

Una committenza per l'intervento psicologico-clinico nel Centro Diurno di un DSM, nel rapporto tra tirocinio e professione

*Fabrizio Casuccio**

Abstract

Viene resoconto un intervento psicologico nel Centro Diurno (CD) di un Dipartimento di salute mentale (DSM). Chi scrive è in rapporto con il Dipartimento da più di tre anni. Dapprima in qualità di tirocinante-allievo SPS, più di recente con il ruolo di consulente esterno, quale referente di una cooperativa sociale. Il processo e gli sviluppi dell'intervento, che è ancora in corso, si snodano lungo un arco temporale significativo. La domanda arriva all'allora tirocinante in un particolare momento della vita organizzativa del Centro Diurno. Un vissuto di urgenza spinge a cercare qualcuno che possa avviare rapidamente un gruppo con gli utenti del Centro. Perché si pensa al tirocinante? Una risposta possibile sta nelle premesse che hanno consentito di raccogliere e analizzare la domanda, fondando una committenza nel Servizio. Il resoconto dedica quindi spazio alle contingenze che anticipano la contro-proposta dell'allievo SPS: utilizzare il gruppo per intervenire sulla relazione tra il Centro Diurno del DSM e i suoi utenti. Connessa a tali premesse c'è la cultura locale del CD, cui si fanno ipotesi ripercorrendo la storia del Servizio e delle cosiddette "strutture intermedie" (o semiresidenziali). Si arriva quindi all'esordio del gruppo "Solare", agli eventi critici che svelano la difficoltà a (incrementando il tentativo di) valorizzare un modello di sviluppo individuo-contesto entro una cultura orientata a curare. Sarà un'ulteriore committenza a permetterne un'integrazione: quella costruita con le persone che frequentano il gruppo.

Parole chiave: Centri Diurni psichiatrici, tirocinio, professione, committenza, intervento psicologico-clinico.

Organizzazione strutturale dei Dipartimenti di Salute Mentale

A distanza di sedici anni dall'entrata in vigore della legge quadro 180 (13 maggio 1978), viene approvato il DPR Progetto Obiettivo "Tutela della Salute Mentale 1994-1996" che può considerarsi un primo tentativo di sistematizzare l'applicazione della legge del '78; tuttavia, è solo con il Progetto Obiettivo 1998-2000 che si ha una risposta orientante la tipologia organizzativa che i Servizi territoriali avrebbero dovuto assumere. Il Legislatore individua nel Dipartimento di Salute Mentale (DSM) il modello organizzativo più idoneo per l'assistenza psichiatrica, in quanto articolato in una rete diversificata di servizi, in grado, perlomeno sulla carta, di rispondere a una molteplicità di bisogni dell'utenza.

Attualmente il DSM è l'organismo che programma, coordina e realizza gli interventi sulla salute mentale, attraverso la prevenzione, la diagnosi, la cura e la riabilitazione del disagio psichico della popolazione adulta di ciascuna ASL. La pianificazione di tali attività, nonché la strutturazione interna dei singoli DSM, possono variare anche in relazione ai criteri organizzativi delle diverse Regioni. Nel Lazio i Dipartimenti si dotano dei seguenti Servizi:

Centro di Salute Mentale (CSM): è una struttura territoriale ad accesso diretto per accogliere, valutare e trattare le domande di salute mentale delle persone, in età maggiore dei 18 anni, residenti nel bacino di utenza. Il CSM garantisce la continuità del percorso di cura e di assistenza degli utenti presi in carico. Il CSM effettua, attraverso interventi multidisciplinari prevalentemente strutturati in équipe, visite specialistiche, trattamenti psicoterapeutici, interventi infermieristici, interventi sociali e di rete, programmi riabilitativi, trattamenti farmacologici, interventi di ascolto e di supporto ai familiari. Le attività possono essere svolte nel presidio, a livello domiciliare e/o nel contesto di vita dell'utente. Il CSM garantisce il collegamento con gli altri Servizi di salute mentale per il percorso di cura dell'utente.

Centro Diurno (CD): è una struttura semiresidenziale territoriale che accoglie pazienti, su base volontaria, di competenza psichiatrica per i quali necessita un intervento quotidiano a integrazione del progetto terapeutico-riabilitativo più complessivo. Possono essere accolti anche pazienti inseriti nelle strutture residenziali, per svolgere specifici e personalizzati progetti terapeutico-riabilitativi. Qualora i centri diurni accolgano pazienti inviati dal DSM, i progetti terapeutico-riabilitativi debbono essere concordati con l'équipe

* Psicologo clinico, specialista in psicoterapia psicoanalitica SPS, Studio di Psicosociologia, Roma.

inviante. La finalità dell'intervento è il recupero di competenze individuali, relazionali e di livelli funzionali di autonomia da perseguire attraverso interventi integrati, individuali e di gruppo, sia all'interno del Centro diurno che all'esterno, utilizzando e sviluppando la rete sociale del territorio di riferimento onde favorire processi di inserimento e/o reinserimento personali o del gruppo. Nel Centro diurno debbono svolgersi attività mirate all'orientamento e alla preformazione professionale e/o attività che favoriscano processi comunicativi ed espressivi.

Servizio psichiatrico di diagnosi e cura (SPDC): è ubicato presso ospedali generali dove vengono attuati servizi psichiatrici volontari o obbligatori (in regime di Trattamento Sanitario Obbligatorio o TSO) in condizioni di ricovero. Svolge inoltre attività di consulenza a favore dagli altri servizi ospedalieri.

Day Hospital: è una forma di assistenza semiresidenziale in cui vengono attuati programmi terapeutici e riabilitativi a breve e medio termine programmati dal CSM. Può anche essere situato negli ospedali, raccordandosi con l'SPDC. Risponde all'esigenza di ridurre i ricorsi al ricovero ospedaliero vero e proprio, limitando i tempi di degenza.

Strutture Residenziali: svolgono parte degli interventi terapeutici e socio-riabilitativi a livello extraospedaliero, collocandosi in luoghi urbanizzati e facilmente accessibili. Si prefiggono di organizzare una rete di rapporti e opportunità emancipative. Tali strutture non costituiscono quindi una sorta di alternativa per soluzioni abitative.

Le strutture psichiatriche intermedie, dall'attuazione della 180 ad oggi

La fase ideologica

Addentriamoci ora in un approfondimento della storia delle strutture psichiatriche intermedie, quali sono i Centri Diurni. Entro una prospettiva di analisi che si sofferma sulla cosiddetta "fase ideologica" dei Servizi territoriali, Cocchi e De Isabella (1992) rilevano che inizialmente le attività dei Centri erano improntate all'accoglimento non strutturato della cronicità consolidata ed ereditata dall'Ospedale psichiatrico¹. Ciò nella convinzione, a volte semplicistica, che dentro e fuori le nuove strutture si potessero riattivare spontaneamente dei processi sociali riparatori rispetto all'esclusione e alla segregazione subite. A cavallo tra la fine degli anni Settanta e l'inizio del decennio successivo, nelle strutture semiresidenziali non si attuano particolari iniziative. Tra gli operatori prevalgono, reattivamente all'epoca dell'internamento, modelli "laschi" di trattamento. Si pensa che per ottenere un cambiamento basti mettere i pazienti nelle condizioni di esprimere tendenze relazionali già presenti nel loro mondo interno, ma precedentemente inibite dall'esperienza manicomiale. Residualmente rispetto a questa tendenza, vengono proposte attività creativo-ricreative che hanno lo scopo di offrire canali di espressione alternativi e/o introduttivi a quelli verbali. Localmente, in taluni casi, la partecipazione a queste attività (generalmente realizzate in gruppo) viene consentita anche a persone appartenenti alla comunità circostante la struttura. Si cerca di raggiungere a finalità intrinse di valori ma difficilmente traducibili in obiettivi realizzabili, come ad esempio favorire la reintegrazione degli utenti nel loro contesto di appartenenza. In questa fase ideologica quindi, gran parte delle strutture diurne agiscono una profonda diffidenza rispetto all'utilizzo di tecniche d'intervento specifiche, ritenute sia superflue che potenzialmente dannose in quanto psichiatrizzanti. La convinzione prevalente è che evitando atteggiamenti invasivi nei confronti della malattia mentale, si possa ottenere, se non la guarigione, almeno la sua decronicizzazione.

Eppure, a pochi anni dalla legge di riforma, la realtà appare ben diversa. Il fenomeno della cronicità si ripropone drammaticamente. Tale nuova cronicità differiva da quella dei lungodegenti manicomiali sul piano del coinvolgimento di più soggetti sociali (utenti, Servizi, famiglie, territorio), ma i rapporti tra le varie agenzie deputate e non deputate a trattare la malattia mentale non potevano auto-regolarsi sulla base dei valori. In questo periodo fanno la loro comparsa i cosiddetti "alti utilizzatori" dei Servizi, persone che tra l'altro vivono una condizione quotidiana di marginalità; mentre continuano a diffondersi situazioni di cronicità gestite quasi integralmente a domicilio dai familiari. D'altro canto oggi sappiamo che non è con la colpevolizzazione del contesto sociale o delle famiglie che si possono trattare problemi simili. I processi

¹ Sono gli stessi autori, Angelo Cocchi e Giorgio De Isabella, a connotare come "ideologica" la fase storica delle strutture "intermedie" che va dall'attuazione della Legge Basaglia sino alla prima metà degli anni '80 del secolo scorso. Utilizzando una partizione temporale simile a quella proposta da Cavalieri, Di Ninni & Paniccia (2006) a proposito dei DSM, individuano una successiva fase "tecnica" e una "attuale", quest'ultima all'insegna di una maggiore complessità. Mentre le categorizzazioni formali risultano sovrapponibili, ciò non può dirsi dell'analisi dei contenuti storici. I primi e i secondi autori utilizzano modelli interpretativi differenti.

rappresentazionali che sfociano nella stigmatizzazione e nell'emarginazione dei soggetti "deboli" continuano a sussistere, così come l'exasperazione e il senso d'impotenza di molte famiglie con persone malate a carico.

La fase tecnica

Intorno alla seconda metà degli anni Ottanta inizia una riflessione critica circa gli strumenti di intervento utilizzati. Sembrano troppo "deboli", rispetto alla complessità della nuova realtà clinica e sociale. Si delinea, variabilmente rispetto a tempi e luoghi del territorio italiano, un progressivo ancoraggio alle tecniche. Alcuni dei fallimenti della fase ideologica vengono attribuiti sia alla mancanza di preparazione degli operatori che alle difficoltà nello sviluppare rapporti con gli altri contesti cui gli utenti e le loro famiglie fanno riferimento. Le strutture si danno quindi l'obiettivo di dotare i pazienti di abilità che permettano loro una relativa autonomia nella vita pratica e sociale. Si riorganizzano e si allacciano relazioni con interlocutori "vecchi" e nuovi: con le famiglie, per esempio, divenute nel frattempo non unicamente critiche nei confronti dei Servizi, ma anche con le nascenti reti di cooperative sociali. Le strutture semiresidenziali cominciano inoltre ad accogliere nuove fasce di utenti, tra i quali soggetti di giovane età.

In molti centri diurni nascono così iniziative rivolte ai familiari, strutturate secondo modelli psicoeducativi o orientate a stimolare aggregazioni gruppalmente di auto-mutuo-aiuto. Questo è anche il periodo in cui aumentano le presenze degli psicologi nei Servizi e le psicoterapie cominciano ad avere le proprie scuole (Cavalieri, Di Ninni & Paniccia, 2006). Il lavoro con l'utenza è ora improntato alla tecnicità, con interventi terapeutici e riabilitativi sempre più sofisticati (training nelle abilità sociali, psicoterapie di gruppo, ecc.). Parallelamente si intensificano i contatti con le organizzazioni pubbliche e del privato sociale disponibili a collaborare nella costruzione di percorsi di reintegrazione dei pazienti. Questi cambiamenti richiedono l'introduzione di programmi individualizzati e negoziati; tuttavia il nuovo assetto delle strutture semiresidenziali propende sia per una ortodossa caratterizzazione psicoterapeutica² delle attività interne che per una gestione problematica del coordinamento con le agenzie esterne. Tutto ciò a detrimento della domanda degli utenti, incistati in una posizione di dipendenza profana rispetto al tecnico forte.

Dagli anni Novanta ad oggi: risorse scarse e intermediazione

Agli inizi degli anni Novanta le strutture intermedie sono ormai presenti su gran parte del territorio nazionale. Sono, in alcuni casi, in grado di focalizzare gli aspetti critici del loro funzionamento, sulla base di anni di sperimentazioni e tecniche terapeutiche più o meno efficaci. Temi come la valutazione degli esiti del trattamento, la selezione degli utenti, le dimissioni vengono affrontati all'interno di molte strutture, nonché dibattuti nel corso delle visite che i centri si scambiano, alla ricerca di soluzioni valide. Cresce la necessità di creare uno spazio istituito di confronto sulle problematiche emerse nel corso dei numerosi anni di lavoro nelle strutture semiresidenziali, e questa nuova tendenza porta alla realizzazione, nel 1991 a Rho (Milano), di un Convegno nazionale sui Centri Diurni (Cocchi & De Isabella, 1993).

Il processo di medicalizzazione, tuttavia, accelera in concomitanza con l'affidare al contesto sanitario il mandato sociale sulla malattia mentale. Aumentano gli interventi "ortopedici", nella fantasia agita di innescare processi di riacquisizione di capacità e autonomie. L'attenzione alla gravità dei casi individuali erode lo sviluppo di una funzione psicoterapeutica orientata a riflettere sulle relazioni nel contesto; mentre le attività centrate sull'incremento dei comportamenti socialmente competenti e sulle terapie espressive (arte, danza, musica e teatro) attecchiscono definitivamente.

A partire da quegli anni, sino ad arrivare all'attualità, il quadro istituzionale sanitario nel quale si trovano ad operare i Servizi si è complessificato. Si pensi all'aziendalizzazione delle strutture sanitarie che ha comportato l'ingresso di nuovi elementi gestionali. Oggi a queste strutture si richiede, in un quadro generale di profonda crisi, oculatezza economica e perciò dimestichezza con dimensioni precedentemente ignorate, quali accreditamenti, costi, budgeting, ecc. Il blocco del turn-over del personale da un lato alimenta vissuti di depauperamento, dall'altro impone di fare di necessità virtù. Ciò significa una maggiore capacità di progettare, pianificare e verificare interventi che si giovino della partecipazione di risorse esterne, quali le

² Contrariamente a quanto si pensi il rapporto tra psicoterapia (di gruppo) e strutture intermedie ha avuto una caratterizzazione forte proprio negli anni Ottanta del secolo scorso, anche in ragione a quanto si scriveva circa l'introduzione di psicologi nei servizi e la nascita delle scuole di psicoterapia. In quegli anni compaiono inoltre i primi contributi teorici sugli aspetti psicoterapeutico-riabilitativi delle attività nelle strutture intermedie (Asioli, 1988; Ballerini & Pazzagli, 1986) e, stimolati dall'appena costituita Società Italiana di Riabilitazione Psicosociale, cominciano ad essere prodotti numerosi testi sui diversi contesti di applicazione delle tecniche riabilitative.

organizzazioni del privato sociale. La sfida è costruire iniziative utili e integrate, senza affidarsi sostitutivamente a funzioni tecniche che appaltino i Centri Diurni, ignorando la domanda di coloro che li frequentano.

Alla fine di questa pur breve disamina storica, è condivisibile solo in parte l'opinione di Cocchi e De Isabella (1996), secondo i quali le strutture intermedie hanno costituito, in primis, uno spazio mentale e fisico ove la psichiatria ha accettato di scendere a compromessi con la malattia. Rinunciando a dominarla e sforzandosi di entrare in risonanza con essa, la psichiatria avrebbe quindi rifiutato di interpretare in termini totalizzanti il mandato, assistenziale e di controllo, che la società le conferiva. Ma tale rifiuto ha prodotto, lo abbiamo visto, posizioni autarchiche e reattive prima, tecnici e frammentate poi. Oggi v'è ancora poca traccia di alternative valide a una terapeuticità spesso imposta e poco convenuta con chi ne fruisce.

Il Centro Diurno del DSM di Anzio

Il Centro Diurno di Anzio ha una storia peculiare. Solo a partire dalla prima metà degli anni 90 trova una collocazione nel cluster dipartimentale. In precedenza la sede del CD era dislocata altrove, lontano dagli altri Servizi psichiatrici locali. L'apertura coincide con un avvicendamento al vertice del DSM: è la stessa nuova responsabile a organizzare l'équipe e le attività del Centro, che ora ha anche un nome: "Il Faro". La *mission* è orientata a promuovere processi di socializzazione e di incremento delle "capacità residue" degli utenti. Parole come "educare", "partecipare", "coinvolgere", istituiscono le linee guida di un dattiloscritto improntato alla dimensione assistenziale e che a tutt'oggi è affisso nella bacheca sita all'ingresso de "Il Faro". Questo documento, datato 1993, è la memoria storica di una cultura ancora attuale. Il valore onfalocentrico del prendersi cura emerge anche in un breve, interessante resoconto dello stesso periodo, scritto ancora dalla responsabile del DSM e da una seconda psichiatra dell'équipe del Centro. Vi si accenna ai vissuti di quei primi operatori, tra i quali alcuni psicologi incardinati e volontari. La sensazione di essere gli iniziatori di una fase sperimentale è connotata da smarrimento e curiosità. I primi utenti, si scrive, arrivano "quasi per caso". Non c'è nessuno di quelli che afferivano alla vecchia struttura. Troppa la distanza, anche sul piano simbolico. La cesura con il passato manicomiale è infatti netta, gli utenti attuali sono per la maggior parte persone giovani. In seguito i criteri di accesso e frequentazione si omogeneizzano sulla diagnosi, la cui prevalenza è "psicosi schizofrenica cronica".

La nuova ubicazione del Centro Diurno arriva nel periodo in cui le terapie espressive stanno prendendo piede nelle strutture intermedie, anche sulla spinta dei dibattiti e dei confronti che si sviluppano nell'ambito dei convegni. Ne vengono organizzati numerosi, a partire dalla nascita dei coordinamenti (nazionale e regionali), sorti a valle dell'esperienza di Rho (si veda il paragrafo precedente). Il fermento è tradotto sul piano normativo dai due Progetti Obiettivo che si susseguono, relativi alla tutela della salute mentale e all'organizzazione dipartimentale. Faccio l'ipotesi che questi eventi abbiano avuto un'influenza diversa nell'ambito di un Centro Diurno che, sino ad allora, non poteva contare sull'apprendere da esperienze proprie. Discontinuo nella storia e nei luoghi, privo di quelle tracce su cui tornare per orientare nuovamente interventi e obiettivi, il contesto ha fatto maggiormente appello all'esigenza di conformarsi alle norme, ai valori, alle prassi già stabilite.

"Il Faro" è stato spesso configurato, in passato, a immagine e somiglianza dei responsabili che se ne sono occupati. Alle soglie del nuovo millennio subentra un'altra psichiatra responsabile del CD: la dottoressa P. La continuità con l'équipe precedente è garantita solo dalla presenza di quattro infermieri "storici", tre dei quali continuano attualmente a suddividere il proprio lavoro tra CSM e Centro Diurno. Mi è spesso capitato di raccogliere ricordi e testimonianze, anche a proposito del periodo in esame. La Dottoressa P., mi dicono gli infermieri, è una professionista carismatica, competente ed umana. Durante gli otto anni del suo incarico ha dato un'organizzazione specifica al Centro, promuovendo la sistematicità e la regolazione di attività precedentemente episodiche, grazie anche al contributo di operatori afferenti alle cooperative sociali. Esperta di musico-terapia, promotrice e conduttrice di gruppi "esperienziali", P. ha corroborato l'interpretazione del mandato alla semiresidenzialità in termini riabilitativi. L'attuale propensione "ortopedica" degli interventi sull'utenza del CD, ha quindi radici consolidate, a discapito dell'investimento sui progetti di orientamento, formazione, re-inserimento professionale.

Umanizzazione della cura e affetto verso l'utenza sono tratti distintivi del "periodo P." Sembrano, tuttavia, anche modalità reattive. Reattive a una psichiatria che, negli altri Servizi dipartimentali, è stata interpretata come sin troppo ortodossa. E' opinione di alcuni operatori che in quel periodo ci si sia contrapposti

(ideologicamente) al ruolo di una psichiatria ridotta alla semplice dispensazione farmacologica. Non è un caso che la dott.ssa P. abbia operato in un clima di disinteresse da parte del resto del Dipartimento, reciprocando un sostanziale ignoramento. E' come se nel Centro Diurno si fossero sovrapposte, in un momento postumo rispetto alla storia delle strutture intermedie, sia una fase ideologica che una fase "tecnica". Questi assetti culturali non sono stati così chiaramente districabili come altrove; localmente hanno assunto peculiarità, continuando a coesistere senza che l'uno sia risultato più significativo dell'altro. Lo si è già rilevato: diversamente dai Centri nati all'inizio degli anni Ottanta, nell'ambito de "Il Faro" gli aspetti tecnici della cura sono stati prelevati dalla concomitante cornice normativa. Non sorprende quindi la totale mancanza di interventi psicoterapeutici di gruppo nel corso del tempo. Le modificazioni del mandato non hanno contemplato, esplicitamente, *setting* psicoterapici nell'ambito delle strutture semiresidenziali. D'altro canto ad oggi sono numerose le azioni terapeutiche che si sono servite del gruppo. Sia nel contesto del Centro che al CSM, dove i gruppi continuano a proliferare anche grazie all'arrivo di professionisti con una formazione gruppo-analitica.

L'attualità del CD è connotata dall'avvento di una psichiatra responsabile che, diversamente da chi l'ha preceduta, sta lavorando entro un'ottica di maggiore integrazione con il CSM. Oggi il Centro Diurno non sembra più scisso in "qualcosa d'altro", non vuole porsi quale struttura "intermedia" tra il riduzionismo organicista della cura psichiatrica e l'assistenzialismo senza teorie della tecnica. Oggi "Il Faro", prendendo spunto dalle parole di Reverzy (1981), sta gradualmente diventando un interessante laboratorio di "contrattualità". Cosa vuol dire "contrattualità"? Nell'ottica di Reverzy le strutture intermedie costituiscono delle piccole aggregazioni comunitarie contigue alla vita sociale e capaci di assumere una "funzione di intermediazione" nelle situazioni di rottura con la convivenza, sia che derivino dalla permanenza in un'istituzione, sia da uno sradicamento originario, da una invalidazione psichica o da una situazione di miseria e solitudine.

Ma la funzione di intermediazione non può concernere solo il rapporto tra il dentro e il fuori, mettendo a massa una riflessione critica sulle prassi di intervento utilizzate dentro i Dipartimenti. Per quella che è la mia esperienza, di allievo SPS prima e di professionista poi, nel Centro Diurno con cui collaboro si stanno riconoscendo i pazienti, c'è un interesse per i modi con i quali i pazienti vivono le relazioni con il Servizio e con il contesto socio-economico. La funzione di intermediazione di cui parla Reverzy, istituendo *setting ad hoc*, può occuparsi della variabilità nelle relazioni tra utenti, operatori e agenzie esterne. Si tratta, in altri termini, di una funzione psicologica capace di criticare trattamenti predefiniti; e che, a partire dalla domanda degli utenti, è in grado di organizzare progetti di intervento nei quali anche i ruoli e le funzioni degli operatori possono essere ripensati. È questo il contributo che, con il supporto della scuola di specializzazione, sto continuando ad apportare.

Ma è arrivato il momento di capire come è stato possibile costruire una committenza a intervenire nel contesto del Centro Diurno "Il Faro".

La costruzione di una committenza a intervenire clinicamente attraverso il gruppo.

Le premesse alla domanda

Quando mi arriva la domanda di "fare un gruppo" con i pazienti del Centro Diurno "Il Faro", sono già trascorsi due anni dall'inizio del tirocinio presso il CSM del Dipartimento di Anzio. E' la psichiatra responsabile de "Il Faro", dott.ssa B., a formularmi la richiesta di attivare e condurre il gruppo nel contesto del CD³. La motivazione concerne un adempimento: viste le difficoltà nello stanziare in breve finanziamenti per le cooperative sociali che si occupano delle attività con gli utenti del Centro Diurno, il gruppo consentirebbe di "riempire il tempo". D'altro canto è comprensibile: sospendere del tutto le azioni terapeutiche equivarrebbe a disinvestire, innescando nei pazienti vissuti di perdita e abbandono.

Meno scontata è la questione del perché B. si rivolga a me, convocandomi a valutare con lei questa ipotesi di implicazione. La formulazione di questa domanda si pone a valle di un continuum punteggiato di eventi organizzativi importanti, ossia tutte quelle premesse sostanziate dalla progressiva considerazione della funzione tirocinante quale risorsa per il contesto. L'analisi di alcune di tali premesse ci aiuta a comprendere perché sia stato possibile chiedere e perché non si sia agita, da parte mia, una risposta adesiva. Ci

³ Alcuni periodi di questo e del successivo paragrafo, sono ripresi dal contributo personale a un resoconto scritto con altri colleghi, già pubblicato dai *Quaderni della Rivista di psicologia clinica*, n° 1-2013, pagine 31-54.

addentriamo, in altri termini, nel tentativo di comprendere cosa significhi costruire una committenza a intervenire clinicamente.

Quando ci incontriamo per discutere del nuovo gruppo al Centro Diurno, la dott.ssa B. sa di una mia concomitante esperienza gruppo-analitica. Ne sono coinvolto in affiancamento al tutor, in qualità di “osservatore partecipante”, nell’ambito del CSM; inoltre con B. ci conosciamo perché la psichiatra fa anche parte dell’*équipe* che opera nello stesso Centro di Salute Mentale.

Il gruppo di psicoterapia del CSM nasce nel febbraio del 2010 ed esiste a tutt’oggi. Tale *setting* di lavoro viene proposto e condotto da S., dirigente psicologo e tutor del mio tirocinio. S., concertandone l’attivazione con l’*équipe*, programma questa peculiare tecnica di intervento forte di un’esperienza ultra-decennale, maturata in passato all’interno del Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura di un ospedale.

Inizialmente la composizione del gruppo si fonda prevalentemente sulla partecipazione degli utenti del Centro Diurno. In seguito un graduale ricambio includerà persone afferenti al CSM.

Nel corso del tempo la mia funzione in questo gruppo evolve: da un’osservazione silente a un coinvolgimento che si sviluppa di pari passo all’elaborazione del rapporto con il conduttore e, più in generale, con il Servizio.

Comincio a utilizzare gli incontri di *de-briefing* che seguono le sedute in modo diverso, per esempio proponendo nessi tra le dinamiche emozionali del gruppo e il contesto istituzionale. Gradualmente, con il contributo di altri tirocinanti di formazione psicoanalitica, il focus delle discussioni si emancipa dalla mera previsione dei miglioramenti individuali su base diagnostica. L’esito più o meno atteso della cura psicoterapica lascia spazio a riflessioni sul processo di lavoro e sulla possibilità di verificarne l’efficacia. Ci si chiede, in altri termini, cosa si stia facendo, entro quale livello di integrazione con la vita organizzativa del Dipartimento.

Elaboro e categorizzo gli eventi del gruppo e del tirocinio attraverso numerosi resoconti. Li condivido con i colleghi e i docenti della scuola SPS, dove ricevo riscontri e dove si moltiplicano le occasioni di confronto, anche seminariali, sulla cultura del lavoro in Italia. La posizione emozionale di alcuni di noi allievi cambia: forse tra le pieghe di una crisi economica devastante si può iniziare a vedere l’opportunità di affinare strumenti. Uno di essi è la competenza a “divergere creativamente”. Il lavoro non si trova, non è “dato”; eppure lo si può immaginare, pensare, progettare là dove individuiamo uno iato. È lo spazio vuoto, reinterpretando Vygotskij, tra un livello di sviluppo attuale e un livello di sviluppo potenziale nei contesti relazionali. Nella fattispecie, cogliere ulteriori potenzialità produttive nel Dipartimento di salute mentale di Anzio ha comportato, anzitutto, l’utilizzo di una prima dimensione strategica: l’implicazione.

Implicarsi vuol dire “starci”, spendere tempo, faticare, dislocarsi dalla fantasia di un ruolo passivo, dall’esserci solo per imparare o per adempiere. Implicarsi significa andare e tornare, sporcarsi le mani e riflettere, essere dentro ed essere fuori, emozionarsi e pensare sulle emozioni. Proprie e altrui.

Non è la prima volta che B. ed io parliamo di lavoro. Ci siamo incontrati spesso, fuori da quelle stanze che a volte, restando chiuse, impediscono di “respirare” che aria tiri, cosa si muova, cosa succeda di inatteso in una giornata di lavoro al CSM.

Se ti implichi, se esci dagli adempimenti e dalle stanze dei colloqui prescritti, cominci a usare qualche modello per dare senso a quegli eventi nuovi e inattesi. Ripenso al caso della giovane che continua a venire al CSM, pur essendo già stata certificata con un lieve ritardo mentale. “Non riesco a capire cosa voglia ancora da noi”, mi dirà la stessa dott.ssa B. in quell’occasione. Qui si intravede il fallimento di quell’assetto medicalizzante della cura che impedisce di trattare la variabilità. La confusione della giovane che torna e, specularmente, del Servizio, può essere esplorata se si sospende l’*agito* tecnico che nega o anticipa la domanda di un’utenza che sta cambiando. La donna che torna scopre con me, previo l’assenso di B., che non ne vuole più sapere. Di cosa? Dei test e della presunta irreversibilità del ritardo mentale. Scopre invece di volersi emancipare dalla dipendenza economica dal padre, andando a lavorare. Dopo un breve percorso consulenziale non tornerà più.

Prima del “le andrebbe di condurre un gruppo al Centro Diurno” ci sono quindi alcune cose importanti: il tempo speso al Dipartimento, un tempo consistente e prolungato; la motivazione a capire e a supportare le azioni consuete del Servizio; la costruzione di senso rispetto agli eventi critici; l’incremento dell’utilizzo dei modelli psicologico-clinici, sia nel resocontare alla Scuola che nel ri-tradurli operativamente per pensare con gli incardinati e gli utenti.

Lo abbiamo appena visto, prima della domanda a organizzare e a condurre un gruppo al CD, rivoltami dalla responsabile de "Il Faro", c'è la storia di un rapporto tra SPS, il Dipartimento di Anzio e un allievo della Scuola SPS. Ma c'è anche la storia, la cultura di un contesto che ha molto valorizzato, negli anni, l'utilizzo dei gruppi. Esperienziali, di auto-mutuo aiuto, di scrittura creativa e giornalistica, elettivamente strutturati nell'ambito del Centro Diurno; mentre la fondazione dei gruppi di psicoterapia è rimasta una questione interna al CSM.

Da un lato, quindi, una tradizione stabile cui far riferimento; dall'altro il rischio di dare un assenso immediato alla domanda, svincolandosi da una dimensione progettuale. Senza un pensiero condiviso sul processo da attivare nel contesto, infatti, senza obiettivi, "fare un gruppo" si svuota di senso.

L'incontro con B. è perlopiù "sintomatico" di un momento particolare. Parte del Servizio è a conoscenza del tentativo, concordato con il mio tutor, di inquadrare il gruppo di psicoterapia già attivo al CSM entro la cornice di un intervento a medio termine, finanziabile dalla ASL di riferimento. Il progetto che scriviamo in proposito, con il dottor S., circola, incrementando i confronti sul piano clinico e metodologico. Operativamente non risulterà possibile accedere a un finanziamento, tuttavia la sensazione è che si sia innescato qualcosa. L'ipotesi di un accesso retributivo degli specializzandi, quali collaboratori esterni al Dipartimento, è solo l'aspetto tangenziale di un fermento nuovo, che contempla ipotesi di riassetto organizzativi che riconoscano la scarsità delle risorse. Reali e simboliche. Sono tempi duri ma forse anche per questo, prima di agire, si ragiona per incrementare strategie utili.

È da dentro lo scenario appena tracciato che formulo una contro-proposta alla responsabile de "Il Faro". Si tratterebbe di stilare un progetto ad hoc, ove la costruzione di un setting gruppale non costituisca in sé un obiettivo ma funzioni da strumento per un intervento clinico. Sulla scia di ulteriori riflessioni con la Scuola SPS, avanzo l'ipotesi di esplorare la relazione tra pazienti e Centro Diurno. Non solo per comprendere come tale rapporto favorisca od ostacoli un percorso evolutivo, ma anche per supportarlo. Propongo a B. una questione sulla quale, nel Servizio, più di qualcuno sta iniziando a interrogarsi, anche grazie alle discussioni post-gruppo di psicoterapia con il dirigente tutor: è possibile uno sviluppo per gli utenti del Centro Diurno entro un modello diverso dalla cura? Il nuovo gruppo che istituiremmo, consentirebbe di pensare le emozioni che fondano le modalità relazionali di queste persone. Una funzione in controtendenza rispetto alle azioni consuete nella vita del Centro. Centro storicamente avulso dall'eventualità di analizzare clinicamente i vissuti, per elaborarli. Potrebbe emergere una nuova domanda, si potrebbe agevolare la connessione tra prassi e desideri, fare ipotesi su una quotidianità "altra" rispetto al CD: ad esempio la famiglia, il lavoro. Forse si potrebbero tradurre le esperienze del Centro in opportunità di lavoro. Ciò recuperando quali utili limiti le diversità e le risorse dei partecipanti.

La dott.ssa B. si mostra interessata e accetta. Si istituisce un primo livello di committenza. Mi chiede di scrivere il progetto e di rivederci per consegnarlo a lei e, in seguito, al direttore del CSM. Un secondo livello di committenza riguarda quindi la diramazione del progetto, non solo sul piano gerarchico bensì pensando di dividerlo con tutta l'équipe. I riscontri sono buoni, c'è inoltre l'assenso del mio tutor, S., con il quale concordiamo una supervisione in itinere da parte sua. Un livello intermedio di committenza si declina attraverso la costituzione dello staff. Oltre al conduttore del gruppo si pensa, con B., di implicare infermieri e infermiere professionali⁴. Questi ultimi nel corso degli anni hanno già partecipato ad altri gruppi esperienziali e di psicoterapia. Ciò sostanzialmente per due motivi: conoscono bene gli utenti storici, coloro che frequentano assiduamente "Il Faro"; la presenza degli infermieri reifica un'esigenza di integrazione delle differenti attività del Servizio. Non sempre questa partecipazione è stata vissuta utilmente, perché tra conduttori e osservatori vige l'accordo, più o meno implicito, che fossero solo i primi a parlare. Disattendere tale accordo ha comportato a volte reazioni conflittuali. D'altro canto perpetrarlo ha alimentato sentimenti di noia e scarsa considerazione in chi "si riduceva" al silenzio o si sentiva come un paziente. In ogni caso molti infermieri hanno finito per estromettersi, soprattutto dai gruppi di psicoterapia.

Uno sviluppo interessante potrebbe quindi essere quello di chiedere a questi operatori non solo di osservare, di farsi garanti della continuità delle azioni del Servizio, ma anche di esprimersi, per poter riflettere insieme sulla cultura locale del contesto.

⁴ Un sentito ringraziamento per il prezioso lavoro al Centro Diurno, in affiancamento a chi scrive, va alle infermiere professionali Dorella Frascà, Simona Giulianelli e Annie Senzetier.

Una mia ulteriore proposta di coinvolgimento riguarda una psicologa⁵, tirocinante post-lauream, presente nel Servizio. Ci siamo conosciuti partecipando al gruppo di psicoterapia del CSM, condotto dal dottor S. L'intento è di resocontare entrambi, per monitorare il processo del lavoro di gruppo.

Il setting di gruppo prevede sedute settimanali di un'ora e mezza, con la partecipazione di pazienti che frequentano il Centro o che si apprestano a entrarci. Al momento dell'avvio si compone di circa otto, dieci persone, con diagnosi relative a patologie dell'area psicotica (schizofrenia, disturbo schizoaffettivo, bipolare, ecc.) e a disturbi della personalità (disturbo paranoide, schizoide, narcisistico, borderline, ecc.). In accordo con la psichiatra committente si sceglie di conferire al gruppo una strutturazione semi-aperta, con la possibilità di avvicendamento delle persone coinvolte. Il progetto prevede verifiche in itinere. Non sussistendo un esito terminale predefinito, ma un obiettivo metodologico di fare manutenzione del rapporto pazienti/servizio, ci si affida al resoconto clinico per dare senso all'esperienza e per condividere, in riunioni di équipe, lo stato dell'arte.

L'avvio del gruppo al Centro Diurno: alcune ipotesi sulla cultura locale

Mercoledì 29 febbraio 2012 prende avvio il gruppo del Centro Diurno. Comincio chiedendo ai partecipanti di presentarsi, associando ciò che viene alla mente rispetto al rapporto con il Centro. Ad esempio: da quanto tempo lo si frequenta e che tipo di problemi si prospettano. L'impronta di questa prima fase istituyente è esplorativa. Il gruppo risponde con curiosità. Si susseguono interventi di grande interesse, ove la propensione a parlare è direttamente proporzionale alla significatività di due variabili: le esperienze che alcune di queste persone hanno fatto in altri contesti gruppali e soprattutto il tempo, in certi casi ben oltre il lustro, che molti continuano a spendere nella relazione con il Centro.

Tra i più giovani, nell'evocare problemi, ricorre la parola "lavoro", dimensione sospesa emozionalmente tra il lutto di una perdita ascritta alla propria malattia mentale e il desiderio di tornare a investire su risorse produttive. Ma al momento si tratta di un fragile sussulto onirico se confrontato alla durezza di una realtà esterna vissuta come escludente. E' pur vero che al CD alcune attività riguardano l'area della formazione al lavoro, ma quanto tali proposte tengono in considerazione le domande, le differenze individuali, le competenze e le aspirazioni dei singoli?

Poco a quanto pare, perché seppur a volte interessanti le proposte si organizzano su offerte standardizzate, appiattendolo ognuno dei partecipanti sulla debolezza di un ruolo discente. Ci si aspetta che tutti siano uguali e che si aderisca adempitivamente. Chi si rifiuta deve comunque pescare qualcosa di "convincente", pena l'ulteriore esclusione e il rimando all'ennesima categoria diagnostica a giustificazione dell'apatia.

Emerge la sensazione che talvolta gli utenti rimangano schiacciati da un potere che li infantilizza. I prodotti dei lavori di artigianato, cucito, decoupage, giacciono confinati tra le mura de "Il Faro" o al limite sono esposti, dagli operatori delle cooperative, per vendite saltuarie. Sembra mancare una riflessione sulle ipotesi d'uso delle competenze apprese, spendibili altrove quali opportunità di sviluppare un mestiere e perché no, una professione.

E' evidente che non tutti possono avere accesso a quelle risorse simboliche in grado di interfacciarsi con il tentativo di conferire cambiamenti concreti alla propria esistenza, di ricevere riscontri dalla realtà circostante, eppure rimanendo nella logica che nullifica differenze si ingenera un circolo vizioso che mortificando tutte le risorse finisce per rendere un muro invalicabile qualunque ipotesi di vita lavorativa, potenzialmente configurabile al di là del Centro.

Non è quindi ascrivibile al caso che due ulteriori aspetti di questa cultura locale si condensino attorno alle parole "famiglia", "rifugio", "protezione" da un lato; "pericolo", "minaccia", "cattiveria" dall'altro. In altri termini si ingenera una scissione tra un dentro percepito quale famiglia alternativa o contigua alla propria, con un vissuto di appartenenza rassicurante e consolatorio, e un contesto sociale esterno persecutorio, sempre propenso a puntare il dito, a denigrare la diversità entro la quale ci si riconosce. Il rischio, limitandosi a colpevolizzare la cattiveria del mondo esterno, è proprio quello di proteggere separando, tenendo a distanza persone che gradualmente sentono di esistere, da malati, solo nei contesti deputati a trattarli in questa ottica. La posizione dentro/buono *versus* fuori/cattivo, ovvero l'incistamento in una coesione difensiva, costituirà un'area di elaborazione rispetto all'isolamento rabbioso e impaurito che a tutt'oggi è ancora in corso.

⁵ Si tratta della dott.ssa Chiara Panattoni, attuale allieva SPS.

Catia è una giovane donna che frequenta “Il Faro” da circa quattro anni. Proviene da un oscillante itinerario che va dall’assistenza del CSM al ricovero in SPDC e viceversa.

In gruppo racconta della propria vergogna, emozione che prova ogni volta che si imbatte in alcuni conoscenti che la incrociano sulla strada che percorre per arrivare al Dipartimento di Salute Mentale: al Centro Diurno o allo stesso CSM, visto che continua a monitorare con la psichiatra l’assunzione di psicofarmaci. Quando le chiedono dove stia andando, Catia ha un sobbalzo, la tentazione di glissare, per poi ammettere con rabbia la propria scomoda verità.

Per Catia dire che si sta recando a una struttura del Dipartimento, equivale a definirsi una malata di mente. E’ la sua relazione con i servizi a conferirle quella stringente identità. Perché? Siamo così sicuri che un simile vissuto sia univocamente connesso a una ideazione paranoide? Oppure quel modo di simbolizzare se stessa, tra l’altro dentro una piena consapevolezza dei propri problemi, è anche ascrivibile al modo con cui viene trattata dai Servizi cui afferisce?

Dando a Catia la possibilità di parlare della propria storia si inizia a guardare al problema sotto un’altra ottica.

Racconta della sua relazione d’amore con un coetaneo, conclusa traumaticamente tempo fa. La giovane donna, su suggerimento della madre, tiene nascosta al compagno di allora l’assunzione di psicofarmaci, necessari a stabilizzare il suo umore e ad alleviare gli stati depressivi. Dopo un paio d’anni la segretezza decade. A suo dire Catia viene sbugiardata da un’altra madre, quella del ragazzo con cui stava, la quale apprende della frequentazione del Centro di Salute Mentale, da parte della giovane, tramite i pettegolezzi di conoscenze comuni. A quel punto Catia ammette, aggiungendo che prende dei farmaci per il suo disturbo bipolare. Il compagno di Catia, sentendosi tradito e adeguandosi (come la stessa Catia, del resto) al diktat materno, chiude il rapporto.

Catia crolla e viene ricoverata dopo una lunga serie di fughe senza meta e tentativi di suicidio.

La donna si rende conto solo mentre rielabora questa esperienza quale sia il nesso tra il segreto di allora e l’attuale esibizionismo reattivo con il quale spiattella a chiunque del proprio rapporto con il Dipartimento. Due facce della stessa medaglia, ove tra assoggettamento e ribellione continuano fantasmaticamente a sussistere relazioni oggettuali fondate sul potere dell’uno sull’altro. Quel che aggiunge dopo è invece tragicomico, perché la donna dice che il suo ex compagno avrebbe “il complesso edipico”! Così le “hanno riferito al CSM”. Se da un lato l’affermazione fa sorridere, dall’altro è inquietante come un modello psicoanalitico che permette di leggere configurazioni di rapporto, trasversalmente applicabile a chiunque, venga racchiuso e svilto entro un’affezione, una sorta di infermità. L’ingenua interpretazione di Catia è figlia del suo lungo insediamento nei Servizi di salute mentale, è una distorsione intrisa di quella cultura psichiatrica riduzionista, dove tutto o quasi viene ricondotto a una patologia. Non è anche questo un modo incompetente di agire un potere?

Con l’ausilio dei partecipanti al gruppo, diamo una lettura complessa di quanto riportato da Catia. Ciò che abbiamo ascoltato non è solo ascrivibile al mondo interno della donna. C’è un contesto sociale, ci sono delle famiglie, c’è una rappresentazione locale della malattia mentale quale marchio che spaventa. E c’è una cultura dei Servizi che semplifica il senso di questi problemi, perché come nella famiglia d’origine di Catia la malattia psichiatrica viene ossessivamente controllata, in qualche modo sottratta all’alterità, a un contesto relazionale, discorsivo e storico. Quanto riportato da Catia fa riflettere sul cambiamento di quell’assetto colpevolizzante che dopo la Legge 180 la psichiatria scaricava sulle famiglie, costrette a riprendersi i malati, pena la rievocazione delle violenze manicomiali (Carli & Paniccia, 2011). Oggi con le famiglie si può interloquire su un piano diverso, tuttavia tramite comunicazioni diagnostiche rispetto alle quali non si hanno criteri di comprensione, si finisce per informare. Senza, cioè, condividere ipotesi sul senso degli eventi relazionali che ruotano attorno alla malattia e al trattamento.

Tornando alla sottrazione di alterità di cui si scriveva poco più su, nessuno dei partecipanti al gruppo è mai stato introdotto ad una prospettiva storica sull’argomento malattia mentale. Nessuno di loro sa che nell’antica Grecia la follia si circondava di un alone di sacralità, perché le manifestazioni irrazionali venivano interpretate come rottura del modo di pensare ordinario. Così come nessuno di loro ha mai riflettuto sul rapporto tra i cambiamenti storici, politici, sociali e le classificazioni psichiatriche ad oggi decadute, quali ad esempio la ninfomania e l’omosessualità, quest’ultima rimossa dal Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders soltanto nel 1973. Ne discutiamo insieme.

Mettere in discussione parte di quella cultura volta al protezionismo, nei riguardi di utenti appiattiti su una dimensione di *minus*, richiede l'utilizzo di una funzione psicologica trasversale. Il che significa anche coinvolgere il gruppo del Centro nella (ri)costruzione del Servizio, parallelamente al confronto, in équipe, sui modelli che orientano le diverse prassi nel contesto.

Non basta istituire un progetto e considerare come "data" una committenza solo perché contrattata ab initio, per poi limitarsi a informare sull'andamento. C'è stato un momento, dopo alcuni mesi dall'inizio dell'intervento tramite il gruppo, in cui si è avverata una scissione. Quella tra un modello a prevalenza diagnostico-medica (Servizio) e un modello che analizza problemi di convivenza (gruppo del Centro Diurno). Il primo come sfondo, il secondo come figura disarmonica, se vogliamo usare una metafora gestaltica.

Alcuni eventi critici sono serviti a ri-orientarsi. Vediamoli.

Sabrina ha 48 anni, frequenta il CD solo da qualche settimana. È stata invitata a partecipare al gruppo da B., la psichiatra con cui ne ho convenuto l'istituzione. Il coinvolgimento di Sabrina non viene fondato su delle premesse condivise con chi conduce. Si tratta di una prima criticità da tenere in considerazione. La donna rappresenta un elemento di forte discontinuità rispetto alla "similarità assunta" degli utenti che si conoscono da molto. Agisce continue provocazioni ma ciò non pare ascrivibile, sic et simpliciter, al versante ipomaniacale del suo disturbo bipolare. Tra le associazioni di Sabrina compaiono riferimenti al potere psichiatrico cui si sente soggiogata. Coerentemente con l'attesa di essere rimessa a posto, la donna parla frequentemente di sesso, laddove rimettere insieme malattia mentale e sessualità equivale a sbattere contro un tabù invalicabile.

Seduta dopo seduta inizia a rendersi conto che il gruppo le consente di esprimersi e il contenimento cui va incontro non concerne una censura, ma la possibilità di rivestire di pensiero le emozioni che agisce. Ciò la manda in confusione, perché l'intelligenza di Sabrina le fa intuire la differenza tra i vissuti nel gruppo del Centro Diurno e quelli che prova in rapporto ad altri setting (la maggior parte dei quali presieduti dalla dott.ssa B.).

La donna ci riferisce che attualmente si sente "attratta sia da relazioni etero che omosessuali". Propongo al gruppo una lettura simbolica e "traslata" di quanto detto, proprio a partire dal sentirsi o meno entro i binari del conformismo. E' come se Sabrina ci stesse dicendo che nell'ambito del Dipartimento di Salute Mentale, a seconda delle situazioni, lei avverta ortodossia o trasgressione, finendo per non capire come porsi. Al CSM sembra concedersi un'identità da paziente passiva e obbediente; nel gruppo de "Il Faro" si disfa delle norme per assumere un ruolo da provocatrice.

Ne scaturisce un dibattito concitato: su diversità, sessualità e perturbante. Si polarizzano posizioni ideologiche che alcuni riescono a mettere in discussione; altri no. C'è tuttavia un clima di rispetto per le opinioni di ognuno. La sola Catia appare turbata. Proviene da una famiglia ove la sua sessualità è stata continuo oggetto di controllo e repressione.

Passa una settimana: la seduta successiva si apre con l'arrabbiatura di Sabrina. Ce l'ha con me, con alcuni dei partecipanti, con il Servizio in generale. Dice di essere stata redarguita dalla dott.ssa B., a seguito delle rimostranze di qualcuno che si è rivolto alla stessa psichiatra per lamentarne l'atteggiamento "aggressivo" e i rimandi sessuali. Ancora un evento critico, quindi, a svelamento di due problemi strettamente connessi: la discontinuità del coordinamento con la committente psichiatra e con il CSM; la forbice più ampia tra l'intervenire per correggere deficit o per promuovere sviluppo.

In seduta elaboriamo l'accaduto, evitando pettegolezzi, cacce alle streghe e alle spie⁶. Lo stesso giorno chiedo alla dott.ssa B. un colloquio. Faccio un punto della situazione, avendo in mente di arrivare a condividere delle ipotesi su quanto accaduto. Mi anticipa facendo riferimento alla propria preoccupazione per la maniacalità di Sabrina, entro un quadro clinico di fasi ciclotimiche a suo dire sempre più ravvicinate. Sento scomodo questo terreno individualista, ma sul piano diagnostico non ravviso nulla di pericoloso nel comportamento della donna. Stare due toni sopra mentre si parla non significa aggredire violentemente. Tra l'altro Sabrina ha senso dell'umorismo e incontra la simpatia di molti partecipanti. Con alcuni ha allacciato

⁶ La tracimazione lamentosa di chi si reca da B. per estromettere l'altro, segnala la prevalenza di relazioni verticali, sulla scia del bambino che si rifugia dal genitore. Nella circostanza faccio notare che non importa "chi sia stato", interessa, piuttosto, la difficoltà a rapportarsi nel gruppo, orizzontalmente. Si è finito per agire un'identificazione con l'aggressore. Quante volte, infatti, si è parlato in gruppo della malattia mentale come stigma?

rapporti fuori dal Centro. E' una risorsa per il gruppo anche perché lontana da una deriva istituzionalizzante. B. ha appuntamento con un paziente, rimandiamo ulteriori approfondimenti a un momento da decidere.

La settimana successiva Sabrina non verrà al gruppo. La decisione di B. è di allontanarla momentaneamente, affinché si "normalizzi". Il disappunto delle infermiere che mi affiancano è palese, così come il mio. Vado comunque avanti pensando sia all'eventuale reinserimento che al prezioso contributo che la paziente ci ha fornito. Grazie a Sabrina, infatti, mettiamo in calendario due riunioni importanti: una con lo staff del progetto e una con l'équipe al completo (operatori del CSM e del CD). B. non verrà, tuttavia la riunione di équipe segna un momento di svolta. La mia presentazione del lavoro con lo staff va a coadiuvare una reputazione in crescendo. I partecipanti al gruppo si divertono, vengono volentieri e non fanno molto per "nascondere" agli altri operatori con cui sono in rapporto. Supportato dalle infermiere, torno sulla funzione del gruppo quale strumento di esplorazione e comprensione del rapporto tra utenti e Centro Diurno; ma anche, evidentemente, tra utenti, Dipartimento e contesto sociale. Riporto una lettura degli eventi critici accaduti, esentandomi da sciocche colpevolizzazioni. Racconto che alcuni partecipanti stanno avanzando la richiesta di momenti formativi specifici. Si è pensato di istituire dei corsi di formazione per cuochi e assistenti alla cucina. Male che vada è qualcosa di cui servirsi per rendersi indipendenti nella quotidianità. Stesso discorso per l'idea di un corso di informatica di base. Forse per avere l'opportunità di impiegarsi in un *call center*; forse per imparare a servirsi della conoscenza che può offrire il *web*, nell'ottica di valorizzare una cultura personale. Un'ipotesi da verificare, in linea con quanto si sta prospettando, è che alcuni utenti possano contribuire a progettare i corsi.

Sento l'appoggio del Servizio e la sensazione che porto con me è di aver rimesso insieme dei pezzi, ritrovando, con l'équipe, una quota di compatibilità tra un modello ortopedico e un modello di sviluppo individuo-contesto. Poco tempo dopo incontrerò di nuovo B. Sabrina tornerà e di lì in poi i nuovi ingressi saranno discussi e decisi congiuntamente, anche tramite colloqui preliminari.

Dal tirocinio a una collaborazione libero-professionale: continuità e discontinuità nell'intervento attraverso il gruppo "Solare"

È trascorso più di un anno dall'avvio del gruppo de "Il Faro" e ci sono stati cambiamenti significativi. Il senso di appartenenza dei partecipanti si è gradualmente spostato: da una coesione difensiva che demonizza il mondo esterno a una posizione di riconoscimento di quello che il gruppo può contribuire a realizzare. È di questo periodo la proposta di un'esercitazione: il gioco de "La Torre". Mettendo a disposizione cartoncini colorati, forbici, scotch, pennarelli e pinzatrice, invito il gruppo a costruire una torre che possa rappresentare, simbolicamente, il Centro Diurno (Carli, 2001)⁷. Si organizzano sottogruppi con funzioni specifiche e si elegge un coordinatore. Il lavoro riesce e si concretizza una struttura a due piani. È simile a una casa che poggia su una base ampia al punto da contenere "oggetti esterni", quali alberi e strade. I colori e le aperture abbondano. C'è un'atmosfera di orgoglio e di soddisfazione per la riuscita dell'opera. Ognuno sente di aver apportato un contributo. Associando pensieri sull'esercitazione sperimentata, ci si sofferma sul senso di sicurezza che questa "torre-casa" trasmette. Qualcuno nota che "somiglia a un asilo, a una scuola dell'infanzia...". Sorridiamo e riflettiamo sulla corrispondenza tra questa immagine e la storia di un Centro dove la tutela degli utenti è stata reciprocata dal sentirsi piccoli e poco propensi a rischiare, a esplorare e a produrre qualcosa di "terzo" rispetto alla dualità del rapporto con un Servizio "definitivamente buono". Stiamo poi sul senso dei piani: "c'è un alto e un basso" dice Maddalena, sulla scia di una rievocazione emozionale della gerarchia, forse del potere dell'uno sull'altro che viene a configurarsi quando si tratta di curare, prescrivere (farmaci) e pretendere adesione (compliance).

Eppure questa "torre" comunica con un esterno finalmente rappresentato in modo amichevole e non più minacciante. Essa stessa rappresenta il prodotto di un gruppo che comincia a essere in grado di rispondere a una domanda di realtà.

È da qui che riparto per uno scatto ulteriore. L'idea è di caratterizzare professionalmente l'intervento tramite il gruppo. Si è già scritto del precedente tentativo di finanziare il gruppo di psicoterapia del CSM. La questione, condivisa e discussa, è perciò vecchia ma utile. Di nuovo c'è il consolidamento di un rapporto con il Servizio che mi consente, nel contesto, di allacciare ulteriori relazioni. Ho modo di conoscere la

⁷ Nel testo citato, *Culture giovanili. Proposte per un intervento psicologico nella scuola*, sono presenti riferimenti più specifici a questa e ad altre esercitazioni che è possibile utilizzare per interventi psico-sociali.

presidentessa della cooperativa sociale che si occupa di organizzare le attività del CD. Le parlo del gruppo e definiamo, con alcuni dirigenti del Dipartimento, una strategia per ottenere un finanziamento dalla ASL. In qualità di referente della cooperativa e a tirocinio concluso, potrei avviare una consulenza libero-professionale per il Centro Diurno. Riformulo il progetto preservando l'obiettivo metodologico e dopo una serie di rimandi arriva l'assenso della ASL, che sblocca il finanziamento.

Condivido con gli utenti le recenti modificazioni: il mio nuovo ruolo e il connesso supporto professionale conferito all'intervento. Mi sembra lo vivano come un investimento importante sulle loro possibilità di sviluppo. Non è casuale la concomitante scelta, da parte loro, di conferire l'appellativo "Solare" al gruppo. "Solare fa pensare al calore e alla speranza", dice Antonella. Si ironizza, d'altra parte, sul rimando alle creme per l'abbronzatura.

Un ulteriore cambiamento, attribuibile alla riconfigurazione del progetto, si riscontra con l'aumento degli invii da parte del CSM. Da quando il gruppo è iniziato l'accordo con il Servizio e la coordinatrice è stato quello di renderlo semi-aperto, con avvicendamenti che ne lasciassero sostanzialmente invariata la numerosità. Si è partiti con 8/10 persone e per alcuni mesi non ci sono state oscillazioni significative. Pochi coloro che hanno interrotto definitivamente, perlopiù utenti che hanno concluso anche il rapporto con il Dipartimento. Posto che la definizione "semi-aperto" costituisce "un imbroglio", perché come ci ricorda Pietro Stampa (2013) un gruppo "di terapia" è al contempo aperto e chiuso, attualmente il gruppo si compone di 6 partecipanti che sono dentro dall'avvio del lavoro e da altri 8 che sono subentrati nel corso dei mesi. Un dato interessante: si è passati dal lavorare con utenti storici, codificati e cristallizzati nei flussi di senso di una cultura locale ripetitiva, al proporre inserimenti anche a persone da poco in rapporto con il CSM. Si è assemblato quindi un gruppo relativamente disomogeneo. Le diversità più nette sono state introdotte da coloro che continuano a portare nel setting esperienze di vita e di lavoro quasi "impensabili" agli occhi di chi si è rifugiato nell'assistenzialismo. Il Servizio infatti è raramente in grado di dimettere qualcuno nel breve periodo. La fantasmatica, lo abbiamo visto, è quella di un codice onfalicentrico che impedisce quel processo edipico che sfocia nello spostare il desiderio fuori dalla relazione familiare. E il Centro Diurno, proprio dagli utenti che da più anni lo frequentano, è stato vissuto come una famiglia. Si tratta tuttavia, e questo aspetto è stato evidenziato ed elaborato in vari momenti, di una famiglia che rischia di perdere un senso del limite, negando quel codice paterno che spinge alla separazione. La nuova utenza afferente al CD ha consentito di risimbolizzare la relazione tra assistenza, cura e facoltà di crescita individuale, introducendo differenze utilizzabili per mettere in discussione quel senso di ineluttabilità legato ai vissuti sulla malattia mentale. Questa nuova propensione all'utilizzo delle differenze, segnala inoltre uno spostamento nell'assetto culturale del Servizio. È come se l'ideologia della rilevanza della diagnosi abbia lasciato spazio alla considerazione per le persone. Persone che hanno cominciato a incrementare la loro competenza relazionale, a dare riscontri agli altri partecipanti al gruppo "Solare" e agli operatori, a resocontare oralmente e per iscritto della loro esperienza.

Conclusioni e sviluppi attuali

Abbiamo visto, a grandi linee, il processo di lavoro di un gruppo come intervento sulla relazione tra un Centro Diurno di un DSM e i suoi utenti. Si è resocontato circa le premesse, l'avvio, gli eventi critici, il passaggio dalla cornice del tirocinio a quella di una consulenza libero-professionale.

Sorge, a questo punto, una domanda: quale futuro per il gruppo "Solare" a partire dal presente?

Oggi alcuni partecipanti hanno ricominciato a lavorare, altri si sono sentiti in grado di partecipare a corsi di formazione (estranei al Dipartimento) per rendersi maggiormente competitivi. I più anziani continuano a mettersi al servizio degli altri. Commuove la loro motivazione a lasciare un'eredità simbolica, una testimonianza che non chiede emulazione ma che dà valore alla singolarità. Quella di storie su cui costruire, idiograficamente, riflessioni emozionante. Per dirla con Recalcati (2011), l'etica della testimonianza non è affatto un'etica del buon esempio. La sola testimonianza che conta è quella che prescinde dall'idealità. Già, perché c'è anche chi non riesce ad accedere a trasformazioni significative di aspetti della propria vita. Esistono limiti che non si possono rimuovere o differire. Ognuno di noi viene, prima o poi, a scoprirlo. E accettarlo serve. Sempre.

"Commozione" e "ironia" sono due parole che associo spesso al lavoro nel gruppo "Solare". Ho imparato, da chi lo frequenta, che senza commozione non esiste alcuna ironia. Viene alla mente Natalino, un eritreo di 40 anni, "nero come Michael Jackson prima dello sbiancamento", come lui stesso ama ricordare. Vive in Italia

da vent'anni, in fuga dalla guerra contro un altro paese africano: l'Etiopia. In gruppo racconta spesso episodi legati a quel lungo conflitto, come quando un camionista salvò decine di persone del suo villaggio da uno dei tanti, violentissimi, rastrellamenti. Nascondeva poche persone alla volta, tra gli oggetti del carico, per poi tornare a ripetere la coraggiosa operazione. Uno di quegli uomini sottratti alla morte era suo padre.

A Roma Natalino frequenta anche un centro di aggregazione per connazionali eritrei. Poco dopo aver raccontato di suo padre aggiunge: "Eravamo al centro per discutere di come poter risollevarle le sorti economiche del nostro Paese. Di solito io sto zitto e ascolto, ma quel giorno...", ci dice, "...m'è venuta un'idea. Il problema, lo sapete, è che ho difficoltà a parlare in pubblico. Poi a un certo punto ho pensato al gruppo "Solare", all'autostima che sto riacquisendo. Devi tirare fuori il Casuccio che è in te, mi sono detto"! Seguono grandi risate collettive, poi Natalino riprende: "...così ho preso la parola, dicendo che un modo per investire di nuovo potrebbe essere quello di vendere, o riciclare per un uso diverso, il ferro e il rame dei ponti radio, dei radar, dei relitti dei blindati, delle armi ormai in disuso. Oggi questi materiali hanno un valore enorme! Beh, sono rimasti tutti colpiti, apprezzando il mio intervento. Mi ha fatto piacere rendermi utile".

Aggiungere un commento interpretativo è superfluo; ma quando Natalino ha riportato questo episodio ho provato una grande, complessa emozione. Ho ripensato malinconicamente a mio padre, alla sua malattia e all'incombente della morte. E agli strani intrecci che l'esistenza è in grado di tessere anche nella tragicità di alcuni momenti. E ho pensato all'inevitabilità del continuo mutare delle cose, come la marea montante di Nietzsche, che spazza via i castelli di sabbia e smentisce ogni aspirazione di permanenza. Ecco, la capacità ironica dell'uomo eritreo ha obliterato la fissità, consentendogli un distacco dal sentirsi inutile e malato. Per tornare alla vita, alla leggerezza, al ri-conoscimento. Tutti noi siamo stati trascinati da quella risata liberatoria, verso ciò che ognuno, nel gruppo, stava intimamente riconoscendo con Natalino: un profondo senso di speranza.

Ed è sulla speranza che si fonda uno snodo recente. Antonello ha portato in gruppo il desiderio di investire in un agriturismo. Se ne è parlato e si è costruito un interesse trasversale. Abbiamo organizzato un'esercitazione in più sedute, per provare a rivestire di pensiero progettuale ciò che rischiava di rimanere una "fantasia generativa". Ci si è confrontati, mai come in precedenza, con i duri spigoli della realtà. Tra ruoli, funzioni, coordinatori, budget, finanziamenti e obiettivi, ci si è dati una cospicua ridimensionata, senza deprimersi. Un orto-frutti-coltura biologica, pur se cacofonica, sembra più fattibile di un agriturismo. Maddalena si è attivata per contattare la referente di una Onlus che in passato si è occupata di facilitare l'avvio di iniziative simili, in altri Centri Diurni del Lazio, grazie a una considerevole preparazione in ambito normativo. Il fermento di cui scrivevo a proposito del Servizio riguarda ora anche gli utenti. Il futuro del gruppo "Solare" sta passando dall'assunzione di una committenza da parte loro. Committenza a una relazione con il Centro Diurno che possa produrre, finalmente, qualcosa "di terzo".

Bibliografia

- Asioli, F. (1988). Qualche puntualizzazione in tema di strutture intermedie. *Rivista sperimentale di freniatria*, CXII, 3, 513-525.
- Ballerini, A., & Pazzagli, A. (1986). La psicoterapia nelle strutture intermedie. *Rivista sperimentale di freniatria*, CX, 4, 597-602.
- Bianco, S., Casuccio, F., Chimienti, A., Di Ruzza, F., Lopolito, L., Olivieri et al. (2013). Il gruppo: una revisione dello stato dell'arte attraverso esperienze di giovani psicologi. *Quaderni della Rivista di psicologia clinica*, 1, 31-54.
- Carli, R. (2001). *Culture giovanili. Proposte per un intervento psicologico nella scuola*. Milano: FrancoAngeli.
- Carli, R., & Paniccia, R.M. (2011). *La cultura dei servizi di salute mentale in Italia. Dai malati mentali alla nuova utenza: l'evoluzione della domanda di aiuto e delle dinamiche di rapporto*. Milano: FrancoAngeli.
- Cavaliere, P., Di Ninni, A., & Paniccia, R.M. (2006). Un intervento in un centro di salute mentale. *Rivista di psicologia clinica*, 1, 80-95.
- Cocchi, A., & De Isabella, G. (1992). Centri diurni in psichiatria. *Rivista di riabilitazione psichiatrica e psicosociale*, 1, 1-3, 19-24.

- Cocchi, A., & De Isabella, G. (1993). *Centri diurni in psichiatria. Problematiche, realizzazioni, prospettive*. Milano: FrancoAngeli.
- Cocchi, A., & De Isabella, G. (1996). *Centri diurni nella nuova psichiatria*. Milano: Nova Ars Libraria.
- Recalcati, M. (2011). *Cosa resta del padre? La paternità nell'epoca ipermoderna*. Milano: Raffaello Cortina.
- Reverzy, J.F. (1981). *Les structures intermédiaire. Aspects de l'innovation psychiatrique et sociale en France*. Paris: CCI editions.
- Stampa, P. (2013). Il gruppo "di terapia". Una nota critica su premesse/implicazioni epistemologiche. *Quaderni della Rivista di psicologia clinica*, 1, 25-30.