione del gruppo riguardavano pressochè unicamente gli aspetti concreti dei problemi dei pazienti. "Come farà il tal paziente a continuare a prendere il sussidio per un lavoro protetto che non svolge realmente....."

"Questo paziente è irritabile, picchia quell'altro, bisogna fare qualcosa....."

Tali condizioni si sono protratte per lungo tempo con riunioni a volte lente e noiose, altre volte piene di tensione e di ostilità. La presenza di una dimensione di leadership attorno alla quale il gruppo coagulava le proprie istanze custodialiste ed immobiliste sembrava avere la funzione di riportare tutto il gruppo in una posizione "murata", altre volte turbolenta e protestataria.

Persino lo staff medico-psicologico si presentava come diviso e poco collegato (non riusciva a pensare-sognare insieme).

La graduale dissoluzione della funzione di leadership e la recente introduzione di un nuovo paziente, (un grave borderline) paiono aver determinato un cambiamento nel gruppo. Pur persistendo preoccupazioni da parte di alcuni operatori di essere allontanati dal gruppo e essendo presenti, in momenti particolari, spinte a portare i problemi fuori dal gruppo, si è però potuto cominciare ad apprezzare una maggiore capacità di pensare al compito, un aumento di speranza, che mi è parso coincidere con la comparsa di momenti di vaghezza libero associativa; alcuni operatori che fino a quel momento erano stati parchi di interventi o si erano semplicemente adeguati al livello delle considerazioni concrete adesso intervenivano più spesso ed in modo più propositivo. Era stata di questo momento la proposta di un'educatrice di istituire un corso di giardinaggio per i pazienti, con l'idea di occuparsi per quanto possibile dell'adiacente frutteto.

A poca distanza di tempo il gruppo ha cominciato a dibattere sulla disposizione delle stanze e sull'utilizzo delle stanze nella struttura, un dibattito questo che si è protratto per svariate riunioni.

Ci sembra importante sottolineare che, recentemente, il gruppo ha cambiato stanza. Fino a poco tempo fa le riunioni si svolgevano in una stanza situata più o meno al centro della struttura, una stanza lunga, affacciata sul retro della casa e con delle inferiate decorative alle finestre; una stanza in sè carina, ma un pò buia e un pò stretta per consentire di stare comodamente in cerchio. La stanza attuale invece è situata ad uno degli estremi della struttura, ha le finestre esposte su due lati, anch'esse con le inferiate, ma da cui arriva una luce più intensa e distribuita; inoltre è decisamente più ampia, ha una pianta quadrata pertanto é molto più idonea per una disposizione circolare, inoltre dispone di un accesso diretto indipendente, è più lontana dalle stanze dei pazienti e quindi da possibili interferenze.

Solo da poco il gruppo pare in grado di immaginare una presa in carico; proprio attraverso l'associazione nel gruppo di varie immagini e rappresentazioni del paziente prima nominato, delle sue relazioni familiari, del suo modo di esperire queste e la sua vita in comunità con gli altri pazienti e gli operatori, pare che si stia schiudendo la capacità del gruppo di costruire un percorso, un progetto trasformativo per i vari pazienti. Ci pare di poter segnalare che la comparsa di questi momenti di attività libero associativa può presentare i caratteri di una attività onirica di veglia.

Gruppo esperienziale

Ho iniziato circa un anno fà a condurre un gruppo esperienziale con gli operatori di Le Prata. Ci incontriamo settimanalmente, seduti in cerchio, nell'orario di confine fra i due turni di servizio (quando smonta il turno del mattino e monta quello del pomeriggio), orario questo chiesto specificamente dagli operatori.

Mi ricordo il primo incontro .

La stanza era in penombra, solo dopo un quarto d'ora tutte le persone erano entrate e si erano sedute, c'era chi aveva un camice bianco, chi una sorta di tuta azzurra, coloro che erano vestiti normalmente non avevano abiti curati. Prevalgono sorrisi di circostanza e gli sguardi cercavano con ansia i visi conosciuti. C'era un leggero odore di urina che proveniva dal corridoio. La porta, pur chiusa più volte, era di fatto come aperta: ora arrivava un paziente a chiedere una sigaretta che subito un operatore offriva, ora ne arrivava un altro sollecitando che qualcuno gli desse la terapia. Sembrava non ci fossero confini, se non quelli concreti delle mura della struttura.

I primi pensieri e le prime parole furono di protesta contro il grande gruppo del servizio che non capiva e non apprezzava il piccolo gruppo della struttura.

La prevalenza di questo stato proiettivo fuori dal gruppo ha iniziato a diminuire più avanti, con la comparsa di un sentimento depressivo sorto sulla percezione della distanza fra la condizione attuale della struttura e il pensiero di come potrebbe essere la futura comunità terapeutica. Su questo elemento si è costituito il primo embrione mentale di confine e quindi di contenitore.

Successivamente, in una seconda fase, è emerso un sentimento di tipo persecutorio, espresso come reazione alla cognizione che dall'esterno il Servizio di Salute Mentale stava progettando i futuri cambiamenti della struttura e dello stesso gruppo degli operatori. Il campo del gruppo era costantemente permeato da un senso di sospetto.

Non solo quindi il gruppo non riusciva a sognarsi, ma resisteva anche alla possibilità di essere sognato da qualcuno.

Lavorando sul potenziamento del patrimonio affettivo del gruppo e sull'affrontamento degli elementi minacciosi, siamo arrivati ad una fase denotata dalla produzione di un sogno.

Il sogno racconta di una nave da crociera in viaggio, dove c'erano persone conosciute, membri del gruppo e pazienti della struttura; alcuni avevano un cappello nero in testa, come una bombetta, poi (la sognatrice) se l'è tolto e c'è stata la possibilità di rilassarsi ed il viaggio sembrava poter continuare piacevolmente. La funzione metabolizzante di questo sogno pare riconducibile ad un processo di disintossicazione: sciogliere i pensieri persecutori coagulati in una cappa nera, ha trasformato uno stato di tensione in una dimensione più rilassata e piacevole.

Questo, a grandi linee, è il momento attuale del gruppo esperienziale: una fase caratterizzata da un assetto mentale meno indurito e faticoso, più consono ad una "tenuta" di navigazione verso un possibile porto, e caratterizzata anche dal fatto che il gruppo consente e si consente di essere sognato da qualcuno.

Nel corso del nostro comune lavoro di riflessione su queste esperienze è nata una catena associativa che ci ha condotto all'individuazione di una terza dimensione del materiale, quella di una metafora generativa che ben pareva attagliarsi al percorso di sviluppo verso l'obiettivo comunitario. Abbiamo pensato ad una sequenza temporale concepimento-gravidanza-parto.

Uno degli aspetti della molteplice cultura cinese è di considerare il tempo di una vita aggiungendoci un anno; calcolato nei nove mesi della gravidanza più i tre mesi prima, considerati quest'ultimi come il tempo necessario per la formazione della cellula femminile e della cellula maschile che poi si incontreranno nel "concepimento".

Per altro, spostandoci più ad Ovest, R. Diaktine sostiene che "il bambino faceva parte dell'universo fantasmatico dei genitori da prima del suo concepimento, complemento narcisistico dalle molteplici implicazioni..... La trasformazione di queste fantasie inconscie alla nascita, sotto il peso della maternità percettibile, è una fase decisiva per il divenire del bambino". Quest'autore francese, dunque, segnala che tra le fantasie inconscie alla nascita (i tre mesi prima della gravidanza, per i Cinesi) e la maternità percettibile (la gravidanza, sempre per i Cinesi) c'è un in contro, o un impatto, "decisivo" per lo sviluppo del bambino.

Utilizzando questo sfondo metaforico nel considerare il processo di fondazione di una Comunità Terapeutica (C.T.) prevalentemente per pazienti borderline, possiamo ipotizzare che il "concepimento" ha a che fare con l'atto formale/istituzionale di esplicitazione del progetto (nel nostro caso, l'inserimento nel Piano Attuativo Locale (P.A.L.) 1998 della A.S.L. di Firenze del progetto di C.T.) e possiamo altresì ipotizzare che "l'universo fantasmatico precedente" o, in termini temporali, i "tre mesi prima dei Cinesi" da qualche parte è esistito e in qualche modo rappresenta l'embrione iniziale del complessivo sviluppo della C.T.

Come il pensiero di un bambino prende origine dalla condivisione da parte dei due individui genitori di un vissuto di mancanza, veicolato verso un desiderio di completamento, similmente nel nostro caso è stata registrata da parte del primario DSM Zona Nord Ovest (Dr.G.Di Norscia), una situazione di mancanza di spazio terapeutico comunitario per pazienti giovani, condivisa poi con l'Azienda Sanitaria (da qui il concepimento: appunto il Progetto di Comunità Terapeutica inserito nel P.A.L. aziendale 1998)

Relativamente allo stato di gravidanza, secondo una raccolta di studi (Ammaniti M.,1992)sul rapporto tra fantasia e realtà in gravidanza, molte donne in questa epoca della loro vita presentano sogni e fantasie specifiche e caratterizzate che testimoniano della gravidanza come di un momento di grande crisi, e contemporaneamente di grande occasione trasformativa. Il nucleo attorno al quale queste dinamiche vengono giocate è quello del Sè gravidico(Albergamo M, Nunziante Cesaro A. 1992). Il

riconoscimento delle alterazioni provocate dalla gravidanza pone in rilievo la dinamica interno-esterno, dentro-fuori ed implica un lavoro di progressiva integrazione e ridefinizione volto al tentativo di porre un limite. Ciò non elude la necessità di accettare, per quanto possibile, l'estrema difficoltà di tale compito. Queste fantasie sono chiaramente evidenziate dalla presenza di sogni con riferimento ad elementi architettonici (Birkensted-Breed D. 1992) nei quali l'interesse è talora sul versante interno: la casa, le stanze, le mura; oppure sull'esterno, per esempio il giardino, l'orto, un luogo in cui qualcosa cresce. Tali fantasie sembrano inoltre avere una penetranza rilevante, al punto di essere potenzialmente attivate non solo nella gravida, ma anche in coloro che le sono vicini (ad esempio, per motivi di parentela o professionali). Se facciamo un passo indietro alla precedente descrizione delle esperienze gruppali, possiamo rilevare come in alcuni punti compaiono fantasie simili a quelle che si verificano in gravidanza: ciò ci pare supportare l'utilizzo della metafora, (l'educatrice che propone il lavoro sul giardino forse testimonia una fantasia di cura di qualcosa che sta crescendo, il mentale del gruppo, la possibilità di lavorare in modo terapeutico con i pazienti, i pazienti fig, la comunità terapeutica'. Anche il dibattito relativo alla collocazione ed all'utilizzo delle stanze è forse attinente ad una fantasia di ridefinizione del Se gruppale in relazione al nuovo compito).

Pare dunque che attorno ai nuclei di spazio, mancanza, sogno "bisogno" e desiderio, si possa connettere un tessuto strutturante in grado di funzionare come apparato vitale di comunità terapeutica. Se ora dunque siamo in viaggio verso questo possibile porto, ci muoviamo dentro un battello (l'attuale stato di comunità terapeutica) le cui assi sono fatte del materiale con cui sono fatti i sogni.

Bibliografia

Albergamo M, Nunziante Cesaro A. (1992). *Gravidanza e maternità: vissuti e rappresentazioni*. in Ammaniti M. (a cura di) *La Gravidanza tra fantasia e realtà*. Il Pensiero Scientifico

Ammaniti M. (1992). (a cura di) *La Gravidanza tra fantasia e realtà*. Il Pensiero Scientifico

Baglioni L., (1997), Set di base e pensiero di gruppo, in I gruppi ABA - L'esperienza della fondazione, F. Angeli, Milano.

Birkensted-Breen.(1992). *Fantasia e realtà in gravidanza e nel periodo postnatale* in Ammaniti M. (a cura di) *La Gravidanza tra fantasia e realtà*. Il Pensiero Scientifico

Bion W. R., (1962). *Apprendere dall'esperienza*. Roma: Armando, 1972.

Diaktine R., (1979). *Le psychanaliste et l'enfant*. Nouvelle Revue de Psychanalyse, 19.

Ferruta A. Foresti G. Pedriali E. Vigorelli M. (a cura di)(1998). *La comunità terapeutica*. Milano: Cortina.

Giannotti A., (1983). *Rapporto tra fantasie inconsce del bambino e dei genitori nella patologia psicosomatica infantile*, in Atti del IX Congr. Naz. della Soc. It. di Med. Psicosomatica, Torino, 26-29 maggio 1983.

Khan M. M. R., (1972). *Uso e abuso del sogno nell'esperienza psichica*, in *Lo spazio privato del Sè*, Boringhieri, Torino, 1979.

Neri C., (1995) *Gruppo*. Roma: Borla.

Note sull' autore

Comin Giuseppe Livio (Psicologo-Psicoterapeuta,Firenze)

Mail: giuseppelivio.comin@fastwebnet.it

Romeo Cungi Valter (Psicologo Clinico Medico Psicoterapeuta,Firenze)

Mail: vromeo@tiscali.it