

L'INTERVENTO DI FORMAZIONE NELLE COMUNITÀ TERAPEUTICHE E

LA PRODUZIONE DI BENESSERE RELAZIONALE

*Valentina Lo Mauro [□], Florinda Picone ^{□□}, Gabriele Profita ^{□□□},
Giuseppe Ruvolo ^{□□□□}.*

Abstract

Il presente lavoro si riferisce a un intervento di formazione finalizzato all'integrazione di due Comunità Terapeutiche Assistite, con l'obiettivo generale di migliorare la qualità del servizio attraverso l'integrazione delle pratiche cliniche, la creazione di una rete di scambio tra i due servizi e la fondazione di una cultura organizzativa comune.

Esso è centrato su due focus: la costruzione del setting in rapporto agli obiettivi dell'intervento istituzionale e la valenza dei gruppi mediani e allargati nel promuovere sviluppo della convivenza organizzativa e del benessere relazionale.

L'esperienza del percorso formativo si incentra particolarmente intorno ai temi culturali connessi alla relazione di cura e ai modelli della salute e della malattia mentale.

Gli esiti del percorso consistono nel costruire un senso sano delle relazioni tra operatori con ruoli diversi e tra l'équipe curante e gli utenti, e incrementare la capacità del servizio di promuovere relazioni di mutua utilità.

* Psicoterapeuta gruppoanalista, Professore a Contratto, Università di Palermo

* Psicoterapeuta gruppoanalista, Dottore di ricerca in Psicologia, Università di Palermo

· ** Psicoterapeuta gruppoanalista, Professore Ordinario di Psicologia Clinica, Università di Palermo

* *** Psicoterapeuta gruppoanalista, Professore Ordinario di Psicologia del Lavoro e delle Organizzazioni, Università di Palermo.

·

·

*

·

·

·

·

Parole chiave: comunità terapeutiche, benessere organizzativo, formazione gruppoanalitica

Summary

The present paper refers about a training intervention finalized to the integration of two Public Therapeutic Communities, with the general objective to improve the quality of the service through the integration of the clinical practices, the improvement of exchange network between the two communities and the foundation of a shared organizational culture.

The paper contains two focuses: the definition of the setting related to objectives of institutional analysis and transformation, and the value of the median and large groups in order to promote wellness in work relationship.

The experience of the training process moves around the development of the cultural themes connected to the relationship of care and the models of health and mental illness.

The outcomes of the group process has been to build a healthy way of the relationship among communities operators with different roles and between caregivers and patients, and to increase mutual utility inside the service relationship.

Key words: therapeutic communities, organization wellness, groupanalythic training

Premessa

Il presente lavoro si propone di evidenziare aspetti di metodo e di esito di un intervento istituzionale di formazione da noi realizzato nelle due CTA (Comunità Terapeutica Assistita) di una ASL della

Regione Sicilia e rivolto ad operatori con mansioni e professionalità differenti: personale OTA, infermieri, assistenti sociali, psicologi, psichiatri e medici.

La domanda che ci viene rivolta consiste nel promuovere una integrazione tra le due CTA al fine di favorire un più efficace lavoro progettuale e di rete tra i servizi. Le due comunità, infatti, svolgono le loro attività in maniera indipendente e si organizzano come due settori separati. Una separazione così netta (di attività, formazione degli operatori ecc.) risulta ancora più stridente perché i due servizi, hanno preso in carico gli stessi pazienti in fasi diverse della loro storia clinica, sono strutturalmente situati nei due piani di uno stesso edificio e condividono spazi comuni dove quotidianamente transitano sia gli operatori che gli utenti.

Queste caratteristiche hanno reso indispensabile creare un luogo di riflessione e di scambio tra le modalità organizzative e di intervento dei due gruppi/servizi, al fine di condividere progettualità le metodologie di lavoro e costruire una coerenza sia negli interventi relazionali occasionali, propri degli spazi interstiziali (Roussillon, 1991), sia nel trattamento terapeutico a lungo termine. Ciò permetterebbe di creare una maggiore omogeneità nella crescita professionale delle due équipe che nella loro storia hanno maturato esperienze formative molto differenti.

L'obiettivo generale che ci siamo prefissati riguarda la possibilità di esplorare le modalità di lavoro delle comunità, i modi con cui gli operatori percepiscono il loro ambiente di lavoro, fanno esperienza delle relazioni con gli altri operatori e con gli utenti, le rappresentazioni della malattia mentale e del processo di cura .

Il setting che abbiamo predisposto per l'intervento formativo si articola in 12 sessioni di lavoro in ognuna delle quali si alternano gruppi mediani, formati dagli operatori di entrambe le comunità, e momenti di lavoro in gruppo allargato, al quale partecipano tutti gli

operatori.

La scelta di questo dispositivo di lavoro è supportata dai presupposti teorici e tecnici che evidenziano la valenza formativa e trasformativa dei dispositivi clinici di ampio formato. Questo formato di gruppo, infatti, consente di mettere a fuoco e fare oggetto di dialogo i "temi culturali" che sono alla base delle rappresentazioni condivise, dei valori e dei modelli di riferimento teorici ed operativi, delle relazioni istituzionali e dei significati attribuiti al compito organizzativo primario. In maniera più specifica, l'esperienza dei gruppi mediani e allargati crea un campo di rielaborazione socioculturale ed evidenzia transferalmente (mette in scena) la dimensione istituzionale nella quale i partecipanti sono inseriti. (Kreeger,1975; Kaes et Al., 1988; Ancona, 1993; Lo Verso, 2002; Profita, Ruvolo, Lo Mauro 2007).

Il dispositivo di lavoro

I passaggi fondamentali che hanno sostenuto la costruzione del setting di lavoro consistono nel rendere presente e riconoscibile la dimensione istituzionale che fonda il gruppo, l'individuazione preliminare dei temi culturali sui quali le esperienze relazionali dei partecipanti si articolano, la scelta degli obiettivi assunti per il gruppo e il percorso metodologico che orienta la conduzione del gruppo.

In questo caso pensare il contesto del gruppo significa pensare l'istituzione sanitaria, la cultura e il mandato istituzionale che la intenziona. I temi culturali legati a questa area riguardano i modelli culturali della salute, della malattia e della cura e quindi anche le dinamiche dell'identità personale, professionale e di ruolo (sociale e istituzionale) dei curanti-partecipanti. L'individuazione dei temi culturali in questo contesto specifico rende possibile il lavoro sugli operatori simbolici che organizzano la pratica dell'équipe professionale.

In riferimento ai servizi che si occupano di cura e prevenzione della salute mentale, ci sembra importante sottolineare che non sempre la constatazione che ogni gesto di cura passa necessariamente attraverso la relazione personale e professionale tra operatore e paziente, sia acquisita come pratica di lavoro consapevole. Riscontriamo più frequentemente situazioni di insofferenza che esitano in pratiche cliniche inefficaci, in cui il senso del gesto di cura viene smarrito, insieme al progetto terapeutico complessivo del servizio. Rintracciamo in questo il principale compito evolutivo e trasformativo potenzialmente operabile all'interno dell'esperienza del gruppo di lavoro.

Uno dei temi culturali specifici del nostro lavoro riguarda il concetto stesso di terapia all'interno di una comunità terapeutica.

Secondo la visione che condividiamo, la terapia riguarda il processo attraverso cui mettere a fuoco la comprensione dei nodi relazionali nei mondi interni ed esterni del paziente che ne limitano i processi di individuazione e autonomia e ne ostacolano lo sviluppo esistenziale (cfr. Sassolas, 2004). Se il paziente grave che abita le comunità terapeutiche ha perso il senso dell'agire quotidiano, non risponde più al sistema di codici e di regole condiviso, alla comunità terapeutica è richiesto il compito di ricostruire, o anche creare, i ponti verso un mondo in cui le azioni hanno un senso e un significato plausibile. Si tratta di un compito molto difficile perché anche l'operatore rischia continuamente di "perdere il senso" insieme al paziente e vivere anch'egli un malessere che non si può riconoscere.

Nelle comunità terapeutiche gli operatori hanno l'opportunità di svolgere (intenzionalmente o meno) un intenso e continuativo lavoro relazionale per via della quotidianità del contatto con gli utenti. Nella relazione con pazienti gravi, si verifica un trapianto di emozioni, immagine che Sassolas utilizza per descrivere la violenza psichica di cui il terapeuta accetta di essere oggetto nella relazione clinica e i

fenomeni di rigetto messi in atto da colui che la subisce: razionalizzazioni, interpretazioni frettolose, passaggi all'atto di tipo pedagogico, queste sono le strategie più frequenti per sbarazzarsi di emozioni indesiderate. Solo nel momento in cui il gruppo curante prende coscienza dell'esistenza, al suo interno, di tali emozioni e recupera la capacità di ascolto e di insight è possibile creare una relazione di mutualità affettiva in grado di riformulare e fornire un nuovo significato ad emozioni così intense (op. cit.).

La funzione terapeutica del gruppo curante, nel suo insieme, può essere riassunta nella salvaguardia dell'attività psichica del paziente e nel ripristino della capacità di costruire trame di senso. La formazione e la supervisione del gruppo curante sono, pertanto, indispensabili risorse per mantenere il gruppo in assetto di lavoro, centrato su questo compito, attraverso un costante monitoraggio del progetto terapeutico e degli operatori simbolico-relazionali che lo fondano.

Il modello operativo del gruppo di formazione mediano ed allargato si basa sulla costante osservazione delle relazioni tra il Gruppo, il Conduttore e il Contesto socio-culturale di riferimento, partendo dall'ipotesi che ciò che accade nel "qui e ora" del gruppo manifesti ed esprima ciò che i partecipanti sperimentano nel loro contesto istituzionale lavorativo (Ancona, 1993; Kreeger, 1975, D'Angelo, Ruvolo, 2005). La possibilità di elaborare le emozioni e gli eventi sperimentati nel gruppo consente ai partecipanti di acquisire nuove consapevolezze e soluzioni, e di trasporle nel contesto di provenienza. L'attività formativa consiste, allora, nel facilitare l'acquisizione della consapevolezza degli schemi di pensiero sedimentati e le conseguenti azioni terapeutiche e la possibilità di formulare nuovi modi di concepire la propria identità professionale e la propria operatività.

In questo senso, l'attività formativa attiva un processo di mentalizzazione (Stolorow, et al. 1994), in quanto consente di attribuire un significato al disagio, all'ansia e all'angoscia spesso

somatizzati.

Il percorso dell'esperienza

Diamo di seguito una descrizione del percorso esperienziale dei due gruppi mediani e del gruppo allargato, mettendone in evidenza i momenti essenziali come sono stati registrati dallo staff di conduzione.

Le difese istituzionali al cambiamento

Nei momenti iniziali dei gruppi mediani, compaiono temi che riguardano il disagio dei partecipanti, espresso attraverso alcune strategie di proiezione riguardanti, da un lato, l'amministrazione ASL e, dall'altro, lo spazio stesso della formazione.

Durante i primi scambi del gruppo, affiora con carattere di emergenza l'attacco verso l'amministrazione ASL vissuta come un'entità astratta e percepita come "ostile e distruttiva".

Secondo la percezione degli operatori, infatti, chi amministra e fa scelte economiche non si occupa del loro disagio.

A testimonianza di queste disattenzioni gli operatori evidenziano ripetutamente i tagli che l'azienda ospedaliera ha operato nel settore della salute mentale, non fornendo più gli strumenti tecnici e i supporti materiali indispensabili per garantire il benessere degli utenti.

In questa fase di denuncia prevale un atteggiamento di profonda rabbia, solitudine e senso di impotenza.

Diventa emblematico il racconto di episodi in cui alcune attività organizzate per gli utenti negli spazi esterni alla comunità, non sono state realizzate perché l'azienda ospedaliera non ha messo a disposizione il pulmino per gli spostamenti.

Il pulmino ha sempre rappresentato il mezzo con cui uscire fuori dalla comunità, accompagnare gli utenti in luoghi esterni, aprirsi al sociale.

La sua assenza diventa simbolo dell'abbandono dell'istituzione, dell'impotenza degli operatori e della mancanza di strumenti per poter lavorare.

L'insistenza su questo problema sembra avere la funzione di costringere lo staff di conduzione a sentire sulla propria pelle una condizione di impotenza analoga a quella vissuta dai partecipanti. Al di là della condivisione e del sostegno rispetto alla sofferenza espressa, non sembra possibile accedere ad alcun pensiero riflessivo rispetto alle relazioni interne alla comunità, al trattamento dell'utente e alla responsabilità di ognuno nel lavoro di aiuto.

Inoltre, il gruppo deve confrontarsi con la delusione delle aspettative di avere subito a disposizione risposte alle impasse di lavoro e soluzioni pratiche rispetto a ciò che manca.

Accanto a questo si aggiunge il senso di costrizione a partecipare all'attività di formazione, vissuta come uno degli esempi che confermano la sensazione di essere obbligati a compiere dei "comandi" indiscutibili provenienti dall'alto.

L'accusa si estende anche allo staff di conduzione del lavoro di formazione, e diventa una denuncia molto dura che si prolunga nel tempo, ma che contemporaneamente deresponsabilizza e rende passivi i componenti del gruppo.

La rabbia vissuta nel gruppo riguarda, a nostro parere, l'intenzione di introdurre un modello di lavoro basato su un percorso comune, da costruire in regime di corresponsabilità dove ognuno ha il suo margine di potere e in cui si cercano gli strumenti, non all'esterno, bensì all'interno, nella competenza e formazione degli operatori, nelle risorse progettuali ed emotive dell'equipe dei curanti e nell'ambiente relazionale che sono in grado di assicurare.

Il percorso di trasformazione progettato per queste due comunità sollecita, dunque, un vero e proprio "rovesciamento di prospettiva" che non può essere indolore, né privo di ostacoli, in quanto

rappresenta un cambiamento rispetto allo *status quo* organizzativo sedimentato nel tempo.

Le organizzazioni di lavoro tendono, infatti, a trovare delle strategie di difesa che mantengono stabile il proprio assetto e ostacolano i cambiamenti vissuti come una sorta di "terremoto istituzionale destabilizzante" che mette in discussione l'ordine precostituito (Hinshelwood, 1987).

Non si può superare questa impasse senza prendersi cura di tali resistenze, comprendere come si sono costruite nel corso della storia e da quali paure proteggono.

Una svolta significativa al lavoro del gruppo viene compiuta nel momento in cui lo staff esplicita la sensazione chiara che l'attacco all'amministrazione ASL sembra avere la funzione di un "alibi strutturalista", ovvero, una strategia di difesa per proteggersi dalla propria responsabilità personale nel lavoro trattamentale.

Gradualmente diventa chiaro ai membri del gruppo che c'è sempre un'entità astratta, distante da sé, a cui dare la colpa, compreso il percorso formativo, in un movimento ripetitivo che copre delle difficoltà personali fin ora rimaste nascoste.

Da cosa ci si sta proteggendo? Quali sono i pericoli in questo dispositivo?

Proponendo queste domande e raccogliendo le reazioni dei partecipanti diventa evidente che il gruppo sta mettendo in atto una protezione dalla paura di affrontare "uno spazio nuovo". Viene espressa una grande confusione rispetto all'obiettivo dell'esperienza formativa, la nostalgia verso i propri luoghi conosciuti, un sentimento di smarrimento e, soprattutto, vergogna e scopertura nel confronto tra gli operatori di ciascuna delle due comunità rispetto all'altra.

Un infermiere manifesta una sensazione condivisa da molti nel gruppo, ovvero, il disagio e il senso di "testa vuota" vissuto nell'esperienza formativa in atto. Egli non si sente interessato

all'esperienza ritenendola una perdita di tempo, ogni idea o proposito avanzato in questo nuovo luogo sembra sia sbagliato, decontestualizzato, privo di legittimità, e ciascuno si sente esposto all'aggressione e al giudizio degli altri.

Questo intervento consente al gruppo di auto centrarsi, di ricollocare al suo interno i vissuti disagevoli, di rabbia, rancore e giudizio, sino ad ora proiettati all'esterno.

Come è noto, la partecipazione a gruppi di ampio formato sollecita il confronto con l'altro diverso da sé e la messa in discussione delle proprie appartenenze (Profita, Ruvolo, Lo Mauro, op.cit.). Il confronto attiva immediatamente la dimensione della competizione, la visualizzazione delle diversità riguardo al metodo di lavoro, ai modelli relazionali, alle attività di cura e alle abitudini consolidate nelle due comunità.

Fase centrale del gruppo:

Rapporto tra curanti e pazienti e pensabilità dello spazio comune

La presa di consapevolezza e l'esplicitazione di questo disagio comune, consente al gruppo di trovare una soluzione che cambia l'atteggiamento e le dinamiche dei gruppi mediani.

È proprio adesso, infatti, che ci troviamo nella fase di lavoro centrale del gruppo ed è possibile confrontarsi sui casi più difficili nelle sessioni di gruppo mediano.

In particolare, si avviano due tematiche molto rilevanti: la prima riguarda la corrispondenza speculare tra i comportamenti di alcuni pazienti e le dinamiche agite inconsapevolmente dai gruppi curanti; la seconda è inerente alla scoperta di uno spazio comune sin ora non pensato, simbolo della scissione tra le due comunità, che richiede una risoluzione attraverso la condivisione delle regole organizzative, dei

metodi di lavoro e del sistema di valori delle due comunità.

Il primo tema viene avviato dal racconto, molto coinvolgente, di una paziente, con una diagnosi di anoressia e disturbo borderline di personalità, che espone in maniera sfacciata e manipolativa un corpo fragile e sofferente.

Gli infermieri esprimono forti sensazioni di disagio, rabbia, imbarazzo e vergogna, e confessano l'incapacità di utilizzare tali emozioni come strumenti terapeutici.

Il coinvolgimento su questo argomento assume un significato particolare se si pensa che il gruppo è passato dal discorso intorno all'istituzione astratta che non fornisce gli strumenti pratici di cura, ad occuparsi di un'utente della comunità su cui è difficile costruire un pensiero trattamentale cercando piuttosto delle soluzioni immediate attraverso regole prescrittive e punizioni.

Parlare di quella specifica utente riporta ad alcuni temi relativi alle dinamiche del qui e ora del gruppo: emerge con una nuova consapevolezza la vergogna di mettersi a nudo di fronte all'altro sconosciuto, la sensazione di avere gli occhi puntati addosso, la paura del giudizio, l'esposizione verso l'esterno.

Diventa chiaro che è necessario prima prendersi cura della propria vergogna e del proprio timore verso le differenze con l'altro per poi potersi occupare della paziente e del suo mondo interiore.

L'altro tema significativo, come abbiamo prima esplicitato, riguarda la gestione degli spazi comuni e non direttamente regolati da nessuna delle due comunità.

A questo proposito un partecipante esprime le sue difficoltà ad intervenire in quelle situazioni in cui utenti di entrambe le comunità si espongono a comportamenti rischiosi, come per esempio, quando si sporgono pericolosamente sul muro di confine del giardino, a strapiombo sul mare.

Si chiede cosa può fare. È suo compito intervenire? È una paziente

che gli appartiene? A chi deve rivolgersi? Intervenire fuori dai confini della propria comunità di appartenenza equivale a svalutare il senso di responsabilità dei colleghi dell'altra comunità?

Attraverso questi interrogativi ciascun operatore avverte la necessità di conoscere l'altra comunità, sapere come è organizzata, quali sono le regole esplicite e implicite e quali metodi di lavoro utilizza. Emerge il bisogno di confrontarsi rispetto alla responsabilità di ciascuno e legittimarsi ad un intervento coerente a quello dell'altro.

Gli esiti del percorso dei gruppi mediani

Gli esiti prodotti dal lavoro psicomotorio sui temi sin qui esposti riguardano, da un lato, la possibilità di prendersi cura dei pazienti attraverso il contributo di ogni operatore della comunità, questa volta considerato un tassello indispensabile del processo terapeutico; dall'altro, la ricostruzione della storia vissuta nel contesto comunitario, delle sue tappe e passaggi fondamentali al fine di sbarazzarsi di eredità e ricordi vissuti come fardelli ingombranti e fare spazio alla possibilità di vivere il presente e progettare il futuro con una motivazione rinnovata.

Come esempio evidente del primo risultato riportiamo un evento di una portata tale da impegnare il pensiero di entrambi i gruppi, ovvero, il tentativo di suicidio messo in atto da un'utente di una delle due comunità terapeutiche.

Inizialmente, ci ritroviamo immersi in un clima emotivo denso di impotenza e fallimento che impregna tutto il gruppo di lavoro, senza sollevare e ringraziare alcun operatore.

La paziente, infatti, ha una lunga storia clinica vissuta, in differenti momenti, in entrambe le comunità.

Questo evento critico è affare di tutti, come trattarlo?

Una possibilità è rappresentata dalla ricostruzione della storia della

paziente, una storia che si rivela immediatamente piena di lacune e di ricordi frammentati, è necessario un lento e impegnativo lavoro di recupero della memoria.

Nessun operatore si sottrae a questo compito, ed ognuno consegna tessere mancanti, informazioni contraddittorie, profili di personaggi familiari mai apparsi sulla scena terapeutica o incontrati solo da alcuni e mai, sino a quel momento, messi in relazione tra loro.

La narrazione corale della storia della paziente, dei suoi incontri mancati o falliti, consente a tutti di riemergere dall'impotenza.

Il gruppo si percepisce finalmente come unica équipe curante, è in grado di ricominciare a pensare nuovamente, a formulare ipotesi dinamiche su quanto è avvenuto, a rintracciare un significato delle azioni compiute, a ripristinare senso laddove paziente e gruppo curante sembrano essersi smarriti, in un cortocircuito di rispecchiamenti e recriminazioni.

“Chi deve occuparsi di chi?”

Questo interrogativo, in questo caso, non riguarda soltanto la paziente e il suo bisogno di aiuto, ma è una questione che circola anche all'interno della comunità, una domanda che ha spesso diviso e contrapposto i vari operatori, soprattutto perché la paziente ne ha sempre messo fortemente in crisi regole e ordine.

Gli operatori si accorgono, tutti insieme, che l'atteggiamento della paziente li ha messi a dura prova, facendoli spesso reagire con comportamenti speculari a quelli dei familiari. Essi si sono ritrovati nell'impossibilità di pensare un progetto terapeutico, occupati ad agire rimproveri e punizione, tentare dimissioni e reinserimenti in un continuo alternarsi tra le due comunità con l'inevitabile sensazione di fallimento.

Attraverso la narrazione della storia della paziente, mettendo insieme i preziosi tasselli del puzzle che ognuno possiede, avviene la ricostruzione degli eventi e dei fatti che ne hanno segnato le tappe e,

successivamente, diventa possibile formulare delle ipotesi di comprensione psicodinamica della storia della paziente e del contesto familiare e sociale di cui ha fatto esperienza.

Questo caso parla di solitudini che non possono toccarsi, una storia che fin quando resta organizzata dai codici della delusione e del rancore, non può che continuare a risciversi sempre identica con gli schieramenti di parte, le attribuzioni di colpa, le forme molteplici del ricatto e della interdizione. Storia di cui il servizio entra a far parte ed in cui recita, di volta in volta, il ruolo che gli viene chiesto di recitare: custodia, deposito... cura anche.

Proprio questo caso, però, offre ai membri del gruppo la possibilità di ricominciare a prendersi cura di questa e di altri pazienti, superando le solitudini in cui ognuno si era trincerato, e offre allo sguardo clinico una serie di potenzialità relazionali che, sino ad ora, si sono rese sempre più difficili da utilizzare.

Il gruppo è riuscito a districarsi dal nodo delle appartenenze e dei reciproci rimbalzi ed ha iniziato a pensare insieme riflettendo sulle dinamiche che sono intercorse tra la paziente e il suo mondo familiare, ma anche sulle dinamiche tra la paziente e gli operatori.

Adesso il problema non è più quale soluzione adottare, ma pensare come il servizio può aprire uno spazio in cui mobilitare le emozioni di cui ciascuno fa esperienza nell'incontro con l'altro e ripristinare un senso sano delle relazioni.

Infine, l'altro risultato significativo che il gruppo persegue riguarda la narrazione delle storie delle due comunità e di come ciascuna, al suo interno, si confronta con gli scacchi che la malattia mentale quotidianamente pone al pensiero e alla relazione.

Questo racconto sembra mettere in luce che ogni invenzione originale è, di volta in volta, messa in crisi dell'ordine precedente, introduce instabilità laddove l'istituzione opera nella conservazione del già dato. Oggi i membri del gruppo si ritrovano nella fatica di doversi

nuovamente trasformare.

Hanno ancora voglia, alcuni alle soglie del pensionamento, di smontare e rimontare “architetture” ed azioni consolidate ma ormai inefficaci di fronte alle forme mutevoli dei pazienti che oggi transitano nei servizi di cura?

Questi interrogativi animano il lavoro del gruppo ed avviano verso la conclusione del percorso formativo.

Molto tempo viene dedicato alla narrazione dei passaggi storici attraversati da ognuno e dai servizi psichiatrici, le lotte e l’impegno profuso a rendere umani i luoghi disumani del manicomio¹.

Tutti hanno iniziato a lavorare quando ancora esistevano i manicomi, la stanza stessa dove si tiene il gruppo era un refettorio denso di fumo di sigarette e impregnato degli odori acri delle follia, tutti hanno partecipato alla ristrutturazione dei luoghi e dei pensieri che nei luoghi si producono.

Ciascuno dei partecipanti ricorda e ripropone al gruppo la fatica, ma anche l’entusiasmo con cui ha partecipato alla costruzione della comunità.

Il termine costruzione ricorre con molta frequenza negli interventi ed assume non solo una valenza metaforica del processo di riorganizzazione e rifondazione del pensiero e dell’azione di cura, ma ha anche un significato molto concreto, come concreto è stato l’utilizzo delle competenze manuali di ognuno nel riparare mobili, ridipingere le pareti o altri lavori edili, o nella manifattura di tende o altri complementi di arredo.

È una storia in cui tutti si identificano, i singoli e ciascuno come appartenente alle due comunità, una storia in cui riscoprire

¹ Il manicomio dal quale origina la storia istituzionale delle due comunità è stato particolarmente all’attenzione della pubblica opinione negli anni in cui veniva discussa la nota legge “Basaglia” ed anche negli anni successivi, come uno degli esempi più violenti dell’internamento.

l'appartenenza comune ai luoghi, in cui rintracciare il senso del proprio lavoro, in cui ritrovare e rinsaldare il legame tra loro e la costruzione alla quale si è partecipato. Questo legame è profondo, e tocca la dignità e l'autostima di ognuno.

I gruppi mediani hanno consentito, quindi, il transito dalle appartenenze originarie ad un sentimento di appartenenza comune, in cui è possibile riconoscersi nello stesso obiettivo e nello stesso metodo di lavoro.

Gli esiti del percorso del gruppo allargato

Se il lavoro in assetto di gruppo mediano ha consentito di avviare il processo di integrazione tra le due comunità e utilizzare le differenze come valore aggiunto, le sessioni di gruppo allargato rappresentano gli spazi di lavoro più difficili da praticare: difficile pensare o dire qualcosa, se non attraverso interventi spesso sconnessi tra loro, talora banalizzanti, a volte densi di rabbia e di conflittualità.

La particolare esperienza dei gruppi allargati, predisposti con il preciso obiettivo di fare esperienza della dimensione collettiva e comunitaria, ha come fenomeni precipui il disorientamento che viene registrato dai partecipanti come la paura di perdere i confini della propria identità e di smarrirne il senso.

Dentro il gruppo allargato in cui la comunicazione e l'incontro con l'altro diventano carichi di ansia e di difficoltà, la riproposizione della storia da tutti loro condivisa sembra offrire un'ancora di salvataggio attraverso cui sottrarsi alla forza delle onde e all'impeto della burrasca evocati dalla numerosità stessa del gruppo. Ma l'ancora di salvataggio diventa subito approdo su cui la storia si erige a fortezza "Quello che abbiamo fatto, quello che abbiamo vissuto dal manicomio alla comunità, la sfida che abbiamo affrontato è stata vinta, siamo bravi!" questo il motto dell'approdo-fortezza.

Questa storia diventa baluardo issato a difesa dei compiti emotivi che il gruppo allargato pone, ma anche ostacolo alla risoluzione dei compiti di sviluppo che l'organizzazione richiede nei termini di continua messa in discussione delle proprie competenze e del proprio saper fare clinico. E quando la storia diventa baluardo, le zone di cecità sul quotidiano aumentano...

Una partecipante propone al gruppo una recente esperienza in cui durante un sopralluogo ad una comunità alloggio per valutare l'inserimento di un paziente stabili velocemente, insieme agli altri medici, l'adeguatezza della struttura. Questa valutazione sarebbe rimasta indiscussa se una giovane tirocinante, non avesse posto in luce dinamiche di custodia e immagini di pazienti-bambini bisognosi, curati da operatori-mamme protettive. La giovane dottoressa, che dei manicomi aveva solo letto sui libri, era in grado di guardare ciò che la storia camuffa o rende invisibile.

Ci sembra che questo intervento segni la svolta nel lavoro in assetto di gruppo allargato perché rende visibile un ulteriore compito di sviluppo. Questo consiste nel riportare uno sguardo creativo dentro i luoghi di lavoro che non risparmia dalla delusione o dal disinganno delle illusioni, ma mette in contatto con le nuove emergenze cliniche. Questo è il passaggio che si compie nel gruppo allargato come fondazione comunitaria di una nuova cultura locale e una riorganizzazione dei codici attraverso originali investimenti personali e collettivi (Profita, Ruvolo, Lo Mauro, 2007). Si crea una rete di connessione tra gruppi, tra operatori e pazienti, tra comunità terapeutiche, attraverso relazioni di reciprocità in cui il benessere dell'uno è legato al benessere dell'altro.

Si prefigurano nuove progettualità all'interno delle quali ripensare la propria professionalità e quella offerta dalle comunità terapeutiche attraverso l'invenzione e l'apertura di spazi discrezionali all'interno di spazi istituiti, ovvero pensieri ed azioni creativi dentro setting

possibili.

Sperimentiamo un senso della comunità ritrovato e ripensato, ci sembra anche di poter ipotizzare che parte del disinvestimento, inizialmente emerso nel lavoro in comunità terapeutica per cercare riconoscimento di sé in altri gruppi, sia rientrato con rinnovata motivazione.

Ed in questo a noi sembra di rintracciare il senso più autentico del benessere relazionale.

Considerazioni conclusive

Gli interventi di formazione rivolti ai servizi di cura si configurano spesso come possibilità di aprire uno spazio di analisi e di costruzione creativa, per ripensare e reinventare la fabbrica che fabbrica un servizio. La costruzione di beni materiali e immateriali avviene attraverso un'organizzazione delle attività, dei luoghi, delle persone, delle competenze di cui queste ultime dispongono, delle esperienze e conoscenze maturate, finalizzate a produrre manufatti.

Questa immagine è sicuramente di più facile e immediata comprensione se pensiamo alla produzione di oggetti e di beni materiali. La produzione di un servizio è un processo più complesso, gli oggetti da fabbricare sono immateriali, la loro consistenza non ha il peso di una macchina o i contorni definiti e immediatamente percepibili di un mobile.

Gli oggetti prodotti dal servizio hanno, piuttosto, la forma dei legami che le persone riescono a stabilire nel loro incontrarsi e nel loro mettersi in relazione.

La produzione di un servizio si avvicina molto, sino a corrispondere, alla tensione a sviluppare capacità di relazione tra operatori, ma anche tra operatori e utenti. Detto altrimenti, produrre servizi vuol dire costruire la capacità di istituire relazioni di reciproca utilità.

Il termine utilità si presta ad infinite interpretazioni, banalmente utilità significa usare qualcosa o qualcuno per uno scopo personale, ma se la parola utilità è specificata e qualificata attraverso la caratteristica della reciprocità, possiamo definire un campo semantico in cui la possibilità che l'utente stia bene corrisponde alla condizione di benessere dell'operatore.

Nel registro della reciproca utilità, la relazione di cura produce benessere in entrambi gli attori che la costituiscono, al miglioramento del paziente non corrisponde un depotenziamento dell'operatore, né, viceversa, l'operatore è risucchiato e contagiato dalla impotenza sintomatica dell'utente.

Produrre un servizio di salute mentale significa, allora, produrre benessere, generare una relazione di cura in cui l'operatore può stare bene avendo come obiettivo quello di aiutare l'utente.

La reciproca utilità diventa il senso più genuino del produrre terapia, nel senso di usare il proprio spazio, le proprie relazioni per stare meglio insieme agli altri.

In questa cornice di significati, l'obiettivo della formazione è quello di comprendere come ogni operatore e il gruppo curante costruiscano un servizio ed accanto a questo come è possibile sviluppare una tensione a migliorarlo, ad intervenire sulle relazioni che al suo interno si sviluppano, individuare, riconoscere e sciogliere quei nodi in cui si addensano fastidi, disagi, malesseri che impediscono ed ostacolano la realizzazione del servizio stesso.

Il processo di mentalizzazione, già descritto sopra come funzione terapeutica, risulta adesso e con maggiore evidenza finalizzato alla tensione formativa e trasformativa, ovvero, all'acquisizione della consapevolezza dei modi con cui è possibile pensare la vita quotidiana all'interno della comunità terapeutica, il ruolo che ciascun operatore ricopre e svolge, le impotenze e frustrazioni vissute da ognuno (Fasolo, 2002).

All'interno della comunità terapeutica, così come in altri luoghi di lavoro, l'impotenza è sintomo della perdita di senso ma anche di vitalità. La condizione di impotenza è connessa non solo con la dimensione del contagio, della vicinanza con la malattia psichica dei pazienti, ma riguarda anche gli operatori per quello che attiene alla perdita di senso del lavoro, con l'importanza o la poca importanza che questo finisce con l'assumere nell'economia della vita di ciascuno.

Gli operatori sono soggetti, con gradienti di gravità differenti, alle stesse dinamiche, problemi e difficoltà di cui i pazienti sono afflitti; in questo senso la possibilità di pensare risiede nella capacità di elaborare i propri vissuti, di provare a vedere come ciascuno si rappresenta il proprio lavoro, che significati gli attribuisce, per sé e per i propri utenti. Il benessere si produce quando è possibile trovare un significato alle esperienze vissute e quando queste ultime possono essere poste in una dimensione progettuale. Questi processi di mentalizzazione diventano le fondamenta della fabbrica del servizio. In quest'ottica non può esserci servizio alla persona senza una dimensione relazionale che preveda spazi dedicati alla formazione e supervisione.

In questo senso pensare la fabbrica che produce servizi, significa pensarsi in una progettualità, essa non è quella che si produce nell'immediatezza dell'agire, ma esiste nel pensare in funzione di un progetto teso a migliorare la qualità dello spazio di vita e di cura, del lavoro di ciascuno e della terapia.

Riferimenti bibliografici

Ancona L., "I gruppi allargati". In Lo Verso G., Federico T., *Attraverso il cerchio. Lavorare con gruppi nel servizio pubblico*. Ed Borla, Roma, 1993

Di Maria F., Lo Verso G., *Gruppi. Metodi e strumenti*. Raffaello

Cortina, Milano, 2002.

D'Angelo G., Ruvolo G., *Il gruppo come modalità di lavoro psicologico-clinico*. Edises, Napoli, 2005.

Fasolo F. *Gruppi che curano e gruppi che guariscono*. La Garangola, Padova, 2002.

Kaes et Al., (1988) *L'istituzione e le Istituzioni*. Borla, Roma, 1991.

Hinshelwood R.D., (1987) *Cosa accade nei gruppi*. Raffaello Cortina Editore, Milano, 1989.

Kreeger L. (1975) (a cura di), *Il gruppo allargato. Dinamica e terapia*. Ed Armando, Roma, 1978.

Profita G., Ruvolo G., Lo Mauro V., *Transiti psichici e culturali. Una prospettiva culturalista sulle dinamiche psicologiche dei gruppi mediani e allargati*. Edizioni libreria Cortina, Milano, 2007.

Roussillon R., "Spazi e pratiche istituzionali. Il ripostiglio e l'interstizio". In: Kaes R. et al., *L'istituzione e le istituzioni*. Ed. Borla, Roma, 1991.

Sassolas M., *Terapia delle psicosi. La funzione curante in psichiatria*. Ed. Borla, Roma, 2004.

Stolorow R.D. et al. (1994), *La prospettiva intersoggettiva*. Borla, Roma, 1996.